



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 3 / 2 0 2 3

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de junio de 2023.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 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 y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 229/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen 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. El reclamante solicita una indemnización de 20.000 €. 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 adelante, LCCC], 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. 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.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Por su parte, la resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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.

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

4.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en adelante, LRJSP-].

Asimismo, el reclamante actúa mediante la representación de su abogada; constando debidamente acreditado en el expediente el poder de actuación de aquella [art. 5 LPACAP].

4.2. 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.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1 LPACAP]. Extremo este que no es cuestionado por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, 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].

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la LPACAP y la LRJSP -citadas anteriormente-; 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.

II

1. El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizado 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 en la Atención Primaria.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO.- que en fecha 1 de mayo de 2020 comienza a sentir molestias (...) insta consulta por dolor abdominal y vómitos (C.S. de Tacoronte). Se pauta medicación, pero no encontrando mejoría alguna se solicita visita nuevamente el día 3 de mayo de 2020 por urgencias (C.S. Tacoronte) por motivo de “hace 5 días tuvo dolor en el pecho y vomito todo. Hoy viene por dolor duro en el pecho hace 1 hora y media. Le pasa todos los días hacia las 6 o 7 de la tarde”. Con diagnóstico de “nerviosismo y dolor de la pared anterior del tórax”. Ya en ese primer ECK se muestran anomalías, administrándole únicamente diazepam, insistiendo en el diagnóstico de que se trata de un episodio de nerviosismo.

Nuevamente, al no encontrar mejoría llama al día siguiente, esto es, el día 4 de mayo de 2020 a urgencias, en esta ocasión del Centro de Salud San Juan-Los Perales, cuya doctora de guardia solicita informe a cardiología. Acudiendo de nuevo a las dependencias de urgencias del Centro de Salud de Tacoronte. En ese instante cuando el cardiólogo, tras el transcurso de días de la dolencia, estima que ha habido “cambios evolutivos en la en las ondas T”, todo ello en base a los EKG realizados ese día. Siendo dado nuevamente de alta a pesar de que su estado no mejoraba.

En este sentido, desde los servicios de urgencias de los centros de Salud de Tacoronte insistían en que el único mal que padecía era un episodio de ansiedad. (...).

En esta situación y al no mejorar su situación y ante el evidente malestar y temor por el empeoramiento que estaba padeciendo desde el día 1 de mayo de 2021 (sic) en su estado de salud, su hija toma la decisión de llevarlo de inmediato al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias. Es en ese mismo instante cuando le trasladan la complicada

situación médica que padecía (...), recogiendo lo siguiente en cuanto a la evolución y comentarios:

“Paciente que ingresa con síndrome isquémico coronario agudo con elevación del segmento ST, procediéndose a inicio de tratamiento específico y a la realización de arteriografía coronaria de urgencias. A la vista de los hallazgos objetivados, se trató con ACTP primaria e implante de stent farmacoactivo en descendente anterior media con buen resultado agiográfico (sic).

Tras informar al paciente es incluido en el estudio LEVOCEST (ensayo clínico aleatorizado de infusión de levosimendán vs placebo en las primeras 24 horas postangioplastia primaria en el seno de un IAMCEST). El paciente acepta participar en el programa de rehabilitación cardíaca.

Evoluciona en la fase aguda con molestias torácicas de pericarditis del infarto y durante su ingreso se titula la medicación por la disfunción ventricular izquierda.

Posteriormente se completa tratamiento intervencionista sobre el resto de lesiones coronarias que tenía con AVTP e implante stent farmacoactivo en ostium de descendente posterior y ACTP e implante directo de stent farmacoactivo en coronaria derecha distal.

