



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de octubre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 345/2026 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 31 de julio de 2026 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita Dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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. Se reclama una indemnización por importe de 133.502,33 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. 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), reiterada en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero:

«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 suceder 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 proprio”, 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 del esposo y de la hermana de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Además, actúan debidamente representados por medio de letrado (art. 5 LPACAP).

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».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes 564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

4.2. 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.

5. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde 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 Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

7. El procedimiento se inició dentro del plazo de un año, tal y como exige el art. 67.1 LPACAP, toda vez que la reclamación se presentó el 17 de julio de 2023 respecto de un daño que quedó determinado el 6 de diciembre de 2022, fecha del fallecimiento de (...)

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

II

1. 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 le fue dispensada a (...)

A este respecto, exponen en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- (...), nacido el 18 de julio de 1962, era marido de (...) (casado el día (...)), quien falleció el día 6 de diciembre de 2022 a las 12.25 horas en el Hospital Doctor Negrín, sito en esta ciudad, a la edad de 56 años. Asimismo, (...), nacida el 25 de septiembre de 1955, era hermana de la fallecida.

Dicho fallecimiento fue consecuencia de una negligencia médica. Tras ser ingresada el 9 de noviembre de 2022 y sometida, de forma programada, a cirugía de anuloplastia mitral y tricuspídea, fallece el día referido de shock multiorgánico.

(...)

Teniendo en cuenta estas conclusiones, la indemnización por responsabilidad civil a cargo de la Administración, en virtud de lo que se expondrá infra [según la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (con las actualizaciones de la Resolución de 2 de febrero de 2021, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y el Real

Decreto 907/2022, de 25 de octubre) —normativa cuyo anexo se ha cogido como criterio orientativo—], es de:

En relación con (...), en la cantidad de 117.277,70 € (94.819,28 + 421,42 + 22.037), desglosada de la siguiente manera:

-Indemnización por causa de muerte (Tabla 1 A, Perjuicio Personal Básico; Categoría 1, Cónyuge viudo; hasta 15 años, si la víctima tenía hasta 67 años): 94.819,28 €.

-Indemnización por causa de muerte (Tabla 1 C, Perjuicio Patrimonial; Daño emergente; Perjuicio patrimonial básico; Sin necesidad de justificación): 421,42 €.

-Indemnización por causa de muerte (Tabla 1 C 1, Lucro cesante del cónyuge; Años de duración del matrimonio: hasta 15 años): 22.037 €.

Ello teniendo en cuenta que la difunta era ama de casa con dedicación exclusiva, que el SMI anual de 2022 equivalió a 14.000 € y que en el momento de la muerte su cónyuge contaba con 60 años de edad.

Y en relación con (...), en la cantidad de 16.224,63 € (15.803,21 + 421,42), desglosada de la siguiente manera:

-Indemnización por causa de muerte (Tabla 1 A, Perjuicio Personal Básico; Categoría 4, los hermanos; a cada hermano que tenga más de 30 años): 15.803,21 €.

-Indemnización por causa de muerte (Tabla 1 C, Perjuicio Patrimonial; Daño emergente; Perjuicio patrimonial básico; Sin necesidad de justificación): 421,42 €.

SEGUNDO.- Se deduce la concurrencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado, por lo que procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Autonómica.

(...) ».

Posteriormente, con ocasión del trámite de mejora conferido, con fecha 11 de agosto de 2023 se presenta escrito por los reclamantes, en el que se manifiesta «en cuanto a la relación de causalidad, tiene que ver con la operación a la que fue sometida la fallecida, que ni era necesaria ni fue realizada correctamente, fruto de la cual tuvo lugar el óbito de la misma».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 23 de agosto de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se expone lo siguiente:

« (...) Reproducimos íntegramente los informes evacuados, que se ajustan al contenido de la Historia Clínica y responden de manera pormenorizada al objeto de la reclamación».

A este respecto, únicamente consta evacuado en el expediente administrativo el Informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), en el que se formulan las siguientes afirmaciones:

«Según los reclamantes “el fallecimiento de (...) tras intervención de anuloplastia mitral y tricuspídea fue consecuencia de una negligencia médica”. Concretan que “la intervención a la que fue sometida la fallecida, ni era necesaria ni fue realizada correctamente, fruto de la cual tuvo lugar el óbito de la misma”.

En cuanto a la primera afirmación, la intervención fue indicada siguiendo los cauces habituales para cirugías electivas; tras valoración por Cardiología y tras haber realizado los estudios pertinentes que llevan al diagnóstico de la patología cardíaca, se realizan las pruebas preoperatorias. Con los estudios diagnósticos completos, la paciente es presentada en sesión médico-quirúrgica (en el caso de (...) tuvo lugar el día 13/4/2022 en el Hospital Insular), donde participan los servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca, valorándose todos los estudios, estableciéndose el procedimiento quirúrgico indicado, así como el balance riesgo-beneficio del mismo. Posteriormente, la paciente es valorada en Consultas Externas por un especialista en Cirugía Cardiovascular, que revalúa a la paciente, sus antecedentes médicos y cardiológicos y pruebas complementarias, y, tras explicarle el tipo de cirugía propuesta, así como sus riesgos y beneficios -que la paciente y familiar entienden y aceptan- se procede a la inclusión en lista de espera quirúrgica, previa firma del consentimiento informado (con fecha 02/06/2023). Por último, antes del ingreso hospitalario para la cirugía programada, la paciente es valorada en consultas externas de Anestesiología, obteniendo el apto para el procedimiento anestésico y siendo informada de los riesgos del mismo (07/11/2022).

Durante todo este proceso, se estableció de manera consensuada la indicación de la cirugía de reparación mitral y tricuspídea que posteriormente se le practicó a (...), con diagnóstico establecido de insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspídea severas, con síntomas de insuficiencia cardíaca crónica avanzada. Dicha indicación está respaldada por las Guías clínicas de manejo de valvulopatías internacionales de las Sociedades Europea de Cardiología y de Cirugía Cardíaca (2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease, European Heart Journal (2022) 43, 561-632), con una clase de recomendación I, lo que quiere decir que existe evidencia o acuerdo general de que un determinado tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y efectivo.

Refiriéndonos a la segunda afirmación, la cirugía se realizó el día 10/11/2022 según lo indicado: cirugía de reparación valvular mitral (anuloplastia y neocuerdas) y anuloplastia tricúspide con anillo protésico, siendo estas las técnicas de elección en la patología valvular que presentaba la paciente. A nivel técnico, no existieron complicaciones intraoperatorias, aunque teniendo en cuenta las características clínicas y anatómicas de la paciente, la cirugía

fue laboriosa. No hubo tampoco complicaciones hemodinámicas, siendo posible desconectar a la paciente de la circulación extracorpórea sin incidencias (con soporte inotrópico a dosis bajas, algo no infrecuente tras el período de isquemia miocárdica requerido para la cirugía). Mantuvo tras la desconexión de la máquina de extracorpórea buena respuesta hemodinámica, saliendo de quirófano estable y sin acidosis láctica ni otros signos de hipoperfusión. En cuanto al resultado de la reparación valvular, fue bueno, tanto intraoperatoriamente como en los controles ecocardiográficos del postoperatorio precoz».

III

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

1.- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 17 de julio de 2023.

2.- Con fecha 26 de julio de 2023 se requiere a los interesados para que en el plazo de diez días procedan a subsanar y mejorar su reclamación. Dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento mediante escrito de fecha 11 de agosto de 2023.

3.- Mediante Resolución n.º 462/2023, de 24 de agosto, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), en nombre y representación de (...) y (...)

4.- Con fecha 24 de agosto de 2023 se requiere al SIP para que, a la vista de la Historia Clínica y del informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, emita informe en el que se concreten los siguientes extremos:

- Lesiones producidas.
- Presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por los reclamantes y la actuación del servicio público sanitario.
- Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.
- Cualquier extremo que, en relación con este tema, considere de interés.

5.- Con fecha 12 de agosto de 2024 por los reclamantes se presenta escrito solicitando el impulso del procedimiento. De dicho escrito se da traslado al SIP con fecha 13 de agosto de 2024.

