



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 3 2 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de noviembre de 2022.

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 conjuntamente por (...), en representación de (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 400/2022 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El presente Dictamen, solicitado mediante oficio de 6 de octubre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo ese mismo día) tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización de 200.000 €. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts.11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. 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); la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Régimen Jurídico del Sector Público (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. 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 Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo):

*«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:*

*La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).*

*El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.*

*En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las*

*indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.*

*La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: “es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder 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”.*

*4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), “ (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure proprio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis” (...) ».*

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de (...), (...), (...), (...) y (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su hermano (...)- [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el dictamen n.º 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo «sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: “vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de

convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida” (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).

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

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

Por lo demás, los reclamantes actúan mediante la representación de su abogado; constando debidamente acreditado en el expediente el poder de actuación de aquel (art. 5 LPACAP).

5.2. 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción (art. 67.1 LPACAP), toda vez que la reclamación se presenta el día 3 de diciembre de 2021 respecto de un evento dañoso acaecido el día 3 de diciembre de 2020. Extremo este

que no es puesto en cuestión por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

## II

1. Los reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que les sea reconocido el derecho a ser indemnizados por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano -tanto en la atención primaria como en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias-.

A este respecto, los reclamantes fundamentan su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

*«PRIMERA.- Mis representados son hermanos de (...), el cual falleció el pasado 3 de diciembre de 2020, a los 43 años de edad. (...).*

*SEGUNDA.- De los daños producidos.*

*Que (...) padecía, semanas antes de su fallecimiento, fuertes dolores lumbares por lo que el día 26 de noviembre de 2020 acudió al Centro de Salud de San Benito, donde le atendió la Médica de Familia, Dra. (...). Ese mismo día la hermana del fallecido habló por teléfono con la Dra. (...) indicando la misma que se había despistado de la llamada y que el paciente presentaba lumbalgia por lo que acudió a un Fisioterapeuta con mejoría.*

*No cesando los dolores, el 27 de noviembre de 2020, (...) acudió nuevamente al Centro de Salud de San Benito, donde le atiende la Médica de Familia, Dra. (...), quien le deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por un cuadro de lumbalgia de varias semanas sin evolución tras haberle administrado un Médico privado dos dosis de antiinflamatorios por vía intramuscular. Previamente, ese día, el Médico de Urgencias del Centro de Salud, Dr. (...), tras hablar previamente con la hermana del fallecido vía telefónica la cual le indicó que su hermano estaba con dolor lumbar y con hipotensión 90/60 mm Hg, programó visita al domicilio del fallecido, el cual se encontraba en la cama, sin focalidad neurológica y con dolor lumbar incapacitante. En esa visita le administraron corticoides por vía intramuscular.*

*En el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, el médico responsable, tras la exploración física y la toma de imágenes radiológicas de Columna Lumbar Anteroposterior (AP) y lateral (Lat), diagnostica a (...) de Ciatalgia, prescribiéndole un tratamiento con analgésicos tipo paracetamol y analgésicos de segundo escalón (ZaldiarMR) (TramadolMR), corticoides (UrbasónMR) y cremas de antiinflamatorios*

*(VoltarénMR), dándole de alta y recomendándole cita con el neurocirujano y seguimiento ambulatorio con el médico de cabecera en las siguientes 24 horas.*

*Posteriormente, el día 30 de noviembre de 2020, (...) acudió al Centro Cecotén donde le atendió el médico neurocirujano, Dr. (...), cuyo diagnóstico fue de Lumbociática aguda, recomendando una Resonancia Magnética (RM) lumbar.*

*Ese mismo día, el 30 de noviembre de 2020, la médica de cabecera, Dra. (...), habló telefónicamente con la hermana del fallecido en el que refería que se mantenía con dolor lumbar.*

*Unos días después, el día 2 de diciembre de 2020, la hermana del fallecido volvió a acudir a la consulta del médico de familia, Dr. (...), para entregar el informe de urgencias, el cual recomienda calor local, antiinflamatorios tópicos en cremas y valorar una cita presencial en una semana.*

