



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 9 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de febrero de 2024.

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 representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 572/2023 IDS)\*.*

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

### I

1. Mediante escrito de fecha 22 de noviembre de 2023, con entrada en este Consejo Consultivo el día 27 de noviembre de 2023, se solicita por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización, por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario, concretamente, por el fallecimiento de la esposa y madre de los interesados, (...).

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, toda vez que la cuantía reclamada supera los 6.000 euros, -reclamando los interesados una indemnización total de 279.293,50 euros- de acuerdo con lo previsto en 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 legitimado para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 de la citada ley.

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

Además de la citada LPACAP, resultan de aplicación, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de 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, 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, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el esposo y los hijos de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclama, el fallecimiento de su esposa y madre [art. 4.1, letra a) LPACAP).

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, DCCC 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación por el hecho lesivo que ha ocasionado el fallecimiento de un familiar, lo siguiente:

*«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se transmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.*

*A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:*

*“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.*

*En este sentido, 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” (...) ».*

Esta doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

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, mediante el SCS.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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.

5. 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, pues la reclamación se interpuso el día 13 de enero de 2021 relativa a un daño personal que quedó perfectamente determinado el 28 de marzo de 2020, con el fallecimiento de la paciente.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver, lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se ha de entender presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

7. Por último, consta en el expediente que, por los mismos hechos, se sigue en el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria el procedimiento 127/2023, sin que conste que se haya dictado Sentencia en el referido procedimiento, por lo que nada obsta para que este Consejo Consultivo entre en el fondo del asunto.

## II

En cuanto a los antecedentes de hecho, se señala en el escrito de reclamación lo siguiente:

*«PRIMERO.- En fecha de 28 de marzo de 2020, la esposa del dicente, (...) falleció; circunstancia ésta que se acredita con la partida de defunción (...)*

*SEGUNDO.- En el momento del fallecimiento, (...) estaba casada con el dicente, (...), de cuyo único matrimonio han nacido y viven dos hijos: (...) y (...)*

*Con la fallecida convivía, además de su cónyuge y dicente, su hijo (...).*

*TERCERO.- La causa del fallecimiento tuvo su origen en una inicial bradicardia con respiraciones agónicas, y que finaliza en parada cardiorrespiratoria con exitus letalis a las 3:31 horas de la mañana del día 28/03/2020 (...)*

*CUARTO.- La fallecida (...) desarrolló el siguiente itinerario hasta el momento de su óbito, de fácil comprobación en la Historia Clínica de Atención Primaria, y de los que destacamos los hitos más significativos:*

*El día 17 de febrero de 2020, acude a su médico de cabecera, que le deriva a Urgencias del Hospital Insular por presentar dolor y aumento volumen en pierna izquierda de inicio brusco. Se le diagnostica Flebitis y Tromboflebitis y, como tratamiento, una inyección de heparina al día.*

*El 20 de febrero de 2020 se le pauta a la paciente Clexane 80 mgr, 1 al día.*

*El día 5 de marzo, al no resultar eficaz la heparina para la disolución del coágulo de sangre que la produce la flebitis, se indica que “mañana le introducen sintrom”. No consta el facultativo que prescribe el cambio de tratamiento .*

*El 25 de marzo sufre caída debido a síncope, que vuelve a repetirse más tarde. En la tarde es trasladada al C.S. Canalejas, donde le hacen electrocardiograma, NAMC. ERC. Estenosis aortica. Hipertensión Arterial. Se decide desplazarla hasta el Hospital.*

*Ingresa en Urgencias del Hospital Insular a las 20:32 horas, donde se le transfunden 2 concentrados de Hematíes y 40 mg de Furosemida entre bolsas, con diagnóstico principal de Anemia normocítica normocrómica en estudio. Refiere el Informe Clínico de Urgencias que «La paciente se mantiene hemodinámicamente estable durante su estancia en el servicio. Refiere mejoría y se corrige la taquicardia tras la transfusión. Dada la ausencia de signos de sangrado activo y de signos o síntomas de alarma se decide alta hospitalaria y control por su Nefrólogo de referencia».*