6.- Con fecha 23 de agosto de 2024 se emite informe por el SIP, al que se acompaña copia de la Historia Clínica obrante en el HUGCDN y en el Complejo

Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), copia de la Historia Clínica de Atención Primaria e Informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular.

7.- Con fecha 9 de septiembre de 2024 se dicta Acuerdo Probatorio, en el que se admiten como medios probatorios: las documentales propuestas por el interesado y el Servicio Canario de la Salud, que ya se encuentran incorporadas al expediente, así como la prueba pericial propuesta por los reclamantes, a cuyo efecto se les concede un plazo de treinta días para aportar el oportuno informe.

8.- Con fecha 26 de febrero de 2025 se confiere a los interesados el preceptivo trámite de audiencia, sin que se hayan formulado alegaciones.

9.- Con fecha 19 de septiembre de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

10.- Con fecha 30 de octubre de 2025 por la Sección II de este Consejo Consultivo se emite el Dictamen 451/2025, de 30 de octubre, en el que se concluye que la Propuesta de Resolución *«no se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen, debiendo retrotraerse el procedimiento a efectos de que se practiquen las actuaciones señaladas»*.

El Fundamento IV del indicado Dictamen señalaba, entre otros extremos, las siguientes actuaciones a practicar:

« (...) En consecuencia, a la vista de tales omisiones, se considera necesario solicitar el informe del SIP que deberá pronunciarse claramente sobre la relación de causalidad entre tales patologías -encefalopatía hipoxémica, distress respiratorio y shock multiorgánico y la intervención quirúrgica previa de anuloplastia mitral y tricuspídea.

Así mismo, se deberá aportar al presente expediente los documentos de consentimiento informado firmados por la Sra. (...) con ocasión de la intervención quirúrgica de anuloplastia mitral y tricúspidee incluyendo el relativo a la administración de anestesia».

11.- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 902/2025, de 21 de noviembre, se resuelve *«Retrotraer el procedimiento de responsabilidad patrimonial n.º 141/23 a fin de recabar el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, así como documentos de consentimiento informado firmados por la Sra. (...) con ocasión de la intervención quirúrgica de anuloplastia mitral y tricúspidee incluyendo el relativo a la administración de anestesia, solicitados por el Consejo Consultivo en su dictamen n.º 418/25 de 30 de octubre»*.

12.- Con fecha 25 de noviembre de 2025 se requiere al SIP para que emita informe y recabe los documentos de consentimiento informado firmados -en adelante, DCI- por la Sra. (...) con ocasión de la intervención quirúrgica de anuloplastia mitral y tricúspidea incluyendo el relativo a la administración de anestesia.

Requerimiento que es reiterado con fecha 23 de enero de 2026.

13.- Con fecha 26 de mayo de 2026 el SIP emite informe al que adjunta los DCI firmados por la Sra. (...)

14.- Con fecha 13 de julio de 2026 se confiere trámite de audiencia a los reclamantes, sin que hayan formulado alegaciones.

15.- Con fecha 30 de julio de 2026 se emite Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicios Canario de la Salud.

2. En el presente supuesto, los interesados solicitan que les sea reconocida una indemnización por la deficiente asistencia sanitaria recibida por (...), consistente en su sometimiento a una intervención quirúrgica de anuloplastia mitral y tricúspidea, la cual derivó -según los reclamantes- en un shock multiorgánico que causó su fallecimiento.

3. En relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«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”.

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de 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».

4. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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 Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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, por tanto, 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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al

que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como *ad hoc*, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta

*la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a *lex artis*, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».*

5. De otro lado, en relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal 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).

6. En el presente caso, los interesados en su reclamación de responsabilidad patrimonial se limitan a manifestar que el fallecimiento de la Sra. (...) « (...) fue consecuencia de una negligencia médica. Tras ser ingresada el 9 de noviembre de 2022 y sometida, de forma programada, a cirugía de anuloplastia mitral y tricúspidea, fallece el día referido de shock multiorgánico», añadiendo en el trámite de subsanación que « (...) en cuanto a la relación de causalidad, tiene que ver con la operación a la que fue sometida la fallecida, que ni era necesaria ni fue realizada correctamente, fruto de la cual tuvo lugar el óbito de la misma».

