Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 30 de octubre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 387/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

Objeto del Dictamen preceptivo y de la reclamación, y competencia y plazo para resolverla – Ejercicio no extemporáneo del derecho a reclamar - Normas jurídicas aplicables – Legitimación de la reclamante y de la administración

1. Por oficio de 21 de septiembre de 2026 (con entrada registrada el 23 siguiente) se solicita dictamen del Consejo sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud como consecuencia de una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización de 150.000 euros, lo que hace preceptivo el dictamen, faculta a la Consejera para solicitarlo y al Consejo para emitirlo, 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 de la Propuesta de Resolución son de aplicación principal tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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, cabe recordar el criterio constante y consolidado del Consejo sobre la legitimación de los sucesores de una persona fallecida para solicitar ser resarcidos por el hecho de la muerte, criterio expresado p. ej. en los recientes dictámenes 223/2026, de 9 de junio y 382/2026, de 15 de octubre, [con cita de los DCC 451/2025, de 30 de octubre, 16/2023, de 18 de enero, 504/2021, de 21 de octubre y 66/2020, de 3 de marzo], en los que se dijo:

«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».

La misma jurisprudencia y también la doctrina del Consejo han venido entendiendo que la existencia de perjuicio causado por la muerte puede presumirse en los allegados más cercanos al fallecido, integrantes de la *familia nuclear* [p. ej. DCC 292/2021, de 24 de mayo]:

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

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

En aplicación de todo ello y del mandato legal [art. 4.1, a) LPACAP] se reconoce la legitimación activa la hija de una persona fallecida para reclamar, por derecho propio, la indemnización de los daños morales sufridos por ella a causa de la muerte de su madre, como ocurre en este expediente.

Ha de hacerse notar que la reclamante facilitó a la administración las señas de su padre y hermanos, y estos fueron notificados de la existencia de la reclamación, para que pudieran personarse en el procedimiento y ejercer los derechos que le correspondieran, sin que ninguno de ellos lo hiciera.

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

5. La competencia, por esto último, para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el citado SCS.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio, según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Pero mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora del SCS [BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015), se delega en la Secretaría General del propio Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

7. La reclamación se formuló el día 3 de noviembre de 2022, dentro del plazo fijado en el art. 67.1 LPACAP, que es de un año contado desde que quedó determinado el daño por el que se reclama, lo que ocurrió el día 17 de noviembre de 2021, fecha del fallecimiento de la madre de la solicitante.

8. Ha transcurrido el plazo para que la administración resolviera sobre la reclamación (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP) sin que lo haya hecho; sin embargo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, subsiste el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

Motivos en que se funda la reclamación e informes del Servicio de Inspección del SCS

1. Alegaciones de la reclamante

La reclamante promovió la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento a su favor del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su madre.

En su reclamación inicial relata los siguientes hechos:

«Primero.- (...), madre de la que suscribe, falleció el pasado día 17 de noviembre de 2021 en Puerto del Rosario, tras un largo proceso de degradación física y moral como consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria que a continuación expondrá la que suscribe. (...)

Segundo.- Expuesto lo anterior resulta que el 6 de marzo de 2021, ingresó (...) por un fuerte dolor en la zona del estómago, mostrando horas antes tensión baja y fatigas. Cabe mencionar que fue intervenida en 2002 por un macroadenoma hipofisiario el cual llevaba un seguimiento periódico.

Una vez en el Hospital General de Fuerteventura Puerto del Rosario se le detectó una perforación de 2 centímetros en el estómago con alimento y líquido estomacal alrededor de la perforación. Fue operada de forma urgente y el cirujano (...) transmitió a la hermana de la demandante que la operación había salido bien, teniendo como consecuencia una incisión de 5 centímetros siendo ésta tratada con medicamentos.

Tercero.- Durante la estancia posterior a la operación se le descubrió una candidiasis bucal y es tratada a base de Nistanina teniendo una evolución favorable.

Cuarto.- Una vez llegó a su domicilio, la herida de la operación comenzó a segregar un líquido amarillento y la cicatriz de la incisión no cerró hasta los meses de mayo y junio. La

paciente acudía una vez en semana a realizarse las curas en el centro de salud y una vez al mes tenía revisión con el cirujano que la operó para tener un seguimiento de la misma.

Quinto.- Dos meses después de la intervención, le comunicó al cirujano (...), que tenía dificultades para comer llegando a vomitar en ocasiones, a lo que el cirujano le contestó que se debía a la inflamación interna que tenía debido a la intervención.

Sexto.- La paciente aparte del seguimiento por el médico, fue derivada a un médico especialista en área digestiva, doctora (...), para realizar un control sobre la úlcera que provocó la perforación y es esta especialista la que le pidió una endoscopia al no pasar la comida por la cavidad.

Séptimo.- La doctora especialista en área digestiva (...), le recomendó una dieta líquida y que debía beber Coca Cola basándose en un estudio clínico que había leído, ya que en el estudio se veía como la ingesta de Coca Cola desintegra la masa de comida que se encuentra en el estómago.

