



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 9 / 2 0 2 0

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de mayo de 2020.

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 propio y en representación de sus hijos, (...) y (...) por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 148/2020 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 24 de marzo de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 6 de abril de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (por ser superior a 6.000 €), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, 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 (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. de León Marrero.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), (...) y (...), al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP], que viene dado por el fallecimiento del esposo de la primera y padre de los segundos, (...), cuyas relaciones de matrimonio y filiación con el fallecido han quedado acreditadas en el expediente.

4. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Servicio de Urgencias Canario, servicio gestionado por la empresa (...), concertado con el SCS. Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste también presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada.

Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017): «(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la reclamación se interpuso el 15 de octubre de 2018, respecto de un daño consistente en el fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes, producido el 26 de octubre de 2017.

8. Por último, se ha de advertir que, a la tramitación del procedimiento en que ha de aprobarse el dictamen que se nos solicita, le ha resultado de aplicación el RD 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado RD se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/2020, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

II

Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión los siguientes:

«-26/10/2017, 00:17 horas: el centro coordinador de emergencias y seguridad del Gobierno de Canarias 112 (CECOES), recibe llamada de alerta que solicita asistencia sanitaria para (...) ya que, según refiere la persona alertante, presentaba dolor generalizado y apenas reaccionaba. El paciente se encontraba en su domicilio.

- 26/10/17, 01:01 horas: tras activarse la asistencia a domicilio por parte de un vehículo de atención médica perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria, éste acude al domicilio del peritado y tras valorar al mismo informe al Servicio de Urgencias Canario:

(...) “Motivo de consulta y antecedentes: paciente con estado letárgico. Al parecer le han dado Tranquimazin + Deprelío + Alprazolam.

Datos fundamentales de exploración y complementarios: Buenas coloración de piel y mucosas (a continuación frase ilegible). Saturación de oxígeno 94% frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto.

Conclusión diagnóstica: Sobremedicación.

Tratamiento que se recomienda: Abundante hidratación”.

Tras la valoración se envía comunicación al centro 112, que recoge:

(...) “Conciencia: Habla con dificultad. Respiración: respira con dificultad.

Tipo de incidente: Alteración de la conciencia”.

- 26/10/17, 17:08 horas: se recibe una llamada de alerta en el CECOES 112, en la que se solicita asistencia sanitaria urgente para el peritado, ya que ha sufrido un cuadro agudo de alteración de la conciencia. El peritado se encontraba en su domicilio.

Desde el CECOES 112 se traslada la llamada al Servicio de Urgencias Canario que procede a la activación de una ambulancia de soporte vital básico y una ambulancia medicalizada. Una vez que los recursos llegan al lugar del incidente encuentran al afectado en situación de parada cardiorrespiratoria por lo que inician la realización de maniobras de resucitación cardiopulmonar e informan al Servicio de Urgencias Canario de la situación clínica del paciente. Finalmente, pese al tratamiento instaurado, no se consiguió revertir su situación clínica, siendo declarado fallecido por el facultativo de la unidad medicalizada.

- 26/10/17: Se expide certificado médico de defunción del peritado, que recoge:

(...) “Causa de defunción:

1.Causa inmediata: Parada cardiorrespiratoria.

Causa inicial o fundamental: Cardiopatía Isquémica.

¿Ha habido indicio de muerte violenta? No.

¿Se practicó autopsia clínica? No.

Se establece la data de la defunción el 26/10/17 a las 17:00 horas.

El fallecido, sin enfermedad previa alguna, carecía de antecedentes personales de alguna patología grave que lo pudiese justificar.

Los diagnósticos que se establecen fueron:

- 26/10/17, 01:01 horas: sobremedicación con alteración de la conciencia y habla y respiración con dificultad.

- 26/10/17, 17:00 horas: fallecimiento por parada cardiorrespiratoria secundaria a cardiopatía isquémica”.

Entienden los reclamantes que se produjo negligencia médica, dado que:

“en relación con el diagnóstico al que se llegó en la primera asistencia (alteración de la conciencia por probable sobremedicación) se omitieron actuaciones médicas imprescindibles para un correcto manejo de dicho cuadro clínico (...)”».