Fundada en estos términos la reclamación formulada, y, una vez examinado el material probatorio obrante en el expediente administrativo, ha quedado acreditada la necesidad de practicar a la Sra. (...) la intervención quirúrgica de anuloplastia mitral y tricúspidea, la cual, además, fue debidamente conocida y consentida por la Sra. (...)

Así, con carácter previo, se ha de señalar que la paciente presentaba pluripatologías de especial relevancia:

Hipertensión arterial. Dislipemia. Hiperuricemia. Diabetes esteroidea. Asma bronquial en seguimiento por Neumología. Enfermedad de Fabry con diagnóstico en 1997. Inicio de tratamiento enzimático sustitutivo. Enfermedad Renal Crónica secundaria con trasplante renal en 2006, rechazo agudo en agosto de 2006, reiniciando diálisis por pérdida de injerto. En octubre de 2010 segundo trasplante renal. Nefrectomía derecha por cáncer renal en enero de 2017. Infecciones del tracto urinario de repetición. Shock séptico urinario en abril de 2011. Histerectomía vaginal en junio de 2018. Conización por cáncer de cérvix en abril de 2002.

Asimismo, a nivel cardiológico, presentaba los siguientes antecedentes:

Fibrilación Auricular paroxística anticoagulada.

Implante de desfibrilador automático AI Medtronic Evera XTD12 por antecedente de muerte súbita familiar (hermano por miocardiopatía por enfermedad de Fabry) y racha de Taquicardia Ventricular Nodo sinusal en Holter.

Insuficiencia cardíaca crónica en relación a miocardiopatía restrictiva por enfermedad de Fabry e Insuficiencia Mitral y tricúspidea severa.

Ingresó en 2022 por angina inestable: revascularización mediante stent en cirugía y bisectriz.

Como complicaciones pseudoaneurisma de arteria femoral superficial derecha con necesidad de reparación por cirugía vascular con posterior sobreinfección de hematoma por *Serratia marcescens* multis (antibiótico con ciprofloxacino y doxicilina).

Teniendo en cuenta los antecedentes expuestos, consta en el expediente administrativo que tras su valoración por cardiología y, previa la realización de los estudios pertinentes que llevaron al diagnóstico de la patología cardíaca, a la Sra. (...) se le realizaron las pruebas preoperatorias. Una vez los estudios diagnósticos

estuvieron completos, la Sra. (...) es presentada en sesión médico quirúrgica del Hospital Insular el día 13 de abril de 2022, en la cual participaron los servicios de cardiología y cirugía cardíaca. En dicha sesión se valoraron todos los estudios, estableciéndose el procedimiento quirúrgico a practicar, así como el balance riesgo-beneficio del mismo.

Posteriormente, la Sra. (...) fue valorada en consultas externas por un especialista en Cirugía Cardiovascular, que la volvió a evaluar teniendo en cuenta sus antecedentes médicos y cardiológicos, así como las pruebas complementarias efectuadas y, tras explicarle el tipo de cirugía propuesta, así como sus riesgos y beneficios, se procedió a la inclusión en la lista de espera quirúrgica, previa firma del consentimiento informado con fecha 2 de junio de 2022, en el que se exponía expresamente: *«La reparación de una válvula cardíaca es un procedimiento quirúrgico posible solo en algunos casos de afectación de la válvula aórtica o pulmonar y en la mayoría de los casos de afectación de la válvula mitral y tricúspidea. La reparación valvular implica la realización de suturas quirúrgicas y, en algunos casos, el implante de un anillo artificial que permiten corregir las alteraciones anatómicas y funcionales de las válvulas cardíacas (...)»*.

Asimismo, antes del ingreso hospitalario para la cirugía programada, la Sra. (...) fue valorada en consultas externas de Anestesiología, obteniendo el apto para el procedimiento anestésico y siendo informada de los riesgos del mismo el día 7 de noviembre de 2022.