Octavo.- En los posteriores meses, se le realizaron reiteradamente numerosas endoscopias sufriendo el mismo problema de no poder llegar a cavidad por la masa de comida que había en el estómago.

Continúan recomendando el mismo tratamiento de dieta líquida e ingesta de varios litros de Coca Cola al día.

Noveno.- Se procede a colocarle un balón gástrico, se le mantiene ingresada para ver su evolución y seguidamente se le realiza otra endoscopia que refleja que la posición del estómago se encuentra en una posición que no es normal.

Décimo.- El equipo médico decide que debe ser derivada a cirugía en el Hospital Insular de Las Palmas al haber médicos especializados en cirugía digestiva y se le detecta a fecha 15 de julio del 2021 una infección causada por la bacteria Helicobacter pylori.

Décimo primero.- La víctima acude dos veces a consultas en el Hospital Insular, en donde le realizaron pruebas y se le notificó que iba a ser operada nuevamente el día 30 de noviembre de 2021, esta fecha fue notificada telefónicamente tras reclamar en varias ocasiones y obteniendo como respuesta que por el momento era esa fecha si no había cambios, se rogo en varias ocasiones que por favor se adelantara la operación pero no hubo respuesta alguna.

Décimo segundo.- A partir del 22 de octubre de 2021 acudió reiteradas veces al servicio de urgencias del hospital de Fuerteventura, con vómitos persistentes de color marrón ya que la paciente no ingería alimento alguno porque no lo asimilaba, Concretamente acudió los días 22 de octubre de 2021, 1 de noviembre, 4 de noviembre, 5 de noviembre, 11 de noviembre y 13 de noviembre.

Décimo tercero.- El 4 de noviembre, se le realizó una TC abdominal, donde se detectó que la víctima tenía "un hígado con morfología modificada, de menor tamaño, con pérdida de ángulos marginales y contornos irregulares, lo cual sugería que podía tratarse de una hepatopatía crónica". En los informes de urgencias posteriores al de esta fecha, se menciona la presencia de hepatopatía crónica que debe someterse a estudio, pero no se establece fecha ni prueba para la realización de dicho estudio.

Décimo cuarto.- El día 17 de noviembre, la víctima presentaba dolor intenso en el lumbar y tensión baja, se cae sola al piso del baño ya que había ido a vomitar por lo que se procede a pedir una ambulancia. La paciente expulsa líquido marrón por la boca y pierde el conocimiento sin haber llegado el servicio de urgencia la ambulancia que vino fue la ordinaria y estos al no tener el material necesario para reanimarla procedieron a llamar al SUC. Hay ausencia de signos vitales y al no poder reanimarla, los técnicos de la ambulancia comunican su fallecimiento.

En el informe de asistencia, se establece que la víctima presenta hepatopatía y estenosis pilórica. Se le realiza RCP avanzado y no hay respuesta».

2. Primer Informe del Servicio de Inspección, de 15 de julio de 2025

A solicitud del instructor se emitió informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS, el 15 de julio de 2025, tras obtenerse los de los servicios que atendieron a la paciente y su historia clínica, del que se reproduce aquí lo siguiente:

« (…) OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

La atención sanitaria prestada a (...) desde el ingreso urgente de marzo de 2021 por perforación gástrica fue inmediata, realizándose intervención quirúrgica de urgencia con técnica adecuada, sin que consten complicaciones postoperatorias mayores en el seguimiento inmediato. La paciente fue incorporada a seguimiento por los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, con buena continuidad asistencial.

Durante el seguimiento ambulatorio, la paciente presentó un trastorno funcional progresivo del vaciamiento gástrico, vinculado a una deformidad antral postquirúrgica sin estenosis fija, como corroboran múltiples informes endoscópicos. En el contexto de intolerancia a la dieta sólida, vómitos y hallazgo de bezoar gástrico, se utilizaron medidas descritas en la literatura médica, incluyendo tratamiento con Coca-Cola administrada de forma puntual y controlada.

Esta opción terapéutica está avalada por artículos científicos y consensos clínicos en casos seleccionados, especialmente ante bezoares gástricos refractarios [1–3]. Se descarta, por tanto, que el uso de esta medida haya sido una actuación negligente o carente de base científica.

Respecto al hallazgo incidental de hepatopatía crónica en la TC del 4 de noviembre de 2021, debe señalarse que no existían antecedentes conocidos de hepatopatía, síndrome metabólico, alcoholismo, ni otras comorbilidades relacionadas. La paciente no había sido diagnosticada previamente de hígado graso, ni se había documentado disfunción hepática en controles previos. Según el informe emitido por la Dra. (...), especialista en Aparato Digestivo, el hallazgo hepático fue incidental y no atribuible al consumo puntual de Coca Cola ni a tratamiento médico alguno. Además, se expone que para que una hepatopatía crónica evolucione a cirrosis clínica suelen requerirse lapsos de tiempo prolongados (superiores a 15 años), y que el consumo puntual de una bebida azucarada no tiene capacidad causal directa en ese proceso [4,5].

