



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 251/2021

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de mayo de 2021.

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. 229/2021 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a 242.447 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

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

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de las mismas.

También son aplicables 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 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, esposa e hijo del fallecido, pues los daños morales sufridos por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, ocasionados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en sus personas [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. Así, la reclamación se ha presentado el 31 de enero de 2017 y si bien el fallecimiento por el que se reclama se produjo el 18 de enero de 2016, se incoaron Diligencias Previas nº 145/2016 por el Juzgado de Instrucción nº 2 de Arucas, sobreseídas provisionalmente por Auto de 4 de febrero de 2016, que devino firme al no haber sido recurrido, lo que interrumpió el citado plazo.

II

En cuanto a los antecedentes de hecho es preciso incorporar lo manifestado al respecto por este Organismo en los Dictámenes anteriormente emitidos en relación con este mismo asunto (Dictámenes 114/2019, de 4 de abril y 23/2020, de 23 de enero), siendo lo siguiente:

« (...) El 18 de enero de 2016, a las 17:35 horas (...) acudió al servicio de urgencias del ambulatorio de Arucas por dolor en región escapular izquierda con contractura muscular de cuatro días de evolución y con dificultad respiratoria. En dicho servicio de urgencias fue observado por el médico de guardia quién le diagnóstico una contractura muscular, ordenando le suministrasen oxígeno y le inyectasen vía intramuscular diazepam y diclofenaco sin tener en cuenta que en el historial médico (...) constaba:

ENFERMEDADES PREVIAS.- Epoc. Reagudización. Epoc. Reagudización. C303.2. enfermedad cardiovascular establecida (ecv) (Enfermedad cardiovascular establecida). Aneurisma aórtico. Hiperlipidemi (Hiperlipidemia).

A las 18:12 horas le dieron el alta médica.

A efectos de acreditar lo expuesto adjunto con el n.º 1 de documentos el Informe Clínico de Urgencias en el que también consta la MEDICACION que tomaba (...).

Que el mismo día, 18 de enero de 2016, y entre las 23:00 y las 23:30 horas aproximadamente, (...) falleció en su domicilio siendo la causa fundamental del óbito rotura de aneurisma de aorta torácica descendente, siendo la inmediata shock hipovolémico. A efectos de acreditar lo expuesto adjunto, documento n.º 2, Informe Preliminar de Autopsia de fecha 19 de enero de 2016 e Informe de Autopsia Médico Legal de fecha 20 de enero de 2016 (documento adjunto n.º 3).

(...)

Que los facultativos consultados por quién suscribe entienden que el fallecimiento de mi esposo se podía haber evitado si ante sus antecedentes médicos se hubiese ordenado por el facultativo que le atendió en urgencias diferentes medidas como una radiografía de tórax, un electrocardiograma, una auscultación torácica y cardíaca, etc. Pruebas que de haberse realizado hubieran podido detectar el aneurisma y obrar en consecuencia. Así mismo consideran que ante los antecedentes y la medicación que tomaba fue del todo desacertado el tratamiento médico recibido.

(...)

Entiende esta parte que el proceder erróneo por parte del personal del Servicio Canario de Salud es causa directa del fallecimiento (...), óbito que se hubiese evitado si se hubiesen tomado las medidas señaladas anteriormente. Ese nexo de causalidad entre negligencia o error y su resultado es el que conlleva la responsabilidad patrimonial y la obligación indemnizatoria (...) ».

2. Así mismo, en el referido Dictamen [en referencia al Dictamen 114/2019] también se señaló en cuanto a los hechos que «En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, del informe del SIP se extraen únicamente los siguientes:

“1.- El día 18 de enero de 2016, el paciente de 72 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Arucas en Gran Canaria, por presentar dolor en región escapular izquierda con contractura muscular de cuatro días de evolución -por haber realizado un esfuerzo al cargar algo pesado-, y con cierta dificultad respiratoria.

El paciente tenía los siguientes antecedentes personales: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Hipertensión arterial (HTA), enfermedad cardiovascular

establecida, dislipemia y además había sido intervenido de un aneurisma aórtico en la arteria aorta descendente torácica.

2.- De la exploración física del paciente, realizada por el Médico de Guardia que le atendió, resultó lo siguiente: Cierta contractura dolorosa, en la musculatura superficial de la región infraescapular izquierda interesando especialmente al músculo Trapecio izquierdo y parte del músculo dorsal ancho izquierdo. En la auscultación cardio-respiratoria se apreció únicamente una disminución del murmullo vesicular bilateral, sin ruidos sobreañadidos, ni trastornos en el ritmo cardíaco. El pulsioxímetro reveló una saturación de oxígeno del 94% y el pulso fue de 87 latidos por minuto. El paciente no refería tos, ni tiraje, ni aumento del esfuerzo respiratorio».