Tal como señala el Informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular de 19 de septiembre de 2023 *« (...) Durante todo este proceso, se estableció de manera consensuada la indicación de la cirugía de reparación mitral y tricúspidea que posteriormente se le practicó a (...) con diagnóstico establecido de insuficiencia mitral e insuficiencia tricúspidea severas, con síntomas de insuficiencia cardíaca crónica avanzada. Dicha indicación está respaldada por las Guías clínicas de manejo de valvulopatías internacionales de las Sociedades Europea de Cardiología y de Cirugía Cardíaca (2021 ESC/EATS Guidelines for The management of valvular heart disease European Heart Journal (2022) 43, 561-632) con una clase de recomendación, lo que quiere decir que existe evidencia o acuerdo general de que un determinado tratamiento o procedimiento es beneficioso, útil y efectivo»*.

Por tanto, teniendo en cuenta que la Sra. (...) padecía la enfermedad de Fabry que le había provocado una insuficiencia cardíaca congestiva en relación a miocardiopatía restrictiva, e insuficiencia mitral y tricúspidea severas, siendo portadora de desfibrilador automático implantable (DAI), se considera, que el tratamiento quirúrgico era necesario, tal como igualmente afirma el SIP al señalar

que *«En la Enfermedad de Fabry la afectación valvular es predominante en la mitral y tricúspide; la reparación se considera esencial cuando la sobrecarga de volumen causa insuficiencia cardíaca congestiva»*.

7. En relación con la corrección de la intervención quirúrgica, ha quedado acreditado mediante la documental obrante en el expediente administrativo, que la intervención se realizó el día 10 de noviembre de 2022 según lo prescrito, esto es, cirugía de reparación valvular mitral (anuloplastia y neocuerdas) y anuloplastia tricúspide con anillo protésico, siendo estas las técnicas de elección en la patología valvular que presentaba la Sra. (...).

No ha quedado acreditado por los reclamantes -tal como les corresponde conforme al art. 217 LEC- que, a nivel técnico, existieran complicaciones intraoperatorias, a pesar de que, teniendo en cuenta las características clínicas y anatómicas de la paciente, la cirugía fuera laboriosa. Tampoco ha quedado acreditado que existieran complicaciones hemodinámicas, siendo posible desconectar a la Sra. (...) de la circulación extracorpórea sin incidencias (con soporte inotrópico a dosis bajas, algo no frecuente tras el periodo de isquemia miocárdica requerido para la cirugía), además consta que tras la desconexión de la máquina extracorpórea mantuvo buena respuesta hemodinámica, saliendo de quirófano estable y sin acidosis láctica ni otros signos de hipoperfusión. En cuanto al resultado de la reparación valvular, consta que fue bueno tanto intraoperatoriamente como en los controles ecocardiográficos del postoperatorio precoz.

Asimismo, tal como señala el SIP en su informe de 26 de mayo de 2026:

« (...) Concluida la intervención la paciente pudo ser desconectada de la circulación extracorpórea y con soporte inotrópico (soporte inotrópico a dosis bajas, algo no infrecuente tras el periodo de isquemia miocárdica requerido para la cirugía) El corazón recuperó su capacidad de bombeo, no estaba en situación de shock, el nivel de lactato no sugería hipoperfusión global grave pudiendo ser trasladada a UMI. En el ecocardiograma transtorácico (ETE) realizado al terminar el procedimiento se comprueba plastia mitral eficaz, sin fuga significativa ni gradiente. En el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular se describe el momento de salida de la CEC y la estabilidad hemodinámica inmediata, expone la situación hasta el traslado a UMI. La situación descrita es compatible con soporte inotrópico, marcapaso temporal, ventilación mecánica y cierto grado disfunción VD. La paciente mantuvo tras la desconexión de la máquina extracorpórea buena respuesta hemodinámica, saliendo de quirófano estable y sin acidosis láctica ni otros signos de hipoperfusión.

Las tres primeras gasometrías son prácticamente normales: pH normal, CO normal, lactato normal (0,8-0,9), bicarbonato normal, exceso de base prácticamente neutro y saturación 100%.