En cuanto al fallecimiento súbito de la paciente el 17 de noviembre de 2021, no se dispone de informe de necropsia ni documento forense que confirme una causa específica. El episodio clínico descrito es compatible con una descompensación digestiva aguda o un síncope vagal secundario a dolor o vómitos, sin que puedan extraerse conclusiones definitivas. En todo caso, no se identifican actos médicos omisivos o incorrectos en la atención proporcionada. La derivación quirúrgica a centro de referencia ya había sido tramitada, y la paciente se encontraba en seguimiento activo, con pruebas diagnósticas solicitadas y control programado. Desde el punto de vista médico-técnico, se considera que la asistencia prestada se ajustó a la lex artis ad hoc. No se han identificado pruebas de que haya existido una pérdida de oportunidad asistencial clara, ni una demora injustificada que haya modificado sustancialmente el pronóstico vital de la paciente. Tampoco puede establecerse una relación causal directa entre el consumo terapéutico de Coca-Cola y el desenlace final.

CONCLUSIONES

1. (...) recibió atención quirúrgica urgente y adecuada ante el cuadro de perforación gástrica en marzo de 2021, con evolución postoperatoria controlada y seguimiento ambulatorio por los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo.

2. La estenosis pilórica funcional detectada en los meses posteriores fue tratada conforme a guías clínicas, incluyendo abordaje endoscópico, tratamiento médico conservador y la utilización controlada de Coca-Cola como terapia disolvente de bezoar gástrico, medida avalada por la literatura médica en casos seleccionados.

3. El hallazgo incidental de signos radiológicos de hepatopatía crónica en noviembre de 2021 no puede ser vinculado causalmente a la asistencia prestada, ni al tratamiento pautado, y no existían antecedentes hepáticos conocidos ni signos de hepatopatía descompensada.

El fallecimiento súbito ocurrido el 17 de noviembre de 2021 no puede atribuirse con base médica suficiente a una actuación asistencial incorrecta ni a una omisión por parte del

sistema sanitario. No se dispone de diagnóstico postmortem ni de informe forense que fundamente una relación causal directa entre la atención recibida y el desenlace.

4. En consecuencia, no se identifican actos médicos que supongan una infracción de la lex artis ni elementos objetivos que justifiquen una pérdida de oportunidad relevante. No se considera que concurran los requisitos exigidos para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud en relación con el fallecimiento de la paciente».

3. Segundo Informe del Servicio de Inspección, de 6 de julio de 2026

A propuesta de este Consejo, como se referirá más abajo, se emitió por el Servicio de Inspección un Informe Complementario del anterior, que se transcribirá también más abajo, el apartado 13 del siguiente Fundamento III.

III

Los principales trámites del expediente de responsabilidad patrimonial

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, el 3 de noviembre de 2022.

2. Con fecha 9 de noviembre de 2022 se requirió a la interesada para que en el plazo de diez días subsanara y mejorara su reclamación, lo que hizo por escrito de 29 de noviembre de 2022.

3. Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 3207/2022, de 14 de diciembre, se admitió a trámite la reclamación.

4. Con fecha 14 de diciembre de 2022 se requiere al SIP para que, tras recabar el historial clínico y el informe del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se emitiera informe en relación a las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por la reclamante y la actuación del servicio público sanitario, la cuantificación de la indemnización que procediera, y cualquier extremo que considerara de interés.

5. Con fecha 15 de julio de 2025 se emite informe del SIP al que se adjunta Historia Clínica de Atención Primaria y de Atención Especializada de la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura, informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, informe emitido por el Servicio de Aparato Digestivo, informe emitido por el Coordinador del Servicio de Urgencias, y copia de la Historia Clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

6. Con fecha 28 de julio de 2025 se dicta Acuerdo Probatorio, en el que se admiten como medios probatorios, las documentales propuestas por la interesada y el Servicio Canario de la Salud, que ya se encuentran incorporadas al expediente.

7. Con fecha 28 de julio de 2025 se confiere a la interesada el preceptivo trámite de audiencia, sin que se hayan formulado alegaciones.

8. En aplicación del art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

9. Con fecha 11 de noviembre de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

10. Con fecha 29 de diciembre de 2025 la Sección I de este Consejo Consultivo emite el Dictamen 539/2025, de 29 de diciembre, en el que se concluye la no conformidad a derecho de la Propuesta de Resolución y la procedencia de retrotraer el procedimiento a los efectos de pedir determinados informes.

11. Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 53/2026, de 22 de enero, se resuelve «Retrotraer el expediente a fin de que por el Servicio de Inspección y Prestaciones se recabe el informe complementario requerido por el Consejo Consultivo así como la documentación citada».