*-De regreso a su domicilio en la madrugada del día 26, se mantuvo tranquila, inapetente con ingesta tímida de alimentos y sensación de cansancio acentuado.*

*-El viernes, 27 de marzo de 2023, acudió al domicilio un profesional de la enfermería del C.S. Triana para las pruebas del sintrom. Hasta tres pinchazos fueron necesarios para que surtiera una gota de sangre para la prueba. En los dos primeros brotaba líquido incoloro y transparente. Por la tarde ingiere su pastilla diaria de sintrom, que no había tomado el día anterior, jueves, por recomendación de la facultativa que le había atendido el miércoles en Urgencias del Hospital Insular.*

*-El mismo viernes 27 de marzo, siendo las 21:00 horas, se llama al Servicio de Urgencias 1-1-2 para relatar el mal estado que presenta (...). En ambulancia medicalizada la trasladan al Hospital Insular. Siendo las 00.00 horas telefonan desde Urgencias a la familia para anunciar que la paciente está en situación crítica y preguntan si en los días anteriores evacuaba heces oscuras. La respuesta que dio es que era frecuente en ella. A las 02:40 vuelven a llamar del Hospital a la familia para comunicar que el estado de la paciente es terminal. A las 3.30, la facultativa que la atendió comunica su fallecimiento, y que la causa de la muerte es por una hemorragia interna en el aparato digestivo. Refiere el Informe Clínico de Urgencias (...):*

*«A su llegada a Módulo A paciente inestable hemodinámicamente con PAM de 50 mmHG y taquicardia de 106 lpm. (Se avisa a familiares de situación de inestabilidad y probable mal pronóstico).*

*Se canalizan dos vías periféricas con administración de sueroterapia 500 cc por ambas. Tras evidencia de Melenas en tacto rectal, se administra bolo de Omeprazol 80 mg iv e iniciamos perfusión a 8 mh/h.*

*A pesar de sueroterapia no remontamos tensiones por lo que trasladamos a paciente a cuarto de parada, para mejor manejo y estabilización. Se administra 1 gramo de anchafibrin. A pesar de esfuerzo terapéutico paciente inicia con bradicardia que a pesar de bolo de atropina no remonta iniciando con respiraciones agónicas finalizando en parada cardiorrespiratoria con exitus letalis a las 3:31 de la mañana del día 28/03/2020.*

*Se realiza EKG de confirmación.*

*Se informa a familiares.*

*Tratamiento Efectuado en Urgencias: 80 mg de Omeprazol perfusión de Omeprazol 8mg/hora.*

*DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Existus Letalis*

*(...)*

*QUINTO.- De cuanto se ha expuesto precedentemente, puede deducirse que (...), ciertamente tenía una patología previa, consistente en estenosis aórtica severa, hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda severa y Enfermedad Renal Crónica de grado 5, y patología a nivel de colon. Sin embargo, nada se dice en los documentos hasta ahora referidos de por qué estaba anticoagulada (heparina/sintrom).*

*Consta, igualmente, que la paciente presentó síncope de repetición por la anemia severa (anemia por la enfermedad renal + sangrado digestivo), agudizada posiblemente en los últimos días, pues se destaca en los informes la existencia de heces negras, lo que es causa de tratamiento con hierro oral o sangrado digestivo.*

*Como se ha señalado anteriormente, el 25 de marzo de 2020 fue ingresada en Urgencias del Hospital Insular y se trató a la paciente con transfusiones de sangre, según se refiere en el Informe Clínico de Urgencias; sin embargo, nada se dice sobre que se le hubiera realizado tacto rectal para descartar sangrado digestivo, que sí se refiere en el ingreso del día 27 siguiente, pero ya se encontraba en situación terminal. Lo que resulta evidente es que, en su estancia, en los servicios de urgencias del día 25 de marzo se obvió o se desestimó la gravedad del proceso de la paciente y se la dio el alta para su regreso a domicilio, en lugar de que permaneciera en Urgencias para mayor exploración y tratamiento adecuado, especialmente para detectar la hemorragia interna, origen contributivo de su fallecimiento.*

*(...)».*

2. Los interesados consideran que la actuación médica acontecida concretamente el día 25 de marzo de 2020 fue deficiente y contraria a la *lex artis*, pues se emitió un diagnóstico erróneo, el de anemia, sin que le hicieran a la paciente las pruebas necesarias para determinar el origen de sus heces oscuras y el mal estado que presentaba, en concreto el tacto rectal que sí se le practicó el día 27 de marzo

de 2020, y que determinó que el origen del grave estado de la paciente se hallaba en la hemorragia interna en su aparato digestivo.

Finalmente, los interesados reclaman por ello una indemnización total de 279.293,50 euros, que incluye las indemnizaciones por el fallecimiento de la esposa y madre de los tres interesados, diversos gastos (gastos de entierro), además de 100.000 euros por las consecuencias del fallecimiento de la interesada, según alegan.

3. Los antecedentes expuestos deben completarse con lo manifestado al respecto por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), en informe emitido el día 7 de julio de 2023, en el que se manifiesta:

*«1.-Entre sus antecedentes destacamos: Obesidad grado II. Hipertensión arterial. Hipertrofia ventricular izquierda concéntrica severa, función global y regional normales. Estenosis aórtica severa calcificada (la paciente no se plantea la opción quirúrgica), Insuficiencia aórtica ligera. Disfunción diastólica grado I.*

*Enfermedad renal crónica estadio 4 no filiada, en seguimiento por Nefrología, pendiente de iniciar diálisis peritoneal. En el año 2019 se indicó derivación a Cirugía para implante de catéter, la paciente planteó dudas de querer hemodiálisis.*

*Desde el año 2019 tratada con Binocrit (contiene el principio activo epoetina alfa) indicado en el tratamiento de la anemia sintomática causada por una enfermedad renal.*

*El 28 de febrero de 2019 se indica por Nefrología Fero-gradumet.*

*2.-El 17 de febrero de 2020 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria por cuadro de 3 días de evolución de dolor en miembros inferiores (MMII), edema en miembro inferior izquierdo (MII).*

*En ECO doppler se objetiva signos de trombosis venosa profunda de vena femoral superficial y vena poplítea del miembro inferior izquierdo.*

*Se remite a consultas externas del Servicio de Medicina Interna para control. Se ajusta pauta de enoxaparina según TFG. Se realiza interconsulta al Servicio de Hematología.*

*Citada en consulta de anticoagulación el 27 de febrero de 2020.*

*4.-En fecha 17 de marzo es valorada en el Servicio de Medicina Interna por TVP en MII. Solicita analítica, Rx de Tórax y se cita en 3 meses.*

*5.-Control de Sintrom en las fechas el 6 de marzo, 9 de marzo (suspende Clexane), 13 de marzo y 20 de marzo (INR 3,5) se baja dosis.*

*Debe mantener en rango el INR (2-3).*

*En el control de 27 de marzo: INR 2,3.*

6.-El 25 de marzo acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, a las 19:13, por síncope (en dos ocasiones) sin pródromos sin relajación de esfínteres mientras iba de la cama al baño a las 7 am y a las 16 h. No dolor torácico ni disnea.

TA 110/66 mmHg, FC 113 lpm, glucemia capilar 216 mg/dl. Buen estado general, palidez cutánea (...).

En la auscultación CP: RsCsRs, soplo sistólico panfocal V/VI MVC sin ruidos añadidos.

No focalidad neurológica.

EKG: RS a 115 lpm. BRDHH y HBAI. No signos de isquemia aguda. No alteraciones ST- T

Dado síncope de perfil cardiogénico se deriva al Hospital Universitario Insular para valoración de posible estenosis aórtica sintomática.

7.-El 25 de marzo de 2020, a las 20:32 horas, consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular derivada desde Atención Primaria.

Se relata dos cuadros de síncope presentados en el mismo día en su domicilio mientras caminaba, sin pródromos y sin relajación de esfínteres.

No dolor torácico, disnea, ortopnea, disnea paroxíptica nocturna, aumento de edema en miembros inferiores, tos, expectoración o fiebre. No dolor abdominal, no alteración del ritmo intestinal. No clínica miccional. No otra sintomatología. Durante el traslado en ambulancia presenta un vómito sin productos patológicos.

A su llegada al hospital TA 102/58 mmHg, FC de 118, sat O2 del 96% y glucemia capilar de 156.

Se realiza anamnesis y exploración física. En auscultación CP soplo panfocal sistólico que ya tenía previamente en relación a su patología aórtica. Normalidad en la exploración abdominal: Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. En miembros inferiores no edemas ni signos de TVP.

Informa el Servicio de Urgencias que, dado los antecedentes, la anamnesis y la exploración física se decide realizar pruebas complementarias según protocolo de anemia: Hemograma, coagulación, bioquímica (glucosa, urea, función renal, iones en plasma, función hepática), gasometría venosa, electrocardiograma y Rx de tórax.

En Rx de Tórax no se objetiva datos patológicos.

El EKG sin cambio respecto a los previos.

En hemograma, entre otros, anemia (hemoglobina 5,3 g/dl (12-17), hematíes  $1,7 \times 10^6$ ).

INR 9,88. Tiempo de protrombina 112,4 seg (9,5-14,2).

El resto de la analítica reflejo de la patología renal que la paciente ya presentaba.



*Informa el Servicio que recibido el resultado del hemograma se objetiva anemia y se revalora a la paciente. Que se repregunta sobre posibles causas de sangrado activo que la paciente niega.*

*Afirma el Médico informante que realizó tacto rectal: heces en ampolla rectal sin productos patológicos (ni sangre roja ni heces melénicas). No hemos encontrado reflejado este hecho en la HC.*

*En ese momento dado que se trata de una anemia sintomática (dos síncope) y las patología previas se decide transfusión de dos concentrados de hematíes.*

*Se solicita estudio de anemia para completar el diagnóstico.*

*Informa el Servicio de Urgencias que durante la estancia en urgencias se vigilan deposiciones por el hallazgo de anemia y que realiza una deposición sin producto patológico.*

*Se mantiene estable hemodinámicamente durante la estancia.*

*Dado la ausencia de signos de sangrado activo y de signos o síntomas de alarma se decide alta hospitalaria y control por su Nefrólogo.*

*Diagnósticos al alta el 26 de marzo de 2020 a las 5:02 horas: Anemia normocítica normocrómica en estudio (transfusión de dos concentrados de hematíes). Insuficiencia renal crónica estadio V.*

*8.-En fecha 27 de marzo de 2020 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular, a las 23:35 horas, por síncope de repetición en domicilio.*

*Presentó en domicilio a modo de presíncope sobre todo en contexto de bipedestación. Además refiere que desde hace días deposiciones oscuras que no han cesado.*

*En la exploración física REG, consciente, orientada y poco colaboradora. Palidez cutánea y con tendencia a la hipotensión.*

*Llega inestable hemodinámicamente.*

*TA 110/66 mmHg, FC 113 lpm, glucemia capilar 216 mg/dl. Buen estado general, palidez cutánea (...).*

*En la auscultación CP: RscsRs con soplo sistólico panfocal ya conocido. MVC sin ruidos añadidos.*

*Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, con dudosos signos de irritación peritoneal.*

*A la 1:50 horas del 28 de marzo se realiza tacto rectal evidenciándose signo de sangrado (positivo para melenas). Se cursa analítica (bioquímica, coagulación, gases arterial), se cursa pruebas cruzadas.*

*Tras evidencia de Melenas en tacto rectal se administra bolo de omeprazol 80 mg iv y se inicia perfusión a 8 ml/h.*