En evolutivo de gasometrías se objetiva un empeoramiento progresivo del equilibrio ácido-base. En UMI se describe disociación alveolo capilar pero en el contexto de sobrecarga hídrica. Paciente con problema renal derivado de su enfermedad de base y que presentó oliguria. A pesar de la administración de volumen no se lograba optimizar la respuesta diurética por lo que se administra bolo de 80 mg de Furosemida. Explica el Servicio de UMI “requirió perfusión continua de Furosemida para conseguir diuresis adecuada y balance hídrico negativo”.

Se describe en UMI mejoría hemodinámica y de lactato tras optimización de volemia.

El día 12 se describe hemodinámicamente estable sin catecolaminas, deterioro de la función renal.

El 15 de noviembre el principal problema activo era ausencia de respuesta neurológica.

Hemodinámicamente estable, tendente a la hipertensión arterial, ritmo de marcapasos a 70 lpm, bien perfundida, sin datos de sangrado, anticoagulada. Sin problemas respiratorios, función renal estable, afebril sin semiología infecciosa. Esta situación 5 días después de la intervención quirúrgica.

Se comprueba ausencia de taponamiento cardíaco y se comprueba en TAC, inicial ausencia de lesiones agudas cerebrales. La falta de recuperación de conciencia llevó a TAC, 4 días después del primero con resultado de imágenes compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica. Ello hace pensar en hipoperfusión cerebral en el contexto de deterioro respiratorio y hemodinámico progresivo.

Posteriormente, se describe síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) en una situación de neumonía asociada a VM (ventilación mecánica) a pesar de tratamiento antibiótico y antifúngico. Dentro de las posibles complicaciones descritas en el DCI encontramos las infecciosas. El SDRA se presentó en el contexto de shock séptico de origen respiratorio.

El 3 de diciembre mala evolución clínica. Hipoxemia y dificultad respiratoria. El 4 de diciembre situación de insuficiencia respiratoria refractaria a pesar de medidas plenas de tratamiento. Evolución a shock multiorgánico dentro de la situación de shock séptico».

Expuesto lo que antecede, consideramos que los reclamantes, a quienes incumbe la carga de la prueba, no han acreditado la existencia de una inadecuada práctica médica.

En casos como el presente, y dado el carácter técnico de la cuestión que se plantea, es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse

con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues es indudable que estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Organismo consultivo carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse necesariamente en las pruebas periciales que figuren en el expediente administrativo. En estos casos, venimos obligados a dictaminar con tales medios de prueba, empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica, con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En definitiva, siendo el presupuesto de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario que se produzca por el médico una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, valorado el material probatorio obrante en el expediente administrativo, consideramos que en el presente supuesto se pusieron a disposición de la Sra. (...) todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos a lo largo del proceso, conforme a la sintomatología presentada en cada momento, siendo todos ellos realizados conforme a *lex artis*.

8. Por último, se ha de señalar que la Sra. (...) firmó el 2 de junio de 2022 el documento de consentimiento informado (DCI) en el que se expone como riesgos del procedimiento los siguientes:

«Las complicaciones más importantes de la circulación extracorpórea son: cerebrales, pulmonares, cardíacas y renales. Las complicaciones cerebrales pueden acarrear un estado de coma, parálisis y alteraciones del lenguaje. Las pulmonares requieren un período prolongado de conexión a un respirador con riesgo de infecciones secundarias (neumonías). El fallo renal requiere, a veces, el uso de riñón artificial. Todas ellas son complicaciones graves. Dependen, entre otros factores, de la edad de los pacientes. En los mayores, las complicaciones renales y cerebrales son las más frecuentes. La existencia de enfermedades pulmonares crónicas previas juega un papel importante en la aparición de complicaciones de este tipo. Las complicaciones cardíacas son secundarias al tiempo en que es necesario mantenerlo parado y sin riesgo coronario, para realizar la corrección de su o sus lesiones. Son más frecuentes en paciente con enfermedad coronaria severa y sobre todo si está disminuida la función del ventrículo izquierdo. Las más frecuentes son: la insuficiencia cardíaca, las arritmias, las hemorragias y el taponamiento cardíaco (hemorragia alrededor del corazón al que comprime) En el estado actual de los conocimientos de la cirugía cardíaca, no sabemos exactamente qué corazón soportará adecuadamente y sin deterioro importante esta situación.