Actualmente estable, se procede a su alta para seguimiento ambulatorio”

En cuanto al diagnóstico principal, se recoge:

- “- Cardiopatía coronaria con lesiones de dos vasos.*
- Síndrome isquémico coronario agudo con elevación del segmento ST anteroseptal.*
- Disfunción ventricular izquierda severa-moderada.”*

En cuanto a los procedimientos que se le realizan:

- “- ACTP primaria e implante de stent farmacoactivo en descendente anterior media.*
- ACTP e implante de stent farmacoactivo e ostium de descendente posterior.*
- ACTP e implante directo de stent farmacoactivo en coronaria derecha distal.”*

Es de destacar que la intervención se procede de urgencias puesto que la situación médica era muy extrema, peligrando su vida. (...).

Con posterioridad ha proseguido en seguimiento de las lesiones y secuelas sufridas por el servicio de cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, siendo dado de alta del episodio el día 5 de abril de 2021».

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

« (...) De los anteriores hechos expuestos, resulta evidente la inequívoca relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración Pública, por lo que procede el resarcimiento de los daños y perjuicios causados, conforme determina la Ley.

En este sentido, los doctores que intervinieron en el incorrecto diagnóstico son, por orden temporal:

- (...) Tacoronte, C.S.

- (...). Tacoronte, C.S.

- (...) Tacoronte, C.S. Este profesional concretamente negó la posibilidad de que fuese una ambulancia la que trasladara al enfermo a las urgencias del Hospital Universitario. Es por este motivo, por el que recogen toda la documentación los familiares de (...) para poder trasladarlo de manera personal la propia hija al Hospital, encontrándose, primero en una silla y posteriormente en el propio vehículo a la espera de ser atendido. (...) .

Entendemos por tanto, que estos profesionales médicos no actuaron con la debida diligencia, traduciéndose en una mala praxis, al no saber diagnosticar el síndrome isquémico coronario agudo con elevación del segmento ST. Debiendo destacar que dicho padecimiento podía haber llevado al fallecimiento de (...) si su hija no hubiese decidido ir desde el centro de salud de Tacoronte donde se encontraban de urgencias ante el estado crítico de su padre, hasta las urgencias del Hospital Universitario. Insistimos, dónde fue intervenido inmediatamente por el padecimiento coronario que estaba sufriendo».

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, el reclamante insta el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio Canario de Salud; cuantificando la indemnización en un importe total de 20.000 €.

III

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

1.- Mediante escrito con registro de entrada de 10 de mayo de 2021, (...), en nombre y representación de (...), promueve 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

dispensada en los Centros de Salud a los que acudió [Centros de Salud de Tacoronte y San Juan-Los Perales].

2.- Con fecha 12 de mayo de 2021 se acuerda requerir al interesado a fin de que subsane y/o mejore la reclamación formulada; trámite que es debidamente cumplimentado por la representante del perjudicado con fecha 26 de mayo de 2021.

3.- A la vista de los hechos referidos por el interesado, y una vez subsanado el escrito de reclamación inicial, éste fue admitido a trámite mediante Resolución de 27 de mayo de 2021, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud [P.D. Resolución de 23 de diciembre de 2014, B.O.C. n.º 4, de 8 de enero], 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 a la representante del interesado.

4.- Con fecha 28 de mayo de 2021 se cursa la correspondiente petición de informe al SIP, que es evacuado el día 4 de agosto de 2022.

Asimismo, consta en el expediente la evacuación de informe por parte del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias de 28 de octubre de 2022.

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

El acuerdo probatorio consta debidamente notificado a la representante del perjudicado.

6.- Con fecha 3 de octubre de 2022 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia. Resolución que figura convenientemente notificada a la representante del interesado.

7.- Con fecha 13 de octubre de 2022 la representante del perjudicado formula escrito de alegaciones, solicitando la estimación de su pretensión resarcitoria.

8.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en el Antecedente de Hecho quinto de la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

9.- Con fecha 11 de noviembre 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 (...), en representación de (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública»*.

10.- Mediante oficio de 14 de noviembre de 2022 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 16 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

11.- Con fecha 19 de diciembre de 2022 el Consejo Consultivo de Canarias emