



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 251/2017

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 203/2017 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS) iniciado por (...), (...) y (...), en solicitud de una indemnización de trescientos mil euros por los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de (...), esposo de la primera y padre de los segundos, cuyo óbito imputan a la negligencia profesional de los facultativos del SCS, que lo atendieron el 30 de noviembre de 2013.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP),

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución final es competencia del Director 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.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

## II

1. Los reclamantes fundamentan su pretensión en los siguientes hechos:

El día 30 de noviembre de 2013, a las 15:00 horas, (...) acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Jinámar por dolor en el pecho, cuello y brazos, siendo diagnosticado, sin realizársele un electrocardiograma, de hipertensión arterial y «dolor», remitiéndolo el médico de guardia al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, CHUIMI. En el Servicio de Urgencias de este Hospital tampoco le practicaron un electrocardiograma. El facultativo que lo atendió

diagnosticó epigastria, le prescribió omeoprazol y control por su médico de cabecera. Fue dado de alta y regresó a su domicilio, dónde continuó sufriendo el mismo dolor. A las 20:55 horas acudió a su domicilio una ambulancia medicalizada, pero el paciente ya se encontraba en parada cardiorrespiratoria y falleció a las 21:20 horas.

Los reclamantes aportan el informe de la autopsia que concluye que se trató de una muerte natural por rotura cardiaca debido a infarto de miocardio por taponamiento cardiaco.

Aportan también un informe, de 17 de marzo de 2014, suscrito por la médico (...), en el cual ésta afirma, con base en su valoración de la documentación médica aportada por la familia, que cuando el paciente acudió al Servicio de Urgencias ya presentaba síntomas sugerentes de infarto agudo de miocardio (IAM), y sin embargo no se le practicó un electrocardiograma (EKG), el cual hubiera diagnosticado la patología de forma precoz, con lo que se habría tenido posibilidades de tratarla y evitar el *exitus* del paciente.

Con base en ese relato fáctico y los dos informes médicos aportados sostienen que se trató de manera ineficaz una situación clínica concreta y definida porque el paciente presentaba síntomas sugerentes de IAM y pese a ello no se le practicó la prueba diagnóstica oportuna que hubiera permitido tomar las medidas oportunas para evitar el óbito. Valoran en 300.000 euros «los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de (...) y por la pérdida de oportunidad».

2. Con base en la historia clínica del fallecido, en el informe de la médico-inspectora del Servicio de Inspección y Prestaciones se relata que el paciente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Jinámar a las 15:00 horas del 30 de noviembre de 2013. Como consta en el informe de Urgencias de ese día refirió al facultativo que lo atendió que desde hacía un mes tenía dolor en todo el cuello, estómago y ambos brazos. Se le examinó, se le tomó la tensión arterial, saturación de oxígeno, pulso y valoración del dolor abdominal, tras lo cual se le diagnosticó hipertensión arterial y dolor abdominal y se le remitió al CHUIMI para que le realizaran radiografías de tórax y abdomen y nueva valoración.

3. El preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) está representado por el informe, de 5 de mayo de 2016, del Jefe de Sección del Servicio de Urgencias del CHUIMI. Este informe refiere lo siguiente:

«Se trata de un varón de 63 años remitido desde el centro de salud por cuadro de hipertensión arterial y dolor abdominal a estudio. En el informe que se remite al Servicio de Urgencias del Hospital Insular no se refiere ningún antecedente de interés.

A la llegada al Servicio de Urgencias del CHUIMI el paciente refiere cuadro de dolor abdominal y como antecedente personal únicamente dice ser hipertenso. Al ser interrogado refiere tener dolor en epigastrio que se irradia a cuello pero aumenta con los movimientos respiratorios, en ningún momento se hace referencia a episodios de dificultad respiratoria, sudoración profusa o episodios de dolor similar en los días previos.

Al realizarse exploración física, se constata dolor a la palpación en región epigástrica, con el resto de la exploración normal. La exploración cardiopulmonar resultó ser normal.