12. Con fecha 29 de abril de 2026 se reitera la solicitud de informe al SIP.

13. Con fecha 6 de julio de 2026 se emite Informe complementario del SIP, al que se acompañan Informe del Servicio de Urgencias Canario relativo a la asistencia extrahospitalaria prestada el 17 de noviembre de 2021 e Informe médico emitido por especialista en Aparato Digestivo distinto de los profesionales intervinientes en el proceso asistencial, y, en el que se establecen las siguientes conclusiones:

«PRIMERA.- La paciente fue intervenida de urgencia el 6 de marzo de 2021 por una peritonitis secundaria a perforación de úlcera péptica prepilórica, constituyendo una situación potencialmente mortal que requería tratamiento quirúrgico inmediato.

La intervención tuvo por finalidad resolver un proceso abdominal agudo y preservar la vida de la paciente, por lo que, dada la naturaleza urgente del cuadro, no se aprecia un defecto relevante de información susceptible de haber condicionado la indicación o la oportunidad del tratamiento.

SEGUNDA.- Las alteraciones posteriores del vaciamiento gástrico con desarrollo de deformidad antropilórica, estenosis pilórica y formación de bezoar constituyen complicaciones descritas en la literatura médica tras este tipo de procesos y fueron objeto de seguimiento continuado por los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, instaurándose sucesivamente medidas farmacológicas, dietéticas, endoscópicas y, finalmente, derivación al CHUIMI para tratamiento quirúrgico definitivo, sin apreciarse abandono asistencial ni ausencia de seguimiento.

TERCERA.- La utilización de Coca-Cola como medida coadyuvante para la disolución del bezoar gástrico se encuentra descrita en la literatura científica y se empleó como una opción terapéutica complementaria, junto con procinéticos y técnicas endoscópicas, con el objetivo de facilitar la resolución del bezoar y permitir una adecuada valoración del estómago.

No existen elementos objetivos que permitan sostener que dicha medida fuera la responsable del fallecimiento ni que hubiera ocasionado una hepatopatía crónica o una insuficiencia hepática terminal.

CUARTA.- La presencia de líquido libre intraperitoneal constituye un hallazgo radiológico inespecífico que debe interpretarse siempre en el contexto clínico global. En el presente caso, la paciente era portadora de una derivación ventriculoperitoneal, circunstancia que puede asociarse a la presencia de líquido libre en cavidad abdominal y que debía ser tenida en cuenta en la interpretación de los estudios de imagen.

Asimismo, no se objetivaron datos de irritación peritoneal, fiebre, sepsis, perforación digestiva activa, obstrucción intestinal completa, compromiso hemodinámico ni otros signos de alarma que hicieran sospechar una complicación abdominal aguda.

En ausencia de dichos hallazgos, la realización de procedimientos invasivos adicionales, incluida una paracentesis urgente, no resultaba obligada y hubiera supuesto una actitud desproporcionada respecto a la situación clínica existente, siendo adecuada la conducta diagnóstica y terapéutica finalmente seguida.

QUINTA.- De la documentación clínica se desprenden hallazgos radiológicos que pudieran orientar hacia la existencia de una enfermedad hepática, circunstancia recogida en la historia clínica como una sospecha diagnóstica pendiente de caracterización, sin que constara un diagnóstico definitivo.

Debe señalarse que las hepatopatías crónicas suelen presentar una evolución prolongada y que, para constituir por sí mismas una causa de fallecimiento, habitualmente se acompañan de datos de insuficiencia hepática o de descompensación clínica.

En el presente caso, no constaban alteraciones analíticas ni manifestaciones clínicas compatibles con insuficiencia hepática avanzada.

La sola sospecha, o incluso la existencia de una hepatopatía crónica, no permite por sí sola identificarla como la causa inmediata del fallecimiento ni afirmar que una caracterización diagnóstica más precoz hubiera modificado el desenlace final.

SEXTA.- La concurrencia de vómitos persistentes, líquido libre intraperitoneal y un discreto tinte ictérico debía interpretarse en el contexto clínico global de una paciente con alteración crónica del vaciamiento gástrico y múltiples procesos de base. Ninguno de estos hallazgos constituía por sí mismo un signo específico de abdomen agudo o de compromiso vital inmediato.

De hecho, la documentación clínica no evidencia una evolución progresiva hacia un cuadro abdominal agudo durante las asistencias prestadas en noviembre de 2021, objetivándose de forma reiterada estabilidad hemodinámica y ausencia de fiebre, irritación peritoneal, sepsis, obstrucción intestinal u otros datos indicativos de una complicación abdominal aguda.

En consecuencia, dichos hallazgos resultaban más compatibles con la patología digestiva funcional previamente conocida que con un proceso abdominal agudo subsidiario de tratamiento urgente.

SÉPTIMA.- En relación con la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias Canario el día 17 de noviembre de 2021, la información inicialmente disponible describía un cuadro de deterioro general caracterizado por disminución de la ingesta y dificultad para la alimentación en una paciente con antecedentes digestivos conocidos, sin que se comunicaran datos sugestivos de pérdida de consciencia, ausencia de respiración o compromiso vital inminente.