*Como quiera que los dolores seguían, el mismo día de su fallecimiento, acudieron al domicilio del fallecido la médica de familia, Dra. (...), y la enfermera (...), donde tras una mínima exploración, le administraron a las 12:05 horas de esa mañana corticoides (UrbasonMR) y diuréticos de asa (FurosemidaMR), siendo la única indicación médica que caminara con andadora. La exploración mostraba desde el punto de vista respiratorio un Murmullo vesicular (MV) normal, sin estertores, con una Situación Cardiovascular (SCV) con Ruidos Cardíacos Rítmicos (RCR), sin soplos, con abdomen globuloso, a la palpación estaba suave, depresible, sin visceromegalia, sin masas visibles ni palpables; el examen neurológico mostraba un paciente consciente, orientados en Tiempo, Espacio y Persona (TEP), con TCS infiltrado en ambos miembros inferiores hasta la rodilla que dejaba fácil signo de Godet.*

*Desgraciadamente, (...) falleció en su domicilio entre las 14 horas y cincuenta minutos y las 16 horas cuarenta minutos del jueves 3 de diciembre de 2020.*

*TERCERA.- Fue finalmente el Informe de Autopsia Médico Legal elaborado por el Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife de fecha 5 de diciembre de 2020, el que reveló y clarificó las causas de la muerte del Sr. (...) y las circunstancias que se dieron previamente a su fallecimiento.*

*En un primer informe de la autopsia Médico Legal se encontraron hallazgos morfológicos de sepsis con émbolos sépticos en corazón, pulmón, bazo, riñón y suprarrenales, miocarditis aguda bacteriana, daño pulmonar alveolar difuso, hígado con necrosis centrolobulillar, bazo con inflamación aguda, riñones con necrosis tubular aguda, hemorragia cortical suprarrenal y encéfalo con edema y signos de anoxia (falta de Oxígeno) neuronal aguda, hepatitis crónica activa con cirrosis mixta y aterosclerosis leve de arterias coronarias.*

*CUARTA.- Con fecha 10 de diciembre de 2020 se enviaron las muestras y/o piezas de convicción de (...) para Estudio Histopatológico al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, que emitió Dictamen L20-01190 de fecha 14 de julio de 2021 a instancias*

del Juzgado de Instrucción número dos de San Cristóbal de La Laguna. Las conclusiones diagnósticas fueron:

1.- Hallazgos morfológicos de sepsis con émbolos sépticos en corazón, pulmón, bazo, riñón y suprarrenales con microabcesos en pulmón y riñón y miocarditis aguda bacteriana.

2.- Hallazgos morfológicos de shock séptico en el pulmón, con daño alveolar difuso, trombos de fibrina en vasos de pequeño calibre, hígado con necrosis centrolobulillar, esplenitis (inflamación) del bazo, necrosis tubular aguda en el riñón, hemorragia cortical en las suprarrenales y edema y signos de anoxia neuronal aguda en el encéfalo.

3.- Hepatitis crónica activa con cirrosis mixta macro y micronodular.

4.- Arterioesclerosis leve en la arteria coronaria izquierda descendente anterior».

2. A partir del relato de hechos expuesto en las líneas precedentes, los reclamantes afirman la existencia de un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario. Y lo hacen en los siguientes términos:

« (...) los daños producidos se deben al mal funcionamiento del servicio público.

Y es que (...) y sus familiares acudieron hasta en ocho ocasiones al Centro de Salud de San Benito y al Hospital Universitario de Canarias por dolor lumbar intenso, acompañado de otros síntomas, sin que en ninguna de las ocasiones se realizase un diagnóstico y tratamiento adecuado, incluso el día de su fallecimiento.

En este punto se hace necesario traer a colación el avance de informe pericial realizado por el doctor (...), de fecha 2 de diciembre de 2021, (...), en donde de forma y manera detallada se nos dice cuál es el protocolo de actuación temprana y correcta ante una sepsis y su tratamiento.

En el meritado informe se concluye que existió un retraso en el diagnóstico que provocó el fallecimiento de (...), privándole del tratamiento específico y oportuno que hubiera evitado los síntomas que culminaron con el fallecimiento del paciente. Existe, por tanto, al entender del Dr. (...), autor del Informe, una evidente relación de causalidad entre la errática actuación médica y el fallecimiento del paciente.