Dado que el paciente no refería ninguna patología que hiciera presuponer infarto agudo de miocardio con presentación atípica (propio en pacientes diabéticos), ni dolor con el ejercicio físico en los días previos, y dado el buen estado del paciente durante su estancia en el Servicio de Urgencias, el paciente fue diagnosticado de epigastralgia, se le pautó tratamiento y fue dado de alta.

Evaluando la atención realizada en el Servicio de Urgencias, consideramos que el dolor que refería el paciente, así como la sintomatología presentada, no eran sugestivas de que el paciente estuviese sufriendo un infarto agudo de miocardio, por tanto, consideramos que la actitud tomada por el médico de urgencias que realizó la atención se ajusta a la buena praxis y cumplió con los protocolos existentes actualmente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario a tal fin».

4. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones destaca que en el informe, de 30 de noviembre de 2013, de alta hospitalaria en el Servicio de Urgencias del CHUIMI se recoge que el paciente por motivo de «Epigastralgia» y que «Refiere dolor localizado en epigastrio que se irradia a cuello y aumenta con la respiración, no náuseas, no vómitos, no RGE» y se anota «clínica de meses de evolución». La exploración neurológica y auscultación cardiopulmonar sin datos de patología. A la exploración abdominal «abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no masas, etc, RX de tórax y abdomen normales». Sobre las 17:00 horas del día 30 de noviembre de 2013, se le dio el alta hospitalaria.

5. El informe complementario, de 7 de febrero de 2017, del Servicio de Inspección y Prestaciones explica que:

«El IAM se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial (donde la corbata), sensación de malestar general, mareo, náuseas y sudoración.

En la mayoría de las ocasiones no se presentan todos los síntomas sino una combinación variable de alguno de ellos.

Habitualmente dolor tipo peso en la zona del esternón que no se modifica con los movimientos ni con la respiración, de más de 20 minutos de duración, aparece en reposo o en ejercicio, no se alivia con la postura, de intensidad variable, no se modifica con los movimientos musculares, ni con la postura y, en ocasiones, se irradia hacia mandíbula, cuello y espalda, brazo izquierdo y, en algunos casos, brazo derecho. Se puede asociar a sudor frío y mareo.

Otras veces, dolor en la parte alta del abdomen, dificultad para respirar, ganas de vomitar y pérdida de conocimiento.

Resumimos, el dolor se puede presentar o manifestar como:

- 1.- Presión torácica con sensación de malestar, y de estar lleno.
- 2.- Dolor aplastante u opresivo en el centro del pecho durante varios minutos.
- 3.- Opresión que empieza en el centro del pecho y se irradia a los hombros, cuello o brazos.
- 4.- Malestar torácico con sensación de mareo, sudoración, náuseas o dificultad para respirar.

Como se observa, no duele o aumenta el dolor, con los cambios de movimientos de la postura ni respiratorios, tampoco a la presión local, no es dolor que pueda durar meses».

6. Como señala en sus informes la médico-inspectora del Servicio de Inspección y Prestaciones, el dolor referido por el paciente al llegar al Servicio de Urgencias de Jinámar y al del Hospital era dolor de estómago. No es cierta la afirmación del escrito de reclamación de que el paciente presentara dolor en el pecho que es uno de los síntomas más característicos del infarto de miocardio.

La médico-inspectora explica que otro de los síntomas del infarto es la aparición brusca de dolor en el pecho y su duración. El paciente cuando acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud refiere que ese dolor de estómago lo sufría desde hacía un mes. En el Servicio de Urgencias del Hospital refiere que ese dolor lo sufría desde hace dos meses. Tanto si sufría el dolor del estómago desde hacía un mes o desde hacía dos meses, en ambos casos se trata de un periodo muy dilatado para que se tratara de un dolor cuyo origen fuera un infarto de miocardio. Un dolor de esta naturaleza es imposible que se prolongue durante meses.

El paciente manifestaba dolor a la palpación abdominal y refirió que ese dolor se incrementaba con la respiración. Un dolor causado por un infarto de miocardio no se

manifiesta o aumenta con la presión local, ni con los cambios de postura ni con los movimientos respiratorios.

El paciente tampoco presentaba síntomas de la clínica vegetativa asociada al infarto de miocardio tales como sensación de mareo, sudoración, náuseas, síncope (...) etc.