Por ello, se concluye que:

«De haberse realizado una correcta historia clínica, una exploración física general y neurológica exhaustiva y haber derivado al paciente a un centro sanitario para mantenerlo bajo vigilancia estricta, realizar todas aquellas exploraciones complementarias que procedieran y aplicar tratamientos adecuados, se hubieran podido evitar complicaciones posteriores (y por tanto el fallecimiento del paciente) o, al menos, se hubiese disminuido significativamente el riesgo de que se produjesen las mismas. Por tanto, entendemos que ha habido una pérdida de oportunidad».

Todo ello se fundamenta en informe médico pericial que se aporta.

Se solicita una indemnización de 164.032 euros que desglosa en 123.130 euros para la viuda y 20.451 para cada uno de sus dos hijos.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 18 de noviembre de 2018 se identifica el procedimiento, de lo que recibe notificación la reclamante el 23 de noviembre de 2018.

- Por Resolución de 19 de noviembre de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, así como su

notificación a la Empresa Pública (...). Ello se notifica a la reclamante el 23 de noviembre de 2018.

- El 20 de noviembre de 2018 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar la documentación necesaria, lo emite el 26 de julio de 2019.

- El 16 de septiembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por los interesados, y, siendo todas ellas documentales y obrando ya en el expediente, no se hace preciso abrir periodo de prueba, por lo que concluye este trámite pasando al siguiente. Lo que se notifica a la reclamante el 26 de septiembre de 2019.

- El 16 de septiembre de 2019 se acuerda trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 26 de septiembre de 2019, presentando escrito de alegaciones el 9 de octubre de 2019 en el que se reiteran los términos de la reclamación inicial.

- El 17 de septiembre de 2019 tiene entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud solicitud de remisión del expediente administrativo por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria, en el procedimiento ordinario n.º 287/2019, en virtud de recurso contencioso-administrativo interpuesto por los interesados por silencio desestimatorio.

- Por Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de 25 de septiembre de 2019, se acuerda la remisión del expediente administrativo al Juzgado, sin que se tenga constancia de pronunciamiento judicial, lo que no obsta para la emisión del presente Dictamen.

- El 27 de febrero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, dictándose en iguales términos borrador de Propuesta de la Directora del Servicio Canario de la Salud, que, tras ser informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 9 de marzo de 2020, es elevado a Propuesta de Resolución definitiva de 11 de marzo de 2020, que es remitida a este Consejo.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes en virtud de los informes recabados en la tramitación del procedimiento.

2. Pues bien, efectivamente, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, a cuyo efecto es preciso señalar los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que obran en la historia clínica de (...), tal y como se recoge en el informe del SIP, donde consta:

«1.- El paciente de 75 años, tenía antecedentes de esteatosis hepática (hígado graso) y dislipemia que había tratado con simvastatina; riesgo cardiovascular elevado; osteoartrosis (alteraciones degenerativas), con episodios de dolores articulares e insomnio habitualmente tratado con benzodiazepinas (diazepam 10, lorazepam 1, ocasionalmente alprazolam 1 mg). En su historia clínica de Atención Primaria, a partir de febrero de 2015, tenía pautado diazepam 10 mg, nocturno. Entre otros antecedentes destacan: fractura de cadera (julio/2014); cirugía de cáncer de recto en abril/2015. El 17/10/2017 se le prescribió tratamiento con analgesia (naproxeno y paracetamol) por dolor cervical debido a alteraciones degenerativas.

2.- Según informe del Servicio de Urgencias Canario (SUC), en fecha 26/10/17, a las 00:17 horas, el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (CECOES) 1-1-2, recibe solicitud de asistencia sanitaria domiciliaria para un paciente, que según alertante presentaba dolor generalizado y apenas reaccionaba.

3.- Desde el CECOES 1-1-2, se trasladó llamada al SUC, activándose un vehículo de atención médica (VAM) perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria, según prioridad 3, asignada al servicio.