*TA 80/64 mmHg, FC 90 lpm, FR 16 rpm, Sat O2 96%, glucemia capilar 196 mg/dl. INR 1,95.*

*A pesar de sueroterapia no remontan las tensiones y es trasladada al cuarto de parada.*

*Estando en el cuarto de paradas acude el Digestivo de Guardia, sobre las 3:00 horas, para realización de gastroscopia tras ser avisado de paciente con HD en forma de melenas, anemización e inestabilidad hemodinámica. Le informa el Servicio de Urgencias que no se logra estabilizar a la paciente, la cual presenta PCR.*

*Siendo infructuosas las medidas de soporte vital se realizan maniobras de soporte vital avanzado cardio-respiratorio, siendo improductivas. Exitus letalis a las 3:31 horas del 28 de marzo de 2020».*

### III

1. En lo que se refiere a la tramitación del presente procedimiento administrativo, el mismo comenzó con la presentación del escrito de reclamación, efectuada el día 13 de enero de 2021.

2. El día 27 de abril de 2021, se dictó Resolución n.º 2112/2022 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

3. El presente procedimiento cuenta con el referido informe del SIP y el informe del Servicio de Urgencias Canario (SUC).

4. el 26 de julio de 2023, se acordó la apertura del periodo probatorio, por 30 días, admitiéndose la documental presentada y sin que se propusiera la práctica de otra prueba por parte de los interesados.

5. Con fecha 7 de agosto de 2023 se otorgó trámite de vista y audiencia a los interesados, que fue cumplimentado el 4 de septiembre siguiente.

6. En lo que se refiere al informe de la Asesoría Jurídica Departamental se afirma en la Propuesta de Resolución que *«A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».*

7. Tras la citada tramitación procedimental, el día 10 de noviembre de 2023 se emitió la correspondiente Propuesta de Resolución.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En la Propuesta de Resolución se concluye manifestando que:

*«Pues bien, se observa, sin que el reclamante aporte prueba en contrario, que por parte del Servicio de Urgencias se pusieron a disposición de la paciente todas las pruebas necesarias conforme al protocolo de síncope que padeció. A tal efecto teniendo en cuenta sus antecedentes, la anamnesis y la exploración física, se deciden realizar pruebas complementarias según el citado protocolo, solicitando un hemograma, prueba de coagulación, bioquímica, gasometría, un electrocardiograma y radiografía de torác.*

*Ante los resultados que arroja el hemograma (anemia) se revalora, y pregunta a la paciente sobre posibles causas de sangrado, que niega, de hecho en ninguna de sus consultas previas existen antecedentes de sangrado activo. Durante su estancia en urgencias (6 horas), es transfundida con dos concentrados de hematíes y se vigilan sus deposiciones. Si bien no consta anotado en el informe de alta, la facultativo informa por escrito, que se realizó tacto rectal donde se objetivan heces en la ampolla rectal pero sin productos patológicos.*

*Cabe señalar además, lo que refiere el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, un alto porcentaje de pacientes con estenosis aórtica grave (patología que padecía la paciente) presentan anemia.*

*Por otra parte, una de las complicaciones más habituales de la enfermedad renal crónica es la anemia. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan anemia normocítica normocrómica de forma paralela a la pérdida de función renal debido a disminución de síntesis de eritropoyetina y disminución de la vida media de los hematíes. Al alta en el Servicio de Urgencias el 26 de marzo de 2020 entre los diagnósticos consta anemia normocítica normocrómica.*

*Es por ello que el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala que se observan en la paciente patologías que justificaban la anemia y por otra parte no se encontró foco activo de sangrado ni en la exploración, explicada por la Médico de Urgencias, ni en la anamnesis. No consta la presencia de melenas hasta el ingreso en la fecha 27 de marzo.*

*Ha de recordarse además que la actuación sanitaria que se analiza era la de un Servicio de Urgencias. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la*

cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización establece en su anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella " (...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata" de tal forma que "Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial"

Cabe señalar que la jurisprudencia emitida sobre la actuación de los servicios de urgencias, hace referencia a la definición de atención de urgencias y de impresión diagnóstica, señalando que no se puede considerar la impresión diagnóstica que se realiza en un servicio de urgencias, como un diagnóstico definitivo, sino que ha de ser confirmado por el correspondiente especialista.

Es decir, establece la jurisprudencia que en un servicio de urgencias no se pueden agotar todas las pruebas diagnósticas idealmente posibles, sino que, la adecuación a la *lex artis* en estos casos, se circunscribe a realizar las pruebas que son acordes con el fin de un servicio de urgencias (STS 19 de julio de 2011)

Derivado de lo anterior, en el caso que nos ocupa no se objetiva la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, al haberse acreditado que la actuación de los servicios de urgencias fue conforme a la *lex artis*.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2022, de 7 de abril, entre otros, se ha manifestado que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los

*medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

*En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:*

*“Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria”.*

*Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.*

*3. 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, sin perjuicio 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)», esta doctrina resulta ser plenamente aplicable al presente asunto por la razones que se expondrán a continuación.*

*En el ámbito de las reclamaciones sanitarias, además, y en ello coincide este Organismo con la PR, y a diferencia de lo señalado en el informe emitido por la Asesoría Jurídica Departamental, no cabe excluir el uso de la doctrina jurisprudencial de la «prohibición de regreso», la cual tiene por objeto impedir la valoración de un diagnóstico o una actuación médica inicial de cualquier patología a la luz de la posterior evolución de la enfermedad, específicamente a la hora de determinar si ha habido o no error (por todos, DDCC 374/2015, de 8 de octubre; 85/2016, de 17 de marzo; 251/2021, de 13 de mayo o 137/2022 de 7 de abril)».*

3. En este caso, sobre el hecho lesivo que nos ocupa, se afirma en el informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI, especialmente acerca de la actuación médica correspondiente al día 25 de marzo de 2020, cuestionada por los interesados, lo siguiente:

*«La paciente, mujer de 74 años, consulta en el servicio de urgencias por dos síncope ocurridos en ese mismo día. Los síncope ocurren mientras la paciente deambulaba, no se acompañaban de pródromos (tales como náuseas, sudoración o visión borrosa) ni relajación de esfínteres. Tampoco refería dolor torácico, disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, aumento de edema en miembros inferiores, tos, expectoración o fiebre. La paciente niega también clínica gastrointestinal tales como dolor abdominal o alteración del ritmo intestinal. Durante el traslado en ambulancia presenta un vómito sin productos patológicos. Niega clínica miccional. Finalmente se pregunta por cualquier otra sintomatología acompañante que no se haya preguntado previamente, que la paciente también niega.*

*Inicialmente, a su llegada a triage se toman las constantes vitales. Presenta una tensión arterial de 102/75 mmHG, una frecuencia cardíaca de 118, una saturación de oxígeno del 96% y una glucemia capilar de 156.*

*Tras la anamnesis se procede a realizar una exploración física, objetivándose que la paciente presenta un buen estado general. Está consciente, orientada, colaboradora, normohidratada, normocoloreada. Eupneica y afebril.*

*En la auscultación cardiopulmonar destaca un soplo panfocal sistólico que la paciente ya presentaba por su patología aórtica conocida. La exploración abdominal era estrictamente normal, presentando un abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Además en los miembros inferiores no presentaba edemas ni signos de TVP.*

*Dado los antecedentes, la anamnesis y la exploración física se decide realizar unas pruebas complementarias según protocolo del síncope. Se solicitan un hemograma, una coagulación, una bioquímica (que incluye glucosa, urea, función renal, iones en plasma, función hepática), una gasometría venosa, un electrocardiograma y una radiografía de tórax.*

*Desde que laboratorio avisa por los resultados del hemograma, se acude a revalorar a la paciente para volver a preguntar sobre posibles causas de sangrado activo que, la paciente niega y se realiza tacto rectal donde se objetivan heces en ampolla rectal pero sin productos patológicos (tales como sangre roja o heces melénicas). La paciente además, durante su estancia en Urgencias, donde se vigilan deposiciones por el hallazgo de anemia, realiza una deposición sin productos patológicos en ella. En ese momento, dado que se trata de una anemia sintomática (porque ha presentado dos síncope) y las patologías previas se explica a la misma que, precisa transfusión de dos concentrados de hematíes, que la paciente acepta, por lo que se transfunden posteriormente en un periodo de 6 horas. En el momento en el que se objetiva la anemia y tras completar anamnesis y exploración física donde se descartan signos y síntomas de sangrado activo, se solicita estudio de anemia para completar diagnóstico.*

*En la analítica se objetiva además que existe una sobredosificación de sintrom por el INR elevado, pero dado que la paciente no presenta signos ni síntomas de sangrado activo se decide no revertir farmacológicamente, pues la paciente precisa estar anticoagulada por el antecedente de la trombosis venosa profunda y las posibles complicaciones que puedan derivar de la misma. Además, se acuerda verbalmente con la paciente suspender toma del Sintrom hasta que se le realice un INR de control por su centro de salud en 48 horas para iniciar nueva pauta de hematología.*

*Por otro lado, en la radiografía de tórax, no reflejan datos patológicos. En el electrocardiograma no se encuentran cambios con los previos. El resto de la analítica es un reflejo de la patología renal que la paciente ya presentaba, sin empeoramiento de la misma. Por lo tanto, se llega a la conclusión de que el síncope es desencadenado por múltiples causas. No solo la anemia que presenta, sino por las patologías previas de la paciente que pueden acentuar la sintomatología de la misma, como son la enfermedad renal crónica en estadio V o la estenosis aórtica severa.*

*Durante el resto de su estancia en el servicio de urgencias, la paciente se mantiene hemodinámicamente estable, normotensa y normocárdica, con franca mejoría tras la*

*transfusión y sin presentar exteriorización de sangrado. Aunque no se refleja en el informe de alta los resultados del tacto rectal, éste se realiza, y, sí que queda reflejado que existe una ausencia de signos de sangrado activo. Por esto, y por la ausencia de otros signos y síntomas de alarma se decide y se acuerda con la paciente alta hospitalaria.*

*Se explican signos y síntomas de alarma y los motivos por los que debe volver a urgencias. La paciente además precisa que puede tener contacto telefónico con su nefrólogo de referencia, con quien contactará para adelantar cita, revisar los resultados del estudio de anemia y continuar con seguimiento y estudio de la misma.*

*La paciente regresa al día siguiente por la noche por síncope de repetición pero, ya sí refiere heces oscuras continuas según el informe médico del día 27 de marzo de 2021.*

*Llega inestable hemodinámicamente por shock hipovolemico secundario y hemorragia digestiva alta, se inicia medidas de soporte vital inmediato, siendo infructuosas, por lo que se realiza maniobras de soporte vital avanzado cardio-respiratorio, siendo improductivas también, siendo la paciente finalmente exitus letalis.*

*La evolución de la paciente fue inesperada, porque en la primera consulta en urgencias no se sospechó esta evolución. Es verdad, que los pacientes con anticoagulantes tienen más riesgo de sangrado, hecho que se descartó en la primera valoración y no se encontró causas objetivas de sangrado activo digestivo. Además según protocolo de hematología, no se revierte la anticoagulación si no hay signos de esta. De la misma forma, se recomendó verbalmente no tomárselo hasta un nuevo control de coagulación en el centro de salud».*

4. A su vez, en el informe del SIP se añade a lo ya manifestado por el Servicio:

*«4.-No consta referencia a Melenas o cualquier signo de hemorragia digestiva ni en la asistencia de 17 de febrero de 2020 en el Servicio de Urgencias, ni en la consulta en el Servicio de Medicina Interna Interna en la fecha 17 de marzo de 2020 ni en los controles del Sintrom en el periodo 6 a 27 de marzo de 2020.*