El informe, de 30 de noviembre de 2013, de alta hospitalaria en Servicio de Urgencias del CHUIMI consigna que la exploración neurológica y auscultación cardiopulmonar sin datos de patología. Tanto en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud como en el del Hospital lo auscultaron sin hallar alteraciones cardiopulmonares, las cuales acompañan al infarto de miocardio. A la auscultación no se halló dificultad respiratoria, también típica de esta patología.

El paciente tampoco tenía características de un cuadro de perfil isquémico, como son la opresión o peso precordial o retroesternal que se irradia a brazo izquierdo, mandíbula, etc., síntomas propios del infarto de miocardio.

Las radiografías de tórax y de abdomen arrojaron resultados igualmente normales.

Como explica el informe, de 5 de mayo de 2016, del Jefe de Sección del Servicio de Urgencias del CHUIMI el paciente no refirió que sufriera ninguna patología como la diabetes que obligara a sospechar un infarto agudo de miocardio con presentación atípica. El informe complementario de la médico-inspectora explica que esta presentación atípica se da en ancianos y diabéticos con epigastria, dolor en la parte alta del abdomen, ganas de vomitar y pérdida del conocimiento. El paciente refería dolor abdominal, pero no náuseas; tampoco experimentó vómitos, ni reflujo gastroesofágico (RGE), ni pérdida del conocimiento. La inexistencia de estos síntomas y la carencia de antecedentes de patologías asociadas a una presentación atípica de infarto agudo de miocardio, no permitían sospechar que se tratara de esta patología.

7. Estos datos que resultan de la historia clínica y su valoración por los informes médicos que se ha expuesto no resultan desvirtuados por el informe, de 17 de marzo de 2014, suscrito por la médico (...), en el cual ésta afirma, con base en su valoración de la documentación médica aportada por la familia, que cuando el paciente acudió al Servicio de Urgencias, ya presentaba síntomas sugerentes de infarto agudo de miocardio; puesto que no identifica esa documentación médica que ha valorado, ni describe cuáles eran los síntomas sugerentes de infarto agudo de miocardio que están recogidos en esa documentación médica no identificada, ni

explica por qué esos síntomas obligaban a formular un diagnóstico de sospecha de infarto agudo de miocardio y en consecuencia a ordenar la práctica de un electrocardiograma (EKG) a fin de confirmarlo.

### III

1. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, 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, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera 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. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. 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, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) 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 obtenerla, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que el fallecimiento del paciente fue causado porque, a pesar de que presentaba los síntomas sugerentes de un infarto agudo de miocardio, los facultativos del SCS no fueron capaces de sospecharlo y por ende no sometieron al paciente a un EKG a fin de confirmarlo y tomar las consecuentes medidas terapéuticas para atajar su curso fatal. Sin la prueba de estos extremos de hecho, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos

del SCS y el óbito del paciente. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

Los reclamantes no han aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Más arriba se explicó que el informe médico que han aportado carece de valor probatorio. La documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que el paciente no presentaba síntomas que obligaran a formular un diagnóstico de sospecha.

2. En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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 la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, “como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad 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” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008).»

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la



medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

### 3. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional», y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por «*lex artis ad hoc*», como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal «*lex*» implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la

profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto «ad hoc»: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha «lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa «lex», aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)». STS de 26 marzo de 2004.

4. El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Éste solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara que:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

En la STS de 17 julio de 2012 se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; "existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales".

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: "los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios

todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización».

En el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

5. En el presente caso está acreditado que el paciente no presentaba los síntomas característicos de un infarto agudo de miocardio, por lo que su estado no obligaba a sospechar su existencia. Por esta razón no cabe en este supuesto afirmar la existencia de un error de diagnóstico constitutivo de una infracción de la *lex artis ad hoc*. Si no se ha cometido esa infracción por los facultativos del SCS en la asistencia que le dispensaron, es imposible jurídicamente la estimación de la pretensión resarcitoria.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, dirigida a la desestimación de la pretensión resarcitoria, es conforme a Derecho.