En el postoperatorio pueden desarrollarse trastornos de la coagulación y hemorragia, que puede llegar a requerir volver al quirófano para revisar el campo operatorio. Hoy en día el riesgo que representa la circulación extracorpórea es pequeño.

Tras la operación puede sobrevenir una infección de la herida operatoria que a veces son profundas y por ello muy graves. Requieren un tratamiento prolongado y una reoperación de cierre de la pared torácica. Una infección también muy grave es la endocarditis (infección de la o las válvulas). Son muy raras en el periodo postoperatorio inmediato, siempre son graves y requieren una nueva operación de riesgo alto.

En su caso el riesgo global es 10-15%.

Riesgos individuales en función de circunstancias personales o profesionales (...)

Diabetes (...)

Hipertensión arterial (...)

Dislipemia (...)

Obesidad (...)

Insuficiencia renal. Tx renal (...)

Riesgos de no realizar el procedimiento propuesto

Si no trata la patología valvular cardíaca, la evolución natural de la enfermedad cardíaca seguirá su curso y someterá al paciente al riesgo de sus complicaciones, entre ellas el fallecimiento por insuficiencia cardíaca».

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo, desde el Dictamen 55/2014, de 26 de febrero, que uno de los elementos de la *lex artis* es el documento de consentimiento informado personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «*lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente.

Por tanto, el consentimiento informado constituye otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica, encontrándose regulado en los arts. 8 y siguientes de 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, y respecto del cual la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos 136/2017, de 31 de julio, ha señalado:

«Debe también recordarse la doctrina sobre el consentimiento informado, y para ello es válida la cita de la STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 7 de abril de 2011, rec.3483/2009 que recuerda que la falta de consentimiento informado constituye una infracción de la lex artis ad hoc, pero que para que la misma sea merecedora de indemnización se precisa que a quien la invoca se le haya producido un daño antijurídico que no esté obligado a soportar. Pero, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (RCL 2002, 2650), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en el artículo 4 lo que denomina el derecho a la información asistencial y expresa en su número 1 que: “los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley” y añade en los números 2 y 3 de ese precepto que: “la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”, y que “el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”. Ese derecho se materializa en lo que se denomina consentimiento informado y del que se ocupa el artículo 8 de la Ley cuando dispone que “1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

Es obvio, puesto que así expresamente lo afirma la Ley, que el consentimiento “será verbal por regla general”, para añadir a continuación aquellos supuestos en los que esa regla cede ante la necesidad de que el consentimiento sea por escrito cuando se trate de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

En el presente caso, los riesgos de complicaciones cerebrales y pulmonares estaban expresamente contemplados en el DCI como riesgo de la intervención.

Por ello, se puede concluir que la Sra. (...) al firmar el DCI conocía, comprendía y aceptaba la intervención quirúrgica, asumiendo de esta forma que podían presentarse riesgos o complicaciones con un 10-15% de probabilidad.

De esta forma, el riesgo de que se produjeran las complicaciones que la Sra. (...) experimentó y que, desafortunadamente, conllevaron a su fallecimiento, no era un riesgo generado por el funcionamiento del Servicio de Salud, sino de las consecuencias de la intervención, de lo que se le informó convenientemente, asumiéndolo con su firma, lo que obliga a la paciente a soportar el daño, por lo que el perjuicio no es antijurídico y, por ende, no es indemnizable, ya que se considera que la asistencia se realizó, como se dijo, de acuerdo a la *lex artis*.

En virtud de lo expuesto, debemos concluir que en el presente caso no ha quedado acreditado que la actuación de los profesionales sanitarios que intervinieron quirúrgicamente a la Sra. (...) y supervisaron el seguimiento de aquélla, sea contraria a la *lex artis*.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.