



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 168/2024

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de abril 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 (...), actuando en nombre y representación de (...), (...) y (...), por la asistencia sanitaria prestada a (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 93/2024 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el día 4 de octubre de 2022 a instancias de la representación de (...), (...) y (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano, (...), por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización por importe de 47.409,63 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

\* Ponente: **Sra. Marrero Sánchez.**

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona fallecida -(...)- la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, 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 trasmite 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 si 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”.*

*Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».*

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, hermanos del fallecido, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación. Además, intervienen mediante representante debidamente acreditado (art. 5 LPACAP).

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 4 de octubre de 2022, habiéndose producido el fallecimiento del causante de los interesados el día 12 de octubre de 2021.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. Consta en el expediente reclamación judicial por los hechos objeto del presente expediente seguidos bajo el número de procedimiento PO-309/2023, ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria, sin que conste que haya recaído sentencia en el mismo.

10. No obstante lo anterior, no se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obstan la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

## II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización 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 dispensada a su hermano en el SCS.

A este respecto, los interesados exponen en su reclamación inicial los siguientes hechos:

*«Primero.- Mis representados son hermanos del difunto (...), según acredito mediante declaración de herederos que acompaño como documento B, el cual falleció el día 12 de octubre de 2021, a los 59 años de edad en su domicilio en la localidad de (...) (Las Palmas de Gran Canaria) entre las 11 y las 12 horas de ese día, en estado civil de soltero y sin hijos.*

*Según el atestado de la Guardia Civil que acudió al lugar de los hechos y el informe forense que se une a dicho atestado, (...), falleció de un infarto agudo de miocardio, secundario a una cardiopatía isquémica (...).*

*Segundo.- Que tal como refleja el atestado y consta en la historia clínica, el afectado venía sufriendo dolor esporádico en el brazo izquierdo y mandíbula desde el mes de septiembre de 2021, acudiendo a su Centro de Salud de Arucas, donde fue diagnosticado de "Cardiopatía Isquémica" y donde se le practicó un electrocardiograma que fue catalogado de "ANÓMALO", sin embargo es dado de alta con prescripción de calmantes y prohibición de fumar.*

*El 5 de Octubre de 2021 (7 días antes del fallecimiento), (...), acudió también al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, donde fue dado de alta,*

siéndole prescrito únicamente potentes calmantes para el dolor, que enmascaraba la patología que sufría, sin que se le practicase un simple electrocardiograma, ni tampoco se trató de bajar la tensión arterial que la tenía elevada (...) . El diagnóstico en este caso, fue de “dolor mandibular a estudio”; después acudió a su Centro de Salud el 7 de Octubre con los mismo síntomas, siendo diagnosticado de “cervicalgia”.

La familia entiende que se trata de una grave negligencia médica con resultado de muerte, porque por el tipo de dolor que describía el paciente, los síntomas que presentaba (sugerentes de infarto de miocardio), por su edad; el hecho de ser hipertenso, por ser fumador, por sus antecedentes familiares (a los que no se hace referencia en ninguno de los informes médicos), se le tenía que haber aplicado, tanto en las urgencias de su Centro de Salud como en las del Hospital Doctor Negrín, el llamado “Código Infarto” que tiene establecido y ha sido difundido por el propio Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias.

Resulta injustificable, que con todos esos elementos y acudiendo a Urgencias en tres ocasiones, no se le diera el trato que la emergencia requería. Es inexplicable que en el hospital no se le practicase un simple electrocardiograma, ni si se le suministrará ningún medicamento para bajarle la tensión (que la tenía alta en esos momentos). Es inexplicable también, que con dos electrocardiogramas que ponen en su encabezado “ANOMALO”, no se le remitiera a urgencias del hospital para que se le hicieran otras pruebas más precisas y se aplicara el tratamiento correspondiente.

Lo que hicieron, por el contrario, fue prescribirle analgésicos, lo que hizo que no acudiera de nuevo a la Sanidad pública ni a un hospital privado, lo que le hubiera podido salvar la vida, ofreciéndole cita para una radiografía cervical para el “28 de Octubre de 2021” y cita para consulta de cardiología para el “13 de junio de 2022” (...) .

Tercero.- El día de su fallecimiento, se realizaron diversas llamadas telefónicas al centro coordinador de emergencias 112 del Gobierno de Canarias, reclamando asistencia médica urgente para el afectado, sin embargo la ayuda asistencial se demoró más de una y media en llegar al domicilio desde la primera llamada, según los familiares que allí estaban.

(...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos que obra en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), de 20 de octubre de 2023, en el que se expone lo siguiente:

«1.- Se trata de paciente hombre con fecha de nacimiento 08/03/1962 (59 años), con antecedentes según historia clínica de tabaquismo e hipertensión arterial (según consulta de Atención Primaria de 04/09/20 tenía prescrito Olmesartán 20). Se recogen antecedentes de

dolor en articulaciones temporomandibulares y cervical con irradiación a brazos desde consulta de Atención Primaria de fecha 12/09/2020. Diagnosticado de Carcinoma vesical papilar, intervenido en diciembre/2020 mediante RTUv, y en tratamiento con instilaciones endovesicales de BCG desde marzo/2021.

2.- En fecha 13/09/21, acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por dolor en lado izquierdo de la mandíbula, músculo trapecio izquierdo (cervical) y brazo izquierdo de 3 días de evolución. Negó dolor torácico y cortejo vegetativo (palpitaciones, disnea, náuseas, sudoración, sincope, frialdad o palidez cutánea).

3.- La exploración física describe signos vitales normales. Se le realiza electrocardiograma siendo descrito ritmo cardíaco sinusal (normal), con frecuencia cardíaca de 96 lpm (en rango normal) y eje normal (sin criterios electrocardiográficos de infarto de miocardio).

4.- Tras ello con el diagnóstico de cervicalgia se le indica tratamiento con analgesia y relajante muscular, reposo físico. Se le explica signos de alarma y seguimiento por su Médico de Atención Primaria.

5.- Tras el diagnóstico de cervicalgia y la indicación de seguimiento por su Médico, en fecha 29/09/21, acude a consulta programada con su Médico de Atención Primaria. En dicha consulta queda anotado lo que el paciente refiere en la entrevista con el médico: hombre de 59 años, fumador (más de 40 años fumando, “dos caja al día”), que refiere dolor en rama de la mandíbula izquierda y extremidad superior ipsilateral, de forma intermitente, desde hace un mes. Describe episodios de “3/4 de hora” de duración, alivio espontáneo, a veces con empleo de “alprazolam” (un ansiolítico).

6.- En ese momento en consulta programada en la que el paciente está asintomático (no dolor, ni ningún otro síntoma) la exploración cardiorrespiratoria se describe normal, siendo las constantes vitales normales (discreto incremento de la tensión arterial), la saturación de oxígeno es normal.

7.- Aunque el paciente estaba asintomático (sin dolor) y el dolor referido era atípico (no torácico, no opresivo, sin cortejo vegetativo, alivio con ansiolítico), se le realiza electrocardiograma en el que no se aprecian alteraciones que evidencien infarto agudo de miocardio, ni alteraciones que hagan sospechar cardiopatía isquémica de base.

8.- Si bien en ese momento no hay evidencia de cardiopatía isquémica/infarto en el electrocardiograma ni el paciente tiene dolor (de ningún tipo), ante antecedente de clínica de dolor, si bien de naturaleza atípica desde el punto de vista cardiovascular, y antecedentes de tabaquismo, el médico sospecha pudiera haber una cardiopatía isquémica (enfermedad de las arterias coronarias), subyacente, por ello solicita interconsulta a Cardiología y, a la vez, indica al paciente no fumar, pauta de atenolol (fármaco que es cardioprotector, además de

antihipertensivo), además de dar normas de evolución y signos de alarma y volver a consultar si resultara necesario.

9.- Una semana después, en fecha 05/10/21, el paciente acude al servicio de urgencias motivando su consulta en dolor mandibular. Refirió crisis de dolor mandibular irradiado a brazo izquierdo de 30-40 minutos de duración desde hacía un mes. Negó disnea, dolor torácico, palpitations o cualquier otro síntoma añadido. Refirió fue peluquero durante muchos años y por ello tenía molestias frecuentes a nivel cervical.

10.- La exploración física descrita es normal, estando las constantes vitales normales, con ligero incremento de la tensión arterial. La auscultación cardiorrespiratoria se describe normal, al igual que la palpación del recorrido trigeminal y musculatura de la masticación.

11.- En urgencias queda descrito que el paciente está clínica y hemodinámicamente estable, y asintomático, es decir, no tiene dolor, ni ningún otro síntoma de interés.

12.- Dado que el paciente se encuentra estable y asintomático, se le recomienda seguimiento por su Médico de Cabecera para descartar patología cervical y analgesia (zaldiar), en caso de que apareciera el dolor, asimismo se le indica volver a urgencias en caso de empeoramiento.

13.- En fecha 07/10/21, en consulta telefónica con Atención Primaria, el propio paciente refirió haber acudido antes de ayer a urgencias de Dr Negrin por dolor de mandíbula, hombro y brazo izquierdo, comenta que descartaron problema cardiológico. Acudió a dentista que practicó radiografía y descartó problema odontológico. Queda reflejado en historia clínica de Atención Primaria el informe de Urgencias del HUGCDN. Dado que era consulta telefónica (que el paciente había hecho siguiendo indicaciones: para descartar patología cervical), el médico le solicitó Rx de columna cervical y le indicó acudir a valoración en consulta presencial, además de incluir y ajustar la medicación analgésica en receta electrónica, dar normas de cuidados, alarma y evolución.

14.- En fecha 12/10/21, a las 10:34 horas se recibe llamada en el 1-1-2, alertando de pérdida de conocimiento de un varón, en la que la alertante no se encontraba en el lugar de los hechos. Queda reflejado en el informe del SUC, las actuaciones realizadas de acuerdo a las alertas recibidas, en la que hubo un retraso en relación con la información recibida y la localización exacta del domicilio del paciente conforme a la dotación sanitaria que debía ser recogida por la ambulancia para asistir al paciente, la cual llega al lugar de los hechos a las 11:33 horas. Según consta descrito en historia clínica de Atención Primaria en la descripción realizada del incidente, el paciente recibía desde hacía media hora reanimación por parte de su hermano y a la llegada de la dotación se encontraba con signos directos de muerte: ausencia de pulso, cianosis en esclavina, frialdad, pupilas midriáticas arreactivas, con sangrado por vías aéreas, impresionando había fallecido por Infarto agudo de miocardio.

15.- Dado muerte de forma brusca sin antecedentes importantes fue calificado de muerte judicial.

16.- Según informe de autopsia médico legal la causa fundamental del fallecimiento fue un infarto agudo de miocardio secundario a una cardiopatía isquémica, siendo la causa inmediata del fallecimiento un edema agudo de pulmón.

#### CONCLUSIONES

1.- El paciente ya venía de atrás con antecedentes de dolor en articulaciones temporomandibulares y cervical con irradiación a brazos desde al menos septiembre de 2020. Dolores cervicales que el propio paciente había relacionado con su actividad profesional de peluquero, por lo que no era extraño que en las consultas realizadas por el paciente la sospecha diagnóstica estuviera dirigida hacia ese origen.

2.- Son criterios clínicos de infarto agudo de miocardio (CODICAN CÓDIGO INFARTO CANARIAS), los siguientes:

- Dolor torácico no traumático de más de 20 minutos de duración, descrito como opresivo e intenso, aunque no siempre, y que no cede con nitroglicerina sublingual.

- La localización suele ser precordial/retroesternal, con o sin irradiación. La irradiación (parte del pecho y se irradia hacia otro lado) suele ser a cuello/mandíbula, miembro superior izquierdo y/o espalda. En ocasiones se describen otras irradiaciones como al miembro superior derecho, epigastrio etc.

- Con frecuencia se acompaña de síntomas asociados como sudoración, náuseas, vómito, disnea, palpitaciones, síncope, dolor abdominal, etc.

- Los pacientes con síntomas atípicos (dolor epigástrico, dolor torácico no descrito como opresivo, disnea creciente etc.), suelen consultar más tarde y suelen ser mujeres, personas ancianas, personas diabéticas y pacientes postoperados o críticos.

3.- En prácticamente todas las consultas se trataba de un dolor que el momento de la valoración el paciente no tenía, cuya descripción traducía una naturaleza como poco atípica de dolor cardiovascular: nunca tuvo dolor torácico (en el pecho), ni irradiación del dolor desde el pecho hacia otras localizaciones, ni opresión en el pecho, nunca hubo síntomas vegetativos (palpitaciones, sudoración, frialdad, náuseas, disnea, síncope), incluso refería se aliviaba con un ansiolítico (alprazolam, un tranquilizante benzodiazepínico que podría tranquilizar en caso de ansiedad, pero no aliviar/quitar el dolor de un infarto).

4.- No solo en la mayoría de las consultas realizadas por el paciente existía ausencia de dolor, sino que las veces que se le realizó electrocardiograma nunca existieron criterios electrocardiográficos de infarto de miocardio, siendo estos según CODICAN CÓDIGO INFARTO CANARIAS los siguientes:



- ECG con elevación persistente (>20 minutos) del segmento ST  $\geq$  1 mm en al menos dos derivaciones contiguas:

- Para V2 y V3 en varones, se requiere elevaciones de al menos 2 mm en mayores de 40 años y de 2,5 mm en menores de 40 años.

- Para V2 y V3 en mujeres, se requiere elevaciones de 1,5 mm.

- Elevaciones > de 0,5 mm en V7 -V9 (> 1 mm en varones menores de 40 años).

- ECG con bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) de nueva aparición o desconocido.

- Elevación del ST > 1mm en derivaciones con complejo QRS predominantemente positivo.

- Elevación del ST > 5 mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V1 ,V2 o V3 ).

- Descenso del ST > 1mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V1, V2 o V3), que indica isquemia inferobasal (especialmente si la onda T terminal es positiva).

- ECG con ritmo ventricular estimulado por marcapasos.

5.- Se le habían realizado dos electrocardiogramas los días 13/09/21 y 29/09/21, los mismos han sido informados por el Servicio de Cardiología del HUGCDN. En ninguno de ellos se informa la presencia de infarto. Ni ninguno de los datos allí expuestos da pie a su interpretación siguiendo los criterios antes expuestos.

6.- Por tanto, si no había criterios clínicos y/o electrocardiográficos de infarto, bien porque no había dolor o bien porque en los electrocardiogramas realizados no había dicha evidencia, no existía ninguna indicación para activar Código de Infarto como sostienen los reclamantes.

7.- Asimismo, si tenemos en cuenta el informe del Servicio de Cardiología del electrocardiograma realizado el 13/09/21, en el que se describen cambios muy sutiles que podrían orientar hacia la presencia de una enfermedad coronaria subyacente (cardiopatía isquémica crónica), conocemos que el paciente le fue solicitada interconsulta a Cardiología en consulta programada con su Médico de Atención Primaria en fecha 29/09/21, si bien ese día el electrocardiograma realizado no mostraba alteraciones que pudieran traducir ni isquemia ni infarto, ni el paciente tenía dolor de ningún tipo, es decir, no había criterios de urgencia ni de aplicación del Código de Infarto.

8.- Tampoco el 05/10/21, tal y como se sostiene en el informe del Servicio de Urgencias del HUGCDN, el paciente era subsidiario de recibir tratamiento para hipertensión arterial (para la cual ya tenía tratamiento según la historia clínica), dado que el paciente no presentaba ninguna de estas dos situaciones clínicas: ni una urgencia hipertensiva en la que

*el objetivo es bajar la tensión en 24 horas, ni una emergencia hipertensiva en la que habría que controlar la tensión arterial de manera inmediata. Asimismo, el dolor por el que consultó el paciente era referido hacia la mandíbula, de un mes de evolución, estando en ese momento asintomático, por lo que tal y como se sostiene en el propio informe no existía ninguna indicación para la activación del Código de Infarto.*

*9.- La fecha en que queda demostrado el paciente sufrió un infarto agudo de miocardio es el 12/10/21, no antes. Una vez se alertó del hecho ocurrido en su domicilio, se activaron los medios disponibles, si bien a su llegada, el paciente había fallecido.*

*10.- Considero se actuó en cada momento según la clínica que mostraba el paciente, siendo proporcionales las actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas, no existiendo en ninguna de las consultas realizadas criterios clínicos ni electrocardiográficos para una actuación urgente.*

*11.- Se emite informe desfavorable».*

### III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 4 de octubre de 2022 en el ámbito del SCS.

El día 10 de febrero de 2022 se dictó Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de los interesados.

3. Abierto periodo probatorio, se incorporan las pruebas documentales y se abre trámite de audiencia, en el que los reclamantes presentan escrito de alegaciones indicando únicamente que la reclamación por estos hechos ya se encuentra en sede judicial, donde se practicarán las pruebas propuestas y admitidas.

4. A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 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.

5. Con fecha 19 de febrero de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por los interesados.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por los herederos de (...), al considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general 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).

Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 28 de marzo de 2007 se afirma 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».

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de los reclamantes se fundamenta en una infracción de la *lex artis*, ya que entienden que ha existido una grave negligencia médica con resultado de muerte en la atención dispensada a su hermano difunto, en atención a sus antecedentes, edad y los síntomas que presentaba, al no haber aplicado el Código Infarto.

Sin embargo, a pesar de tales afirmaciones, sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer la existencia de una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Esto es, sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir la responsabilidad de esta.

A este respecto, los interesados no aportan material probatorio alguno, escudándose en que el asunto está residenciado en sede judicial -lo que no empece que la Administración deba resolver-, pese a lo cual la Propuesta de Resolución, con fundamento en los informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de los reclamantes.

En efecto, la Propuesta de Resolución -en contra de lo afirmado por los interesados en su escrito inicial al señalar que en la asistencia prestada a su hermano, en septiembre de 2021, a pesar de haber sido diagnosticado de cardiopatía isquémica y presentar resultados anormales, el paciente fue dado de alta con calmantes- justifica adecuadamente que, de la lectura de la historia clínica del paciente, se desprende que tales afirmaciones no son ciertas.

Así, en el informe del facultativo del Centro de Salud de Arucas que lo atendió se señala que fue valorado en consulta planificada y fuera del marco de urgencias, a la que acudió sin dolor ni otros síntomas, asistiendo a consulta para valoración y estudio por diagnóstico previo de cervicalgia. Por su edad (60 años), por sexo, por sus antecedentes de consumo de tabaco y por su clínica (dolor atípico desde el punto de vista cardiovascular) le indicó un ECG en ese momento en el que no encontró ningún

síntoma que confirmara el diagnóstico de cardiopatía isquémica, sino simplemente una sospecha.

No obstante, a pesar de ser en ese momento la cardiopatía isquémica solo una sospecha clínica, se le proscribió el hábito de fumar tabaco, se pauta tratamiento Betabloqueador como cardioprotector y se solicita consulta preferente a Cardiología.

Por tanto, aunque los reclamantes hablan de un diagnóstico de cardiopatía isquémica desde esa fecha, lo cierto es que como afirma el propio facultativo que lo atendió, en ese momento no pasaba de ser una mera sospecha clínica, puesto que no existían criterios suficientes ni clínicos ni electrocardiográficos para emitir un juicio diagnóstico definitivo.

Por lo que respecta a la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín el día 5 de octubre de 2021, el informe del coordinador del Servicio de Urgencias indica que en el caso que nos ocupa, no existía ninguna indicación para la activación del «Código infarto» porque el motivo de consulta fue por dolor mandibular de un mes de evolución y el paciente estaba asintomático durante su estancia en el servicio de urgencias hospitalario (que fue de 2 horas y 3 minutos). La realización de un electrocardiograma en Urgencias tiene rentabilidad diagnóstica en el momento de la clínica y durante su estancia el paciente está asintomático. El tratamiento de la hipertensión en urgencias se debe realizar ante dos situaciones clínicas y que son: la Urgencia Hipertensiva con el objeto de bajar la tensión en 24 horas y la emergencia hipertensiva con el objetivo de controlar la tensión arterial de manera inmediata, ninguna de estas dos situaciones clínicas las presentaba el paciente.

Además, consta incorporado al expediente que se le realizaron dos electrocardiogramas los días 13/09/21 y 29/09/21, y los mismos han sido informados por el Servicio de Cardiología del HUGCDN, señalando que en ninguno de ellos se informa la presencia de infarto. Ni ninguno de los datos allí expuestos da pie a su interpretación.

En cuanto a si era necesario que se activara el «Código Infarto» en sus asistencias al servicio de urgencias, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala que en prácticamente todas las consultas al paciente se trataba de un dolor que en el momento de la valoración no tenía, cuya descripción traducía una naturaleza como poco atípica de dolor cardiovascular: nunca tuvo dolor torácico (en el pecho), ni irradiación del dolor desde el pecho hacia otras localizaciones, ni

opresión en el pecho, nunca hubo síntomas vegetativos (palpitaciones, sudoración, frialdad, náuseas, disnea, síncope), incluso refería se aliviaba con un ansiolítico (alprazolam, un tranquilizante benzodiazepínico que podría tranquilizar en caso de ansiedad, pero no aliviar/quitar el dolor de un infarto).

Es decir, no solo en la mayoría de las consultas realizadas por el paciente existía ausencia de dolor, sino que las veces que se le realizó electrocardiograma nunca existieron criterios electrocardiográficos de infarto de miocardio.

En consecuencia, no había criterios clínicos y/o electrocardiográficos de infarto, bien porque no había dolor o bien porque en los electrocardiogramas realizados no había dicha evidencia, por lo que no existía ninguna indicación para activar el «*Código de Infarto*» como sostienen los reclamantes.

4. La falta de acreditación de la inadecuación de la actuación sanitaria a la *lex artis* ya sería suficiente para desestimar la pretensión resarcitoria de los reclamantes.

Sin embargo, como ya se ha indicado en reiteradas ocasiones (ver por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), la valoración y enjuiciamiento de la corrección del acto médico excluye que pueda proyectarse *ex post facto* (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ignorando la sintomatología que presentaba el paciente al momento y fecha en que requirió atención sanitaria y se procedió al diagnóstico y posible tratamiento. No se puede cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen (SSTS de 15 de febrero de 2006, 19 de octubre de 2007 y 3 de marzo de 2010), y no puede cuestionarse esta toma de decisiones fundándose en la evolución posterior que presenta un paciente. En definitiva, la responsabilidad patrimonial no puede deducirse de una valoración retrospectiva de la asistencia sanitaria inicial (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ya que, como sostiene la de STS de 29 de enero de 2010, este proceder infringe la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico.

A todo lo anterior se añade que existen síntomas que son inespecíficos o incardinables en distintas patologías, por tener una clínica similar, y que las pruebas pueden arrojar resultados carentes de certeza, de modo que el juicio diagnóstico no siempre es infalible. De ahí que lo que se exija al profesional sanitario sea la

adopción de todos los medios al alcance del servicio para procurar la curación o la mejora de la salud.

5. Asimismo, y para finalizar, tampoco se ha acreditado una actitud negligente en el tiempo de respuesta dada por el 112 al enviar a los servicios médicos para asistir al hermano de los reclamantes en el momento de sufrir el infarto pues, tal como se desprende de la documental obrante en el expediente, además de haber una confusión en la dirección aportada que requirió de los servicios médicos del municipio de Moya (por cercanía) en vez de los de Santa María de Guía inicialmente movilizados, también se advierte que el lugar donde se encontraba el paciente, el cual no constituía su domicilio en contra de lo manifestado en la reclamación, se encontraba bastante alejado lo que necesariamente implica una mayor tardanza para recibir la respuesta sanitaria.

De todo lo anterior se desprende que los reclamantes no solo no han demostrado la existencia de mala *praxis* de la que derivara el *éxitus* de su hermano, si no que del expediente se desprende que fue atendido en todo momento acorde a la *lex artis* durante las veces que recibió asistencia del SCS, realizándole las pruebas diagnósticas que se precisaban en cada momento y el tratamiento acorde con los resultados de esas pruebas. Nunca hubo evidencia alguna que indicara activar «Código de Infarto».

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis ad hoc* supone la ruptura del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, se considera conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.