Sin embargo, en los informes de GAP del paciente se desprenden los antecedentes personales clínicos del mismo, enfermedades que este ya padecía con anterioridad a la fecha de su exitus, sin que se haya hecho mención de los mismos en el informe del SIP.

Así, los informes de la GAP reflejan claramente los siguientes datos médicos del paciente:

Fue tratado de aneurisma de aorta en octubre, noviembre y diciembre de 2001.

También padecía de hipertensión arterial esencial desde el año 2000 hasta el año 2006.

Al parecer desde el año 2011, esta diagnosticado y siendo tratado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En agosto, septiembre y octubre de 2015, consta diagnóstico de dolor torácico, figurando en la anamnesis de 26 de octubre de 2015, cirugía vascular (CVA) desde hace 15 días.

Finalmente, en fecha 18 de enero de 2016, en el motivo de la consulta consta dolor de espalda de 4 días de evolución tras cargar peso que se acompaña de dificultad respiratoria, figurando en la exploración disminución del murmullo vesicular (MV), dolor en región infraescapular izquierda con cierta contractura muscular».

3. Por último, en el citado Dictamen se hizo referencia también a que «Además, el informe de autopsia médico legal indica claramente como causa fundamental de la muerte la rotura de aneurisma de aorta torácica descendente. Señalando, incluso:

“ (...) Llama la atención gran aneurisma sacular de origen aterosclerótico en porción descendente proximal de arteria aorta torácica, con solución de continuidad en lateral izquierdo del vaso, con salida masiva de sangre a dicho hemitórax y con presencia de trombos y coágulos de fibrina como intento por parte del organismo de reparar la lesión sangrante, lo que indican un periodo de varios días de desarrollo con organización de los mismos (...) Se observa intervención en aorta abdominal y ambas iliacas con malla de refuerzo por antiguo aneurisma intervenido a dicho nivel (según información de familiares) (...) ”».

III

1. En cuanto a su tramitación, el procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 31 de enero de 2017, en la Gerencia de Atención Primaria (GAP).

El día 28 de marzo de 2017, se dictó Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

Efectuada la instrucción del procedimiento con la petición de informes, emisión de los mismos, práctica de la prueba y audiencia a los interesados, el 18 de febrero de 2019 se emitió una primera Propuesta de Resolución, que fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 114/2019, de 4 de abril de 2019, por el que se le requirió a la Administración sanitaria de forma precisa y concreta diversas actuaciones, consistentes en la emisión de varios informes médicos relativos a la cuestión de fondo, actuaciones, que se realizaron de forma deficiente.

Tras la retroacción del procedimiento y la emisión de los informes referidos, el día 30 de septiembre de 2019, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, quienes no realizaron alegaciones.

2. Posteriormente, el día 13 de diciembre de 2019, se dictó una nueva Propuesta de Resolución, la cual, a su vez, fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 23/2020, ya referido, por el que se reiteró la petición anterior, al no responder los informes complementarios adecuadamente a las preguntas formuladas por este Organismo.

El día 10 de marzo de 2021, se emitió un nuevo informe por el SIP en el que de forma exhaustiva y suficiente se contesta a las cuestiones planteadas por este Consejo Consultivo. Tras el mismo se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, que no formularon alegaciones.

Finalmente, el día 8 de abril de 2021 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

3. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. 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 (art. 21.1 y 6 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución nuevamente desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor continúa considerando que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, pues se entiende que no se ha demostrado una actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS contraria a la *lex artis*.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16

de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En el presente asunto, a la hora de efectuar el análisis de la cuestión de fondo, es preciso partir de dos hechos indubitados, demostrados en virtud de la documentación médica incorporada al expediente.

El primero de ellos es el relativo al modo en el que se desarrolló la concreta actuación médica llevada a cabo el día 18 de enero de 2016, en el Centro de Salud de Arucas, manifestándose al respecto en el último de los informes elaborados por el SIP que:

«Los hechos causa de la reclamación se produjeron el 18 de enero de 2016, fecha en la cual a las 17:35 horas llega el paciente (...), al Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Centro de Salud de Arucas.