4.- Una vez es asistido el paciente, a la 01:01 horas, el médico, según informe clínico de la asistencia e informe médico adicional, describe que, al llegar al domicilio y realizar la inspección, ve a un paciente con buena coloración de piel y mucosas, y en la anamnesis se revela coherente, estando el paciente consciente, aunque algo letárgico (somnoliento). En la entrevista se le informa que el paciente ha tomado Deprelío comprimido de 25 mg, junto a Trankimazin (alprazolam) comprimido de 0.25 mg, y un Alprazolam de 1 mg, hace unas horas.

5.- A la exploración general, no se observa patología neurológica alguna, ni tampoco de posible insuficiencia respiratoria, corroborada por la determinación de la saturación de O₂, que estaba en un 94%; la frecuencia cardíaca se establece en 90 lpm (normal).

6.- A la vista de los hechos constatados, ante la ausencia de signos de alarma, ausencia de deterioro general (tampoco dolores generalizados), y, ante la ingestión de dichos

fármacos, en dosis bajas, en relación a la dosis tóxica de estos, se diagnostica de sobremedicación de fármacos y se opta por un tratamiento conservador en su domicilio, a base de hidratación profusa, dejando la recomendación verbal, de volver a contactar con el 112, si el cuadro actual no remitiera.

7.- Con posterioridad, a las 17:08 horas, el CECOES 1-1-2, recibe nueva llamada de alerta en la que se solicita asistencia sanitaria urgente a domicilio para el paciente, ya que había sufrido un cuadro agudo de alteración de consciencia.

8.- Desde el CECOES 112, se trasladó la llamada al SUC que, ante esta alerta, procedió a la activación de una ambulancia de soporte vital básico (ASVB) y una ambulancia medicalizada. A la llegada de los recursos, encuentran al paciente afectado de parada cardiorrespiratoria por lo que se inicia maniobras de resucitación avanzada siendo las 17:32 horas, no consiguiendo revertir su situación clínica, declarando el exitus del paciente, siendo la causa inmediata, según el certificado de defunción, una parada cardiorrespiratoria, cuya causa inicial o fundamental es una cardiopatía isquémica; no habiendo indicios de muerte violenta, ni siendo la defunción ocurrida como consecuencia directa o indirecta ni de un accidente de tráfico, ni de un accidente laboral, por lo que no se practicó autopsia clínica».

3. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación de las interesadas es preciso distinguir dos momentos en los que se presta asistencia al paciente:

1) En un primer momento, como se deriva del informe del SIP y del informe emitido el 3 de diciembre de 2018 por Dr. (...), Médico interviniente en la primera asistencia del Servicio Especial de Urgencias del Servicio de Urgencias Canario, el 26 de octubre de 2017, a las 00:17 horas, el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (CECOES) 112, recibe solicitud de asistencia sanitaria domiciliaria para un paciente, que según alertante presentaba dolor generalizado y apenas reaccionaba.

Según informa el Dr. (...), «se nos requiere a las 01:01 del día 26.10.1, en la forma habitual, es decir mediante un mensaje escueto escrito, tras haber sido advertido por vía telefónica de la presencia de un servicio. En el mensaje se hace constar la hora y el día, la unidad requerida, la prioridad del servicio, en este caso una Prioridad 3 -baja-, un breve comentario hecho por el gestor del 112, según lo referido por el alertante, el nombre y la dirección del enfermo así como su edad y una breve apreciación de la persona que envía el mensaje, en base a la conversación mantenida con el alertante».

Según el informe del médico interviniente, al llegar al domicilio y realizar la inspección, ve a un paciente con buena coloración de piel y mucosas, y en la

anamnesis se revela coherente, estando el paciente consciente aunque algo letárgico (somnoliento).

En este punto, procede señalar, como correctamente se ha hecho en la Propuesta de Resolución:

«De lo hasta ahora aquí expuesto se infiere que si bien en el mensaje que se le traslada al Dr. (...) consta como tipo de incidente “alteración de conciencia” el paciente tras su valoración médica, no fue diagnosticado de alteración de conciencia tal y como se afirma en el dictamen presentado por los reclamantes, sino que el paciente se encontraba consciente y con discurso coherente, la apreciación es “algo letárgico”».

De ahí que el informe pericial aportado en la reclamación parta de una premisa errónea, en virtud de la que se desarrolla y plantea la actuación sanitaria que, entienden los peritos (son dos los médicos informantes conjuntamente) correspondería partiendo de la hipótesis del diagnóstico de alteración del nivel de conciencia, lo cual no se ajusta a la realidad.

Así, señala la PR:

«Se interpreta pues erróneamente en el Dictamen que lo que consta en el documento 1 aportado por los reclamantes es lo que informa el Dr. (...) tras el examen al paciente. Así se plasma en el folio 2 del Dictamen:

“Tras valoración se envía comunicación al 112 que recoge:

Conciencia habla con dificultad. Respiración: respira con dificultad

Tipo de incidencia: Alteración de la conciencia

No es tras la valoración del paciente por el médico, sino que tal y como se ha señalado, ese es el mensaje de activación del recurso médico y responde a lo que ha comunicado el alertante. Y con base en ese error se desarrolla el resto de la argumentación”».

Sentado esto, en la entrevista del médico asistente se le informa de que el paciente ha tomado Deprelío comprimido de 25 mg, junto a Trankimazin (alprazolam) comprimido de 0.25 mg, y un Alprazolam de 1 mg, hace unas horas.

A la exploración general, no se observa patología neurológica alguna, ni tampoco de posible insuficiencia respiratoria, corroborada por la determinación de la saturación de O₂, que estaba en un 94%; la frecuencia cardíaca se establece en 90 lpm (normal).

A la vista de los hechos constatados, ante la ausencia de signos de alarma, ausencia de deterioro general (tampoco dolores generalizados), y, ante la ingestión

de dichos fármacos, en dosis bajas, en relación a las dosis tóxicas de estos, se diagnostica de «sobremedicación de fármacos» y se opta por un tratamiento conservador en su domicilio, a base de hidratación profusa, dejando la recomendación verbal, de volver a contactar con el 112, si el cuadro actual no remitiera.

Como concluye el informe del SIP, el diagnóstico realizado en este momento es correcto, y realizado en virtud de adecuada exploración del paciente, siendo acorde con la sintomatología presentada, los acontecimientos ocurridos previamente (toma de medicación) y sus propios antecedentes, tanto ausencia de antecedentes cardiacos o de otro tipo, como antecedentes de insomnio medicado con benzodiacepinas (alta tolerancia a las mismas). Asimismo, es acorde a este diagnóstico el tratamiento efectuado, sin que fuera precisa otra actuación, prueba o traslado a centro asistencial, en contra de lo manifestado por los reclamantes.

A tal efecto, según informa el SIP:

«(...) 3.- Del examen físico realizado, con buena coloración de piel y mucosas deducimos que fueron revisadas, sin que hubiera coloración anómala (color azulado o cualquier otro que pudiera ser una manifestación de déficit de oxigenación) ni falta de hidratación de las mismas; tampoco había datos de insuficiencia respiratoria ni cardíaca a la luz de la presencia de una adecuada saturación de oxígeno y una frecuencia cardíaca normal. Tampoco se observa signos de patología neurológica alguna (su lenguaje era coherente, no pérdida de fuerza, no parestesias, ni ningún otro déficit neurológico).

4.- Dado que las dosis farmacológicas utilizadas son bajas en relación con las dosis tóxicas de estos fármacos, no había criterio para considerar una intoxicación, es por ello que ante los datos conocidos, la ausencia de signos de alarma y, a la vista del tipo de fármacos, dosis y tiempo aproximado de la ingesta, el Médico diagnostica de forma razonable sobremedicación; también la actuación ante el cuadro descrito se manifiesta sensata al indicar hidratar al paciente, y prudente, al indicarle a él y su familia verbalmente, volver a contactar con el 112, si el cuadro actual no remitiera».

2) Diecisiete horas más tarde, esto es, a las 17:08 horas del mismo día, en horario vespertino (no antes de irse a dormir) se realiza una segunda llamada al CECOES, y esta llamada es realizada porque el paciente ha presentado un cuadro agudo de alteración de conciencia, lo que también nos indica que la alteración ha sido en ese momento, no antes.

Como señala el SIP, «El hecho de que hubieran pasado más de 16 horas entre una llamada y la otra nos hace considerar que el paciente había dormido y se había recuperado de la somnolencia-letargo tras la sobremedicación ingerida en la noche. Consideración que

también es razonable si tenemos en cuenta que el paciente tenía cierta tolerancia (cada vez se precisa más dosis de medicación para conseguir el mismo efecto hipnótico) dado que tomaba habitualmente benzodiacepinas para dormir, y que las dosis de medicación ingeridas eran bajas (no eran tóxicas), alcanzando niveles y efectos máximos (alprazolam) al cabo de una o dos horas después de la administración, y, de cuatro horas en el caso de Deprelío (que tampoco tiene acción sedante retardada)».

Al llegar los recursos sanitarios, tras la segunda llamada, el paciente está en parada cardiorrespiratoria (PCR). El cuadro agudo (es decir, no fue progresivo) de pérdida de consciencia del que fue alertado el CECOES, fue diagnosticado a la llegada de los recursos sanitarios como una parada cardiorrespiratoria. Inmediatamente se procede a realizar las maniobras de reanimación avanzadas, maniobras que se realizan adecuadamente ante el diagnóstico de PCR y sin que las mismas consigan revertir la situación clínica del paciente, siendo declarado *exitus*. En el certificado de defunción se describe como causa inmediata de la muerte la parada cardiorrespiratoria, siendo la causa inicial o fundamental descrita la cardiopatía isquémica.

Tal diagnóstico es acorde con la situación en la que se encuentra el paciente en este momento, y no antes, pudiendo entender, además, según el informe del SIP, que el paciente, de 75 años, si bien no estaba diagnosticado de enfermedad cardiovascular, sí estaba clasificado en su historia clínica, con riesgo cardiovascular (RCV) elevado debido a su edad, sexo, dislipemia, hipertensión sistólica, es por ello que, ante una parada cardiorrespiratoria, en ausencia de indicios de muerte violenta o ser causada por un accidente y, a falta de petición de autopsia médico legal por parte de familiares, que están legitimados para ello, lo lógico es considerar la muerte natural del paciente, que a la vista de su edad y demás riesgos cardiovasculares podía razonablemente haber fallecido ante la presentación de una patología coronaria aguda como consecuencia de cardiopatía isquémica.

Concluye, por todo lo expuesto el SIP, que se trata de dos asistencias no relacionadas, y es que no solo transcurrieron 17 horas entre la primera y la segunda llamada, sino que, además, en esta última no se refiere otra causa sino pérdida de consciencia aguda, por lo que se entiende que, hasta ese momento el paciente estaba asintomático, habiéndose recuperado durante el sueño de la sobremedicación diagnosticada la noche anterior. Así, señala el SIP:

«(...) a la vista de que los fármacos ingeridos: alprazolam alcanza sus niveles y efectos máximos a la 1-2 horas y el Deprelío a las 4 horas, y el CECOES 112 no fue avisado hasta 16

horas -son 17, en realidad- después de la primera valoración médica, podemos colegir que, el paciente se había recuperado de la somnolencia presentada la noche antes (horario en el que habitualmente tomaba ansiolíticos para dormir), por lo que al ser contactado el 112 ante un cuadro agudo de pérdida de conciencia en horario vespertino, se puede lógicamente considerar que el cuadro presentado esta vez, no está relacionado con el anterior».

4. Por todo lo expuesto, cabe concluir que la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*, siendo correctos los dos diagnósticos, así como las asistencias prestadas respecto a cada uno de ellos, según la sintomatología presentada en cada momento por el paciente.

5. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 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 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).

En este caso, los interesados no han aportado prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado, sin embargo, sí ha probado la Administración la corrección de su actuación.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.