*5.-En la fecha 25 de marzo de 2020, sufrido síncope, fue derivada desde Atención Primaria, en función de sus antecedentes y después de anamnesis y exploración física, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular con la sospecha de síncope de perfil cardiogénico y no por sospecha de foco hemorrágico.*

*6.-Durante el traslado en ambulancia la paciente presentó un vómito sin productos patológico.*

*(...)*

*8.-Entre los antecedentes de la paciente destacamos, en relación al motivo de la reclamación, hipertensión arterial, estenosis aórtica severa calcificada e insuficiencia renal crónica estadio 4 en prediálisis.*

*Un alto porcentaje de pacientes con estenosis aórtica grave presentan anemia.*



*Por otra parte, una de las complicaciones más habituales de la enfermedad renal crónica es la anemia. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan anemia normocítica normocrómica de forma paralela a la pérdida de función renal debido a disminución de síntesis de eritropoyetina y disminución de la vida media de los hematíes. Al alta en el Servicio de Urgencias el 26 de marzo de 2020 entre los diagnósticos consta anemia normocítica normocrómica.*

*Este tipo de anemia se trata con agentes estimulantes de la eritropoyesis que como hemos expuesto fue indicado a la paciente desde el año 2019.*

*Por tanto, se deba en la paciente patologías que justificaban la anemia y por otra parte no se encontró foco activo de sangrado ni en la exploración, explicada por la Médico de Urgencias, ni en la anamnesis. No consta la presencia de melenas hasta el ingreso en la fecha 27 de marzo.*

*La presencia de otra causa de anemia añadida compromete la evolución de la paciente.*

*En su informe el Servicio de Urgencias expresa “La evolución de la paciente fue inesperada, porque en la primera consulta en urgencias no se sospechó esta evolución. Es verdad que los pacientes con anticoagulantes tienen más riesgo de sangrado, hecho que se descartó en la primera valoración y no se encontró causas objetivas de sangrado activo digestivo. Además según protocolo de hematología, no se revierte la anticoagulación si no hay signos de ésta. De la misma forma, se recomendó no tomárselo hasta un nuevo control de coagulación en el CS.”».*

5. Pues bien, estos informes demuestran que la paciente afectada no presentó durante el día 25 de marzo de 2020, ni tampoco con anterioridad, síntoma alguno que indicara que padecía una hemorragia digestiva; ni siquiera hizo mención de molestia digestiva alguna, e incluso presentaba con anterioridad heces oscuras, ocasionadas no por problemas digestivos, sino por la medicación empleada para combatir la anemia que sufría, la cual, a su vez, provenía de sus graves problemas renales.

Además, estos informes también demuestran que no solo se emplearon, en la fecha referida, todos los medios diagnósticos con los que cuenta el SCS, adecuados a las dolencias que presentaba la interesada, sino que también se pusieron a su disposición todos los medios humanos con los que cuenta dicho SCS, con lo que se ha cumplido con su obligación de medios.

6. En lo que se refiere al diagnóstico erróneo que alegan los interesados, primeramente, es necesario tener en cuenta que en este tipo de supuestos resulta ser de aplicación la doctrina de la «prohibición de regreso»; sobre ella se señala, por

ejemplo, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2022, de 7 de abril, entre otros muchos, 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 e implica que tampoco se pueda considerar que haya habido error de diagnóstico el día 25 de marzo de 2020, pues el que se emitió por los sanitarios que atendieron a la paciente era el que correspondía a los síntomas que presentaba la misma, además de ser el adecuado a los resultados de las distintas pruebas a las que se sometió a la paciente.

7. 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En conclusión, los interesados no han presentado prueba alguna que acredite la realidad de sus alegaciones relativas al mal funcionamiento de los servicios sanitarios, ni tampoco logran desvirtuar los informes emitidos por la Administración.

Por tanto, todo lo expuesto en el presente Fundamento permite considerar que no se ha demostrado la concurrencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por los interesados.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.