El motivo de consulta es: dolor de espalda de 4 días de evolución tras cargar peso que se acompaña de dificultad respiratoria, disnea, no se refiere otra clínica. En el informe clínico de urgencias se detallan los antecedentes del paciente y se valoran las enfermedades previas entre las cuales se encuentra el aneurisma aórtico y el EPOC. Se informa de la medicación que tiene prescrita (...). Y dentro de la historia actual se anota: “el paciente está afebril, con buen estado general (beg), normohidratado y normocoloreado (nh y nc), consciente y orientado, disnea.”

En el resumen de la exploración física se especifican las constantes de frecuencia cardíaca de 87 latidos por minutos, lo cual es normal, y saturación de oxígeno del 94%, algo bajo probable y más clara causa EPOC.

Igualmente se resume la exploración anotando que realizan auscultación cardiovascular (ACV) y pulmonar y se aprecia disminución del murmullo vesicular y no ruidos sobreañadidos en dicha exploración.

El murmullo vesicular es un componente fundamental de la semiología pulmonar y torácica. Su descripción es obligatoria en el examen físico del paciente, especialmente si este presenta alguna patología respiratoria. La auscultación disminuida de mismo es clara en caso de EPOC (también en caso de tumores, neumotórax etc.). Lo que parece claro es que hubo auscultación cardiopulmonar.

A su vez anotan en historial: "dolor en región infraescapular izquierda con cierta contractura muscular". No hay referencias a una intensidad de dolor especial, o de quejas acompañantes al mismo.

Diagnóstico principal: contractura muscular, porque el médico exploró. Tratan con antiinflamatorios y relajantes musculares, más oxigenoterapia con broncodilatadores. El paciente había sufrido reagudizaciones previas del EPOC, como ocurre con estas patologías habitualmente, porque son crónicas (...)».

4. En segundo lugar, también resulta acreditado que el paciente ya había padecido en 1995 un primer aneurisma, sin embargo, era distinto al que causó su fallecimiento y sin que pueda considerarse que exista conexión médica alguna entre ambos, señalándose en el referido informe del SIP al respecto lo siguiente:

«El aneurisma abdominal, el año 1995, era un aneurisma con área anatómica de localización en el abdomen y dentro de éste localizado en zona inferior del riñón, y fue proximal a la bifurcación de la aorta en sus ramas inferiores que son las llamadas arterias ilíacas, zona abdómino-pélvica. Por tanto, la localización está muy alejada del aneurisma causante de la muerte al paciente. Este otro se encontraba en la parte alta del tórax por el lado izquierdo, más o menos en línea con la axila.

A su vez, tras la cirugía abdominal nunca tuvo problemas el paciente, sencillamente no se reprodujo.

Por lo expuesto no había causa para concatenar en principio el primer aneurisma abdominal con el segundo en tórax, ni por la zona anatómica, ni por razones de herencia familiar, ni por el tiempo transcurrido (17 años) y tampoco por la clínica existente en 2016 cuando llega el paciente al servicio de urgencias».

5. Pues bien, teniendo en cuenta tanto las circunstancias que rodearon la actuación médica del 18 de enero de 2016, como la inexistencia de relación entre los dos aneurismas sufridos por el paciente, se valora en el SIP la actuación médica cuestionada por los interesados en los siguientes términos:

«El paciente se queja de dolor torácico localizado de cuatro días de duración , lo relaciona con esfuerzo físico, en el informe figuran los antecedentes del paciente.

La exploración demuestra un dolor localizado con cierta contractura en la región infraescapular izquierda. No era un dolor lacerante, típico de la disección de aorta o entre ambas escápulas, como ocurre en aneurismas torácicos. No se puede alegar que no tuvieran en cuenta sus antecedentes, ni que no se exploró de acuerdo a la clínica presentada y dentro del contexto diagnosticado la acción efectuada, el tratamiento, es correcto.

Lo que no se presumió es lo que ocurriría posteriormente, la rotura de aneurisma torácico que desgraciadamente ocasiona la muerte al paciente. La disnea y la saturación de

oxígeno disminuida percibida tras auscultación pulmonar entra dentro del diagnóstico de EPOC , pues el paciente es un enfermo con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que es aquella que engloba patologías como son la bronquitis crónica, el enfisema (...), patologías con exacerbaciones periódicas.

En el informe solicitado al Servicio de Neumología del Hospital Dr. Negrín se especifica por el especialista Dr. (...) que: “un aneurisma aórtico per se no tiene por qué cursar con baja saturación de oxígeno en sangre arterial”. El EPOC sí.