Pasamos a extraer parte del citado Informe:

“El paciente (...) presentaba un cuadro banal de lumbalgia según los doctores que lo atendían antes de su fallecimiento, pero no fue correctamente diagnosticado y tratado de su cuadro de sepsis tras miocarditis infecciosa a pesar de los datos de alarma, deficiente estado general e hipotensión que condujeron a su fallecimiento el 03-12-20. Paradójicamente de que las manifestaciones indicaban un origen infeccioso y se debieron haber descartado las causas infecciosas y no infecciosas de un estadio prematuro de Sepsis, lo trataron como un cuadro banal por lo que el proceso fue evolucionando

desfavorablemente. Los antecedentes personales del paciente no fueron adecuadamente recogidos, en lo que se hubiese visto que no presentaba antecedentes de enfermedad renal o hematológica, por lo que estas alteraciones deberían haberse estudiadas como de inicio en ese episodio. El paciente sólo presentaba un antecedente de prueba positiva de Factor V de Leyden (que provoca microtrombosis en determinadas circunstancias), del que estaba suficientemente estudiado y antecedentes de consumo excesivo de bebidas alcohólicas (en ese momento era abstemio) y de cuadro depresivo prolongado. Dichos antecedentes no los realizó en ningún momento ni los facultativos del Centro de Salud ni los del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias.

Además de los síntomas equivocadamente atribuidos a un patología banal, como la lumbalgia aguda, que no existía previamente y un cuadro de imposibilidad a la deambulación por su Mal Estado General, la debilidad hemodinámica que presentaba el paciente y la leve hipertermia, eran todos datos que obligaban a la filiación del cuadro de sepsis en un centro de tercer nivel y, al contrario, se demoraron en demasía. Finalmente, el paciente falleció en su domicilio.

Por un lado, el paciente no fue lo suficientemente estudiado y los Médicos de Familia que lo atendieron, con pruebas que no aportaron nada para la detección del cuadro infeccioso o la pronta detección de Sepsis, como que no practicaron ni una Analítica básica, un Urocultivo o bien Radiología de Tórax. Se le administraron sólo antiinflamatorios y corticoides que mantuvo al paciente sin dolor pero con evidente deterioro general, pero sin estudiar suficientemente las posibles causas de su clínica. Debido a la tardanza de las pruebas y la poca comunicación y explicaciones entre la familia del paciente (sus hermanas) y los médicos que lo atendieron, y que sólo es en parte explicable por la alta demanda de estos Servicios de Urgencias, el paciente continuó deteriorándose tras ser remitido a su domicilio. Ante las anomalías que presentaba el paciente, y ante la sospecha evidente de un cuadro infeccioso grave y una presunta sepsis en sus inicios (ya tenía 4-5 días de evolución clínica), el médico responsable no comunicó con los intensivistas ante el evidente deterioro de su estado general, a pesar de que la familia del paciente se los recalca en sucesivas conversaciones con los distintos Médicos.

Existe un retardo considerable en iniciar los estudios para la comprobación de la presencia de un agente infeccioso, hemocultivos incluidos, por lo que el retardo en el diagnóstico fue aún mayor, y las expectativas de supervivencia de este proceso infeccioso disminuían con el retardo diagnóstico.

(...)

Si se le hubiesen practicado las prácticas clínicas acordes a la Guías Internacionales que marcan el diagnóstico y tratamiento de la Sepsis, con un estudio pormenorizado sobre el origen infeccioso o no de la misma. De otro lado, se le hubiesen practicado las



*correspondientes analíticas, que incluyeran serologías, cultivos de diversos agentes infecciosos, estudio inmunológico, hemograma sanguíneo, además de un perfil bioquímico completo.*

*Junto al arduo trabajo diagnóstico, también se le debían haber realizado diversas medidas de soporte vital ante el evidente deterioro del estado general de (...), y debido a lo avanzado del estadio clínico de la sepsis y al tiempo perdido lastimosamente por parte del personal médico que lo habían atendido la semana previa, no provocaron que ninguna de esas medidas que debían aplicarse no solo no consiguieran una mejoría parcial sino que finalmente, ante la desesperación de los familiares, el paciente falleció el 03-12-20. (...).*

*Todo ello en el contexto de que la clínica inicial del paciente apuntaba a un cuadro más severo y no a un cuadro banal cuando lo diagnosticaron como lumbalgia, sin haber consultado el Médico de Urgencias con otros especialistas de los que dispone un Hospital de Tercer Nivel, ya que por la alta experiencia que se le presume y el medio hospitalario en que nos encontramos en este siglo en nuestro país, no debieran haberse ocasionado las secuelas físicas con el fallecimiento del paciente y psicológicas de sus familiares y a las que tienen que enfrentarse en su futuro vital.*

*Por lo tanto:*

*Estamos ante un caso de praxis no acorde con la correcta Lex Artis ad hoc y, donde no existe, una causa de Fuerza Mayor propia de la naturaleza humana que explique de forma suficiente el desenlace por este error médico”. (...).*

*En definitiva, la ineluctable consecuencia de la nefasta actuación del servicio público fue el fallecimiento de (...), un paciente joven y sano, puesto que, aunque existe una elevada tasa de mortalidad de estos cuadros de sepsis (hasta un 35% de los casos severos) “en este caso, supone tristemente un fallo en la organización o proceder diagnóstico a la hora de detectar precozmente estos Episodios Clínicos”, además si se actúa con rapidez se recuperan alrededor de un 60% de los casos, como nos señala también el perito Sr. (...).».*

3. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes instan el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su hermano -finalmente fallecido- por el Servicio Canario de Salud; cuantificando la indemnización en un importe total de 200.000 €.

### III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.1. Mediante escrito con registro de entrada de 3 de diciembre de 2021 (...), en nombre y representación de (...), (...), (...), (...) y (...), insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada al hermano de los reclamantes, (...)

Se adjunta al escrito de reclamación copia del informe pericial elaborado por el doctor (...) relativo a la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la asistencia sanitaria suministrada al paciente fallecido.

1.2. Con fecha 10 de diciembre de 2021 se requiere a los interesados a fin de que subsanen y mejoren la reclamación formulada; aportando la información requerida el día 22 de diciembre de 2021.

1.3. A la vista de los hechos referidos por los reclamantes, y una vez subsanado el escrito de reclamación inicial, este fue admitido a trámite mediante Resolución de 3 de enero de 2022, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable, esto es, al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-.

La precitada Resolución consta debidamente notificada al representante de los reclamantes.

1.4. Con idéntica fecha -3 de enero de 2022- se cursa la correspondiente petición de informe al SIP, que es evacuado el día 19 de agosto de 2022.

Asimismo, consta en el expediente la evacuación de informe por parte del Servicio de Urgencias del HUC y del Médico de Atención primaria, de 13 de enero y 15 de febrero de 2022, respectivamente.

1.5. Con fecha 25 de agosto de 2022 se dicta acuerdo probatorio por el que se admiten a trámite las pruebas propuestas por los interesados y se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia.

Ambas resoluciones constan debidamente notificadas al representante de los interesados.

1.6. Con fecha 14 de septiembre de 2022 el representante de los interesados formula escrito de alegaciones, solicitando -sobre la base de los argumentos médicos sostenidos en el informe pericial del parte- la estimación de su pretensión resarcitoria.

1.7. Con fecha 5 de octubre de 2022 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por los hermanos de (...) -paciente fallecido- « (...) *al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial*».

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún 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 LPACAP).

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública; puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

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. Por otra parte, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el dictamen n.º 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone

resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

4. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar -con remisión al informe del SIP ex art. 88.6 de la LPACAP- cuanto se expone a continuación -folios 259 a 261-:

«En este caso, la reclamación se centra en la presunta ausencia de diagnóstico y tratamiento correcto, tras haber consultado en múltiples ocasiones -incluso el día de su fallecimiento al Centro de Salud de San Benito y al HUC por dolor lumbar intenso, acompañado de otros síntomas.

El SIP a la vista de la historia clínica del paciente y de los informes preceptivos del Servicio de Urgencias de 13 de enero de 2022 (folio n.º 129) y del médico de Atención Primaria de 15 de febrero de 2022 (folio n.º 128) considera lo siguiente:

- El día 26 de noviembre de 2021 el paciente tenía cita presencial en Atención Primaria pero no acude. El médico efectúa entonces llamada telefónica y su hermana es quien refiere que sufría lumbalgia y que había acudido a un fisioterapeuta con mejoría.

- El día 27 de noviembre de 2021, ni por parte del SCS, ni por el médico privado, se apreció sospecha ni sintomatología alguna de cuadro infeccioso. En nueva llamada telefónica al Centro de Salud por persistencia de dolor lumbar se le indica que acuda al HUC. Además, el paciente no manifestó antecedente reciente de cuadro infeccioso bacteriano o viral, urológico, gastrointestinal o respiratorio que permitiera inducir sospecha.

La lumbociática es un dolor en la zona lumbar que se irradia hacia la extremidad inferior. El dolor es constante, se da durante el día y la noche aumenta con el movimiento. Como en este caso, se puede acompañar también de pérdida de sensibilidad y de movilidad en miembros inferiores.