En atención a la información clínica disponible en ese momento, se movilizó una unidad de soporte vital básico, siendo tras la llegada al domicilio cuando se objetivó por primera vez la situación de parada cardiorrespiratoria. Ante ello, se activaron de forma inmediata los recursos de soporte vital avanzado, realizándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante aproximadamente 45 minutos, sin conseguir recuperar la circulación espontánea.

En consecuencia, la respuesta asistencial del Servicio de Urgencias Canario fue proporcionada y adecuada a la información clínica disponible en cada momento.

OCTAVA.- La consignación en el certificado de defunción de los diagnósticos de hepatopatía crónica y estenosis pilórica no permite identificar por sí sola el mecanismo fisiopatológico responsable del fallecimiento. La estenosis pilórica constituye una alteración funcional del vaciamiento gástrico y debe interpretarse como una enfermedad de base, pero no como una causa habitual de muerte. Del mismo modo, los hallazgos sugestivos de hepatopatía crónica se encontraban pendientes de caracterización y, aun en el supuesto de

existir dicha enfermedad, no constaban datos clínicos ni analíticos compatibles con insuficiencia hepática avanzada o descompensación hepática que permitieran atribuirle un papel determinante en el desenlace.

Por ello, no resulta posible establecer una relación causal cierta entre el fallecimiento y dichos procesos crónicos. Por el contrario, dada la complejidad clínica de la paciente, no pueden excluirse otros mecanismos fisiopatológicos potencialmente desencadenantes, sin que la documentación disponible permita determinar con certeza el factor precipitante del episodio final.

NOVENA.- La intervención quirúrgica practicada el 6 de marzo de 2021 se realizó en un contexto de urgencia vital por una peritonitis secundaria a perforación de úlcera péptica prepilórica, con la finalidad de preservar la vida de la paciente.

Durante toda la evolución, la paciente fue objeto de seguimiento continuado por los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, instaurándose sucesivamente las medidas diagnósticas y terapéuticas consideradas indicadas en cada momento, incluyendo tratamiento médico, endoscópico y la derivación para tratamiento quirúrgico definitivo, sin apreciarse abandono asistencial ni demora injustificada.

Por todo lo anteriormente expuesto, este Servicio de Inspección y Prestaciones se ratifica en el sentido desfavorable del informe previamente emitido, al no objetivarse deficiencias en el funcionamiento de los servicios sanitarios ni elementos que permitan establecer una relación causal cierta entre el fallecimiento de la paciente y la asistencia prestada».

IV

La existencia o inexistencia de responsabilidad de la administración sanitaria. La prueba de la infracción de la *lex artis ad hoc*.

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Cabe repetir de modo literal lo expuesto en el reciente Dictamen 398/2026, de 26 de octubre, sobre la regulación legal y los criterios jurisprudenciales y consultivos, incluso los de este propio Consejo, sobre la responsabilidad patrimonial de la administración pública, en especial en materia de servicios públicos sanitarios:

«La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades derivadas de la denominada "lex artis ad hoc"».

En este sentido, la STS 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».*

Entiende el TS en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Rec. 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 STS 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, 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 infringió aquella lex, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En el mismo sentido se ha pronunciado este Consejo. Así, p. ej. y entre otros muchos en el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, 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 " (...) 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 (...) "».

3. Además, en particular sobre las exigencias de prueba a las que está sometida la actuación administrativa, hemos mantenido también en el mismo dictamen, como en anteriores ocasiones (DCC 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, y que la carga de probar este nexo causal, es decir, los hechos de que se derive, incumbe al reclamante, como establece la regla general de los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone*.

«Sobre la Administración recaerá en su caso el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño o la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, además 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 asumirla, 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)».

4. En el caso de este expediente, la reclamante formula su reclamación por considerar inadecuada y, por tanto, contraria a la *lex artis* la asistencia sanitaria dispensada a su madre. En concreto, considera una mala praxis haberle prescrito como tratamiento la toma de Coca-Cola -*« (...) Continúan recomendando el mismo tratamiento de dieta líquida e ingesta de varios litros de Coca Cola al día (...) »-,* lo que, a juicio de la reclamante, derivó en una hepatopatía crónica que no fue debidamente tratada y que, según su reclamación, originó el trágico desenlace pues, tras describir las diversas y sucesivas patologías o padecimientos de su madre y las atenciones médicas que recibió, concluye que se produjo un diagnóstico tardío y una falta de seguimiento de la hepatopatía de su madre, que si se hubiese tratado de modo, más oportuno y adecuado -entiende la reclamante- hubieran evitado el fallecimiento.

Examinado el material probatorio obrante en el expediente administrativo -historial clínico y médico de la paciente, e informes de los facultativos y del SIP- en el criterio del Consejo es procedente desestimar la reclamación formulada, por cuanto de tales documentos no es posible alcanzar, con fundamentos demostrados, las conclusiones que autorizarían la atribución de responsabilidad patrimonial al SCS.

En efecto, la reclamante no ha desplegado actividad probatoria suficiente en el presente procedimiento -tal como le sería legalmente exigible conforme al art. 217 LEC- para acreditar la pretendida mala *praxis*, ni la relación de causalidad entre el consumo de Coca-Cola y las actuaciones sanitarias y la posible hepatopatía crónica que, indiciariamente, parecía padecer la señora (…), ni se ha probado tampoco la relación entre aquellas actuaciones y el fallecimiento de su madre.

Como hemos señalado con frecuencia en nuestros dictámenes, 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 se trata de

materia eminentemente técnica y, por ello, el Consejo ha de apoyarse necesariamente en las pruebas periciales que figuren en el expediente administrativo, especialmente las periciales muy especialmente cuando se discrepa, por los reclamantes, de la corrección técnica y el acierto médico y sanitario de las decisiones. El estándar legal fijado en el art. 34 LRJSP impide reconocer responsabilidad si no se prueba que la actuación de la administración sanitaria no se ha ajustado *al estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento* de producción del daño por el que se reclama y, por tanto, en el momento de la actuación que el reclamante reproche a la administración.

El Consejo Consultivo, en este caso y en general en las reclamaciones de exigencia de responsabilidad administrativa, viene obligado a dictaminar con los medios de prueba que se hayan aportado con el expediente administrativo, empleando la lógica y el buen sentido o *sana crítica*, para poder elaborar un pronunciamiento razonado sobre la discrepancia entre las afirmaciones de los reclamante y las explicaciones que frente a ello proporcione el prestador del servicio público, en este caso el SCS.

Examinada la prueba documental que se nos ofrece, lo que ha resultado acreditado en el presente caso es que la Sra. (…) ingresó el 6 de marzo de 2021 en el Hospital General de Fuerteventura por un cuadro de dolor abdominal agudo, tensión arterial baja y fatiga. Fue diagnosticada de peritonitis secundaria a perforación de úlcera gástrica prepilórica, confirmándose en quirófano una perforación de aproximadamente 2 cm con abundante contenido purulento. Se realizó piloroplastia, epiploplastia y sutura primaria bicapas. El postoperatorio transcurrió sin incidencias mayores salvo una infección localizada de la herida quirúrgica, documentada en urgencias el 24 de marzo de 2021, tratándose con antibióticos tras recogida de cultivo.

En la revisión del 7 de abril de 2021, la señora (…) presentó buena evolución general, siendo derivada al Servicio de Aparato Digestivo para seguimiento endoscópico, siéndole practicada el 28 de abril de 2021 la primera gastroscopia hospitalaria, en la que se identificó una masa alimentaria compacta -bezoar gástrico-, que impidió completar la exploración. Ante tal hallazgo, se iniciaron medidas conservadoras con procinéticos y dieta líquida.

Como consta en el expediente administrativo, durante el seguimiento ambulatorio, la señora (…) presentó un trastorno funcional progresivo del

vaciamiento gástrico, vinculado a una deformidad antral postquirúrgica sin estenosis fija, como corroboran los informes endoscópicos.

En vista de la mala respuesta clínica, se realizaron nuevas gastroscopias -15 y 19 de julio de 2021-, incluyendo dilatación endoscópica del píloro y administración de Coca-Cola, de forma puntual y controlada, como tratamiento disolvente del bezoar. Esta indicación fue informada, aceptada por la señora (...) y realizada bajo control médico, documentándose la progresiva disolución de la masa gástrica.

Ha quedado acreditado que el uso de la Coca-Cola como opción terapéutica está avalada por artículos científicos y consensos clínicos, para casos seleccionados, especialmente ante bezoares gástricos refractarios, de modo que, a diferencia de lo sostenido por la reclamante -sin aportación de prueba que pueda sostenerlo- el uso de esta medida no se puede calificar como una actuación negligente o carente de base científica.

Ante la persistencia de los síntomas, el 2 de septiembre de 2021 fue valorada de nuevo por el Servicio de Cirugía y derivada al CHUIMI para intervención definitiva, incluyendo posibilidad de gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux. El 17 de septiembre fue incluida en lista de espera quirúrgica y se solicitaron nuevas pruebas complementarias, incluido TC y gastroscopia de control. Consta por tanto que la derivación quirúrgica al centro de referencia -CHUIMI- fue debidamente tramitada, y la señora (...) se encontraba en seguimiento activo, con pruebas diagnósticas solicitadas y control programado.

El 15 de octubre de 2021 se realizó TC abdominal con hallazgo incidental de cambios en la morfología hepática compatibles con hepatopatía crónica (bazo aumentado de tamaño, morfología hepática heterogénea, bordes lobulados y signos de hipertensión portal leve), sin hallarse datos concluyentes de masa ni signos de cirrosis descompensada, por lo cual se procedió a coordinar su seguimiento en consultas externas con Aparato Digestivo. Tal como se informa por el SIP, en ese momento no constan antecedentes conocidos de hepatopatía, consumo alcohólico, ni obesidad significativa, y no se documenta que se iniciara estudio etiológico hepático específico. Además, la señora (...) no había sido diagnosticada previamente de hígado graso, ni se había documentado disfunción hepática en los controles previos. Según el informe emitido por la doctora (...), especialista en Aparato Digestivo, el hallazgo hepático fue incidental y no atribuible al consumo puntual de Coca-Cola ni a tratamiento médico alguno, indicando, asimismo, que para que una hepatopatía crónica evolucione a cirrosis clínica suelen requerirse lapsos de tiempo prolongados

(superiores a 15 años), y que el consumo puntual de una bebida azucarada no tiene capacidad causal directa en ese proceso.

Además, tal como informan el SIP y el Servicio de Digestivo, la sospecha radiológica de hepatopatía crónica no se encontraba confirmada desde el punto de vista clínico, analítico ni endoscópico. No constaban datos sugestivos de insuficiencia hepática, hipertensión portal clínicamente significativa, ni signos de descompensación hepática que permitieran atribuir a este hallazgo una trascendencia clínica inmediata. La eventual caracterización etiológica de una posible hepatopatía formaba parte de un proceso diagnóstico diferido, sin que de la documentación obrante en el expediente administrativo se evidencien elementos que hicieran necesaria la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas urgentes distintas de las finalmente llevadas a cabo.

Igualmente, en el TC de 15 de octubre de 2021 se apreciaba la presencia de líquido libre intraperitoneal, pero sin embargo, tal como informa el Servicio de Digestivo de 9 de junio de 2026, este hallazgo no constituye un signo específico de peritonitis ni de perforación digestiva activa, debiendo valorarse conjuntamente con los antecedentes de macroadenoma hipofisario intervenido y el hecho de que la señora (...) era portadora de una derivación ventriculoperitoneal -circunstancia que puede asociarse a la presencia de líquido libre intraperitoneal- y que, necesariamente, debía ser considerada en la interpretación de los estudios de imagen. Además, las pruebas realizadas no evidenciaron neumoperitoneo, extravasación de contraste, colecciones intraabdominales, obstrucción intestinal completa ni otros signos radiológicos sugestivos de una complicación abdominal aguda subsidiaria de tratamiento quirúrgico urgente. Del mismo modo, las sucesivas valoraciones clínicas no objetivaron datos de irritación peritoneal, sepsis o compromiso hemodinámico que obligaran a modificar la actitud diagnóstica y terapéutica seguida, sin que constaran datos compatibles con abdomen agudo, irritación peritoneal, fiebre, sepsis, perforación digestiva ni deterioro hemodinámico que justificasen una paracentesis urgente.

A lo largo del mes de octubre y mediados de noviembre de 2021, la señora (...) acudió en al menos cinco ocasiones al servicio de urgencias por episodios de vómitos persistentes, dispepsia y dificultad para progresar en la dieta. Recibió tratamiento sintomático con antieméticos y se reiteró el diagnóstico de estenosis pilórica postquirúrgica e intestino de retención alimentaria.

En la atención del 4 de noviembre de 2021 se realizó nuevo TC abdominal, reiterando los hallazgos previos y manteniéndose como diagnóstico principal la estenosis pilórica postquirúrgica.

El 13 de noviembre de 2021 se realizó la última visita documentada a urgencias, sin signos de alarma clínicos. Se indicó seguimiento ambulatorio con digestivo, que no llegó a completarse.

Tal como señala el informe del Servicio de Digestivo de 9 de junio de 2026, estas asistencias reflejan episodios de intolerancia digestiva y vómitos, sin que consten signos clínicos de abdomen agudo, perforación digestiva activa, obstrucción intestinal completa o sepsis abdominal que obligasen a una actuación quirúrgica urgente. Además, estos episodios constituían una manifestación congruente con el trastorno del vaciamiento gástrico previamente conocido, mientras que la presencia de líquido libre intraperitoneal representaba un hallazgo radiológico inespecífico, cuya interpretación requería correlación clínica y debía valorarse además en una paciente portadora de derivación ventriculoperitoneal.

Por otra parte, el discreto tinte ictérico descrito en la asistencia del 13 de noviembre de 2021 constituía también un signo clínico inespecífico, susceptible de obedecer a múltiples causas y carente de valor como indicador aislado de insuficiencia hepática o de una situación de urgencia médica. La asociación de dichos hallazgos podía ser sugestiva de una alteración funcional y metabólica en una paciente con patología digestiva crónica compleja, pero no permitía inferir por sí misma la existencia de una complicación abdominal aguda. En este sentido, la documentación obrante en el expediente administrativo no evidencia fiebre, irritación peritoneal, sepsis, perforación digestiva activa, obstrucción intestinal completa, hemorragia digestiva, compromiso hemodinámico ni datos de insuficiencia hepática que hubieran justificado una actitud diagnóstica o terapéutica urgente distinta de la adoptada.

Finalmente, el día 17 de noviembre de 2021, la señora (...) sufrió un episodio de síncope en su domicilio tras un cuadro de dolor abdominal y vómitos que derivó en su fallecimiento.

En relación con la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias Canario el día 17 de noviembre de 2021, que también se considera inadecuada por parte de la reclamante, de acuerdo con el informe emitido por dicho organismo, la demanda de asistencia fue recibida a las 09:04 horas y clasificada inicialmente como un cuadro de deterioro general, comunicándose disminución de la ingesta, mala hidratación y

antecedentes digestivos conocidos, describiéndose por la alertante que la paciente *«no comía, no bebía agua bien y padecía del estómago»*. La información disponible procedía de su hija- la reclamante- quien no se encontraba junto a la paciente, por lo que era indirecta y transmitida por terceros.

Durante la gestión telefónica inicial no se comunicó pérdida de consciencia, ausencia de respiración, ausencia de pulso ni otros datos compatibles con una parada cardiorrespiratoria o con una situación de compromiso vital inminente, motivo por el cual se movilizó una unidad de soporte vital básico en prioridad 2, siendo activada a las 09:14 horas. No fue hasta las 09:25 horas cuando se informó por primera vez que la paciente se encontraba inconsciente, objetivándose finalmente la parada cardiorrespiratoria tras la llegada de la ambulancia al domicilio a las 09:27 horas. En ese momento se iniciaron inmediatamente maniobras de reanimación cardiopulmonar y se activó una ambulancia medicalizada, que llegó al domicilio a las 09:38 horas para continuar la asistencia mediante técnicas avanzadas de soporte vital. Pese a las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada realizadas durante aproximadamente 45 minutos, no se consiguió recuperar la circulación espontánea.

Por tanto, la primera constatación objetiva de la situación de parada cardiorrespiratoria se produjo tras la valoración presencial efectuada por la unidad de soporte vital básico, siendo la movilización progresiva de recursos y las actuaciones desarrolladas acordes con la información clínica disponible en cada momento y con la nueva situación clínica identificada.

Por todo lo expuesto, de la prueba documental obrante en el expediente administrativo, y ante la ausencia de necropsia o informe médico forense de auotpsia, no resulta posible establecer con certeza el mecanismo fisiopatológico responsable del episodio agudo que precedió al fallecimiento de la señora (...), por lo que, -tal como informan el SIP y el Servicio de Digestivo- cualquier atribución causal directa a la patología digestiva conocida debe considerarse una hipótesis y no una conclusión demostrada.

No quedarían desvirtuadas las conclusiones anteriores aunque, como se afirma en el escrito de reclamación, en el certificado de defunción se hubiera consignado como causa de la muerte hepatopatía crónica, cirrosis y estenosis pilórica.

El Consejo quiere hacer notar que el objeto de la retroacción del expediente incluía la demanda de que se le remitiera (...) «*El informe clínico de exitus, o, el certificado médico donde conste la causa y circunstancias de la defunción*». Pero, sin

ninguna explicación de su falta, no se ha remitido al Consejo por el órgano instructor este documento, que le fue requerido con objeto de contrastar su contenido con las afirmaciones de la reclamante y de percibir, eventualmente, la existencia de alguna información complementaria.

Ello no obstante, no ha de insistir ahora el Consejo en la solicitud, en vista de los nuevos informes del Servicio de Digestivo del CHUIMI y del Servicio de Inspección, pues tales menciones -en su caso- no permitirían por sí solas identificar la causa del fallecimiento ni restarían fundamento a los razonamientos hechos en los párrafos anteriores ni, sobre todo, las informaciones y que se formulan en los citados informes.

En particular, la estenosis antropilórica constituye una alteración funcional del vaciamiento gástrico y debe interpretarse como una condición patológica subyacente derivada del proceso postquirúrgico, pero no como un mecanismo habitual de muerte. Del mismo modo, la sospecha radiológica de hepatopatía crónica no se encontraba confirmada clínica, analítica ni endoscópicamente, no constando datos de insuficiencia hepática avanzada ni de descompensación hepática como encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, síndrome hepatorrenal u otras complicaciones mayores propias de una hepatopatía terminal, que permitan atribuirle un papel determinante en el desenlace.

En consecuencia, y teniendo en cuenta la complejidad clínica de la paciente, no pueden excluirse otros factores concomitantes relacionados con su patología de base y sus antecedentes neuroquirúrgicos ni puede establecerse tampoco -por las consideraciones antes expuestas- una relación causal entre el consumo terapéutico de Coca-Cola y el desenlace final.

Por todo ello, siendo el presupuesto de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario que se constate una infracción de la *lex artis* o de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, valorado el material probatorio del expediente, consideramos que en el presente supuesto se pusieron a disposición de la señora (...) todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos a lo largo del proceso, conforme a la sintomatología presentada en cada momento, ninguno de los cuales ha resultado contrario a la *lex artis*, por lo que que la Propuesta de Resolución se estima conforme a derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial de este expediente se considera conforme a Derecho, por los razonamientos expuestos en el anterior Fundamento IV.