El paciente no está taquicárdico, signos de hemorragia, shock (...) . presenta frecuencia cardíaca normal.

(...) No se sospechó porque no había clínica determinante de aneurisma. Tampoco existió clínica de patología grave en el momento en que fue atendido en urgencias. Los aneurismas suelen ser asintomáticos en su crecimiento, cuando llegan a un tamaño determinado puede dar clínica o bien romper, cuando suelen ser diagnosticados. Por ello la mayoría de ellos se diagnostican casualmente o cuando existe clínica de su existencia».

6. Además de todo ello, en lo que se refiere al uso de pruebas diagnósticas específicas del tipo de dolencia referida y la atención a los síntomas que presentaba el paciente, se afirma en el informe del SIP que:

«Las pruebas diagnósticas, en este caso de aneurismas sin dudas sería el Angio-TAC o el TAC, y estas estarían indicadas si hubiese duda con respecto al diagnóstico efectuado, pero referido previamente que el diagnóstico clínico no asemejaba a un cuadro clínico de posibilidad de rotura aneurismática o al menos de presencia de gravedad en la situación clínica que pudiera sospechar otra patología grave, el solicitar pruebas diagnósticas adecuadas al caso.

La mayoría de los aneurismas de la aorta torácica no producen síntomas hasta que aparecen complicaciones (p.ej. tromboembolia, rotura, insuficiencia aórtica, disección). No obstante, la compresión de las estructuras adyacentes puede provocar dolor dorsal (por la compresión vertebral), tos (por la compresión de la tráquea), sibilancias, disfagia (debido a la compresión esofágica), ronquera (debido a la compresión del nervio laríngeo recurrente izquierdo o del nervio vago), dolor torácico (por la compresión de la arteria coronaria) y sdr de la vena cava superior, los síntomas frecuentes del SVCS incluyen los siguientes: Hinchazón de la cara, el cuello, tos, la parte superior del cuerpo y los brazos etc. La erosión de un aneurisma en los pulmones produce hemoptisis o neumonitis, mientras que la erosión en el esófago (fístula aortoesofágica) causa hematemesis masiva.

La disección se manifiesta con dolor torácico lacerante, que a menudo irradia a la espalda entre las escápulas. Si, al menos, la clínica presentada por el paciente en lugar de en

la zona posterior del tórax hubiera sido en el abdomen, entonces si se podría haber pensado en existencia de analogía entre el proceso actual, en 2016, con el de 1999.

Tras valorar estos datos de la clínica y lo relatado sobre ella en el informe previo del SIP, creemos que lamentablemente, la clínica presentada por el paciente el día que acude a Urgencias del Centro de Salud de Arucas es pobre en datos sintomáticos para llegar a creer que el paciente presentaba un aneurisma torácico o bien otra patología grave».

7. Pues bien, todo ello permite concluir que el día 18 de enero de 2016, en el Centro de Salud de Arucas, el facultativo que trató al paciente lo hizo de acuerdo con lo que le explicó el propio paciente acerca del tipo de ejercicio físico que había hecho con anterioridad a acudir a dicho Centro, los síntomas que el paciente presentaba en ese momento, tras haberle efectuado la correspondiente exploración, que en modo alguno eran los de un aneurisma, y sin que concurriera ninguna otra circunstancia que determinara la necesidad de emplear otros medios diagnósticos para atender a un paciente con los síntomas que tenía el afectado.

Los interesados, por el contrario, no han presentado prueba alguna que acredite debidamente que el facultativo que trató a su causante emitiera un diagnóstico que no fuera acorde con los síntomas y circunstancias que el paciente presentaba en dicho día, ni que tampoco hubiera actuado de forma incoherente a su correcto diagnóstico.

8. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 186/2021, de 15 de abril, se ha señalado que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso` a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)”, doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto.

9. Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26

de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Esta doctrina resulta plenamente aplicable al caso que nos ocupa, puesto que ante los síntomas que presentaba el paciente no se aprecia un error de diagnóstico de notoria gravedad ni unas conclusiones absolutamente erróneas, practicándosele las comprobaciones y exámenes exigibles en función de dichos síntomas, antecedentes y de las circunstancias concurrentes relatadas por el mismo paciente. Además, los interesados no han logrado acreditar un mal funcionamiento del Servicio, que por el contrario ha sido adecuado, incluyendo el diagnóstico dado el día 18 de enero de 2016, por lo que procede afirmar que no concurren los requisitos necesarios para poder imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta conforme a Derecho.