- El 3 de diciembre de 2021, la médica que atendió al paciente en su domicilio no realizó una mínima exploración. No hay duda de que la médica exploró al paciente con los métodos y constantes de normalidad, no de una forma irreflexiva o descuidada, presentando el paciente tensión arterial y exploración general normal, no había antecedentes de enfermedad cardíaca, y si se expresaba la relación entre la movilidad y el dolor ciatalgia del que había sido diagnosticado, por lo que la exploración y la actuación del médico resultó lógica y coherente con los datos clínicos obtenidos en un reconocimiento de Atención Primaria, sin que presentara signos o síntomas de alarma, ni siquiera indiciariamente, que indujeran sospecha de cuadro séptico: hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca, alteraciones respiratorias, desorientación.

Por todo lo anterior el SIP concluye lo siguiente:

1.- El paciente no presentó en momento alguno la triada clásica de sepsis conbradicardia/taquicardia, hipotensión y alteraciones respiratorias, como se afirma en el informe pericial “ (...) Objeto del informe: Resumen. “ (...) Todo en el contexto de que el paciente presentaba la triada clásica de sepsis con bradicardia/taquicardia, hipotensión y alteraciones respiratorias (...) ”

No presentó ninguno de los criterios de qSOFA (quick-Sequential Organ Failure Assessment), que se utiliza en el triaje de pacientes para descartar un cuadro de sepsis. De esta manera, en los Servicios de Urgencias puede ser utilizado inmediatamente para evaluar la disfunción de órganos, y para considerar la necesidad de realizar otras pruebas

complementarias. Para sospechar y definir sepsis es necesaria la existencia de dos de los tres criterios qSOFA.

- Frecuencia respiratoria  $\geq 22$  respiraciones por minuto (16, en este caso, eupneico)
- Alteración de la consciencia (en este caso consciente, alerta, orientado)
- Presión arterial sistólica  $\leq 100$  mmHg (120, en este caso)

Tampoco presentaba Criterios de sepsis SRIS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Para sospechar y definir sepsis es necesaria la existencia de al menos dos de los cuatro criterios SRIS:

- Temperatura  $> 38$  °C o  $< 36$  °C (36° en este caso)
- Taquipnea  $> 20$  respiraciones por minuto (16 rpm)
- Taquicardia Frecuencia cardiaca  $> 90$  latidos por minuto (80 lpm en este caso).
- Leucocitosis  $> 12.000$  o  $< 4.000/mm^3$  o  $> 10$  % cayados.

Esto es, se valoró del paciente, recogiendo datos de posible foco infeccioso sin apreciar comorbilidades, inmunosupresión, heridas, úlceras, presencia de sondajes, intervenciones quirúrgicas recientes.

2.- El manejo de la lumbalgia inespecífica es conservador. Esta descrita la resolución de la sintomatología con mejoría del dolor y del grado de incapacidad en 4-6 semanas en un 30% de los casos.

La realización de pruebas diagnósticas debe realizarse en función de criterios clínicos, pues entender lo contrario sería tanto como convertir la práctica médica en un aluvión de pruebas y estudios, por si acaso en alguno se detecta algo que a priori no se sospecha, no siendo una buena práctica médica solicitar estudios sin manifestaciones clínicas.

La exploración y tratamiento de las manifestaciones clínicas de dolor lumbar que a veces se irradia a miembros inferiores con intensidad de 4/10 que se exacerba al mover el tronco, sin que presentara signos o síntomas de alarma ni siquiera indiciariamente que indujeran sospecha de cuadro séptico: hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardiaca, alteraciones respiratorias, desorientación (...) o sospechoso de miocarditis como dolor torácico agudo, fiebre, mialgias, sincope (...) no permiten afirmar que la asistencia haya sido incorrecta.

3.- Una vez practicada la autopsia y conocidos los diagnósticos, el reclamante concluye que las pruebas diagnósticas realizadas han sido insuficientes. El error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento se motivan en el curso posterior del paciente, y no en la valoración de las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar.

En definitiva, es la situación clínica en la que se encontraba el paciente en el momento de los hechos la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los



*síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse adoptado, ya que ello supondría incurrir en la prohibición del regreso.*

*Los servicios 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 más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización.*

*4.- La atención prestada tanto por los médicos de Atención Primaria, como en el Servicio de urgencias del HUC se estima correcta y adecuada a las características del cuadro presentado por el paciente.*

*SEXTO.- La STSJ de Castilla y León (L.), de 3 de abril de 2017 señala: “no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.*

*En el mismo sentido, la STSJ de Castilla y León (Burgos) núm. 23/2018 de 6 febrero. JUR 2018\96707 recuerda lo siguiente: “La sentencia de 22 de noviembre de 2013 (JUR 2013, 371379), dictada en el recurso 741/2010, doctrina en cuya virtud, debemos tener en cuenta que, en sede de responsabilidad patrimonial, por defectuosa asistencia sanitaria, no es factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente, si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente, fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico (...) A esta prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico inicial se refieren las SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011; es decir, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.”*

*En suma, no cabe apreciar mala praxis por parte del SCS, es decir, no se ha acreditado ni error de diagnóstico, ni pruebas insuficientes, ni demoras injustificadas, ni desatención, ni pérdida de oportunidad. Al contrario, el SCS actuó con la diligencia debida, atendiendo en cada momento a los signos y síntomas que presentaba el paciente, lo que, desgraciadamente, no pudo evitar su fallecimiento.*

*No puede exigirse a la ciencia médica un resultado satisfactorio en todos los casos, ni una anticipación a los hechos, sin evidencias ni sospechas previas, sino la puesta disposición del paciente de todos los medios humanos y materiales al alcance, para su correcta atención, lo que consta acreditado en la historia clínica de (...)».*

Argumentos que resultan congruentes con la doctrina sentada por este Consejo Consultivo de Canarias en asuntos sustancialmente idénticos al ahora analizado.

Así, como bien señala este Organismo consultivo en su Dictamen 157/2022, de 26 de abril (con cita de la STS, Sala 3ª, sección 4ª, de 13 de enero de 2015), « (...) la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente». A esta prohibición del regreso se refiere también el Tribunal Supremo en sentencias de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, conforme a las cuales no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar. (...) . En definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban. En conclusión, la actuación médica se ajusta a la «lex artis ad hoc», en atención a los síntomas que presenta el paciente en cada momento. El error de diagnóstico no siempre engendra responsabilidad y no siempre permite concluir que la actuación médica se haya apartado de la buena praxis, ya que la medicina no es una ciencia exacta que permita, siempre y en todo caso, hacer un diagnóstico acertado desde el primer examen del paciente y, por eso, el Derecho tampoco ampara ni consagra la supuesta existencia de una suerte de derecho a la infalibilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria».

Como complemento a lo afirmado en las líneas precedentes, se ha de advertir que «no basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología y a la vista de todas las circunstancias

*concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse más pruebas diagnósticas. Pero se olvida que los servicios 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 más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización. Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad sanitaria en el caso de que los síntomas que presenten los pacientes sean indicadores de la necesidad de realizar pruebas diagnósticas y si estas no se realicen entonces habrá infracción de la *lex artis* cuando se acredite que la omisión en la realización de las indicadas pruebas son la causa de las secuelas por las que se reclama indemnización pues solo son objeto de indemnización aquellos daños que son antijurídicos y que no se tiene obligación de soportar, entre los que no se incluyen aquellos que son resultado de la evolución de la enfermedad que se padece y que hubieran surgido de igual modo aunque su diagnóstico y tratamiento hubiera sido correcto. La postura contraria, supondría exigir a los facultativos realizar todas las pruebas diagnósticas de múltiples enfermedades que pueden cursar, como es en este caso, con dolor lumbar y ello no puede ser exigible por *eficacia medica*» (Dictamen 101/2015, de 24 de marzo, con cita de la STS de 17 de julio de 2012). De lo que se extrae que a los profesionales sanitarios les resulta obligado practicar las pruebas diagnósticas «*exigibles*», pero no todas las «*posibles*».*

Pues bien, en el presente caso, el paciente no presentaba « (...) *signos o síntomas de alarma ni siquiera indiciariamente que indujeran sospecha de cuadro séptico: hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardiaca, alteraciones respiratorias, desorientación (...) o sospechoso de miocarditis como dolor torácico agudo, fiebre, mialgias, síncope (...)* » -conclusión quinta del informe del SIP-. Por ende, su estado no aconsejaba la realización de pruebas diagnósticas que confirmaran o descartaran la existencia de dicho cuadro clínico. No apreciándose error de diagnóstico ni omisión en la prestación de los medios adecuados y, en consecuencia, no concurriendo infracción de la *lex artis ad hoc* en el proceder médico, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), en nombre y representación de los hermanos de (...) se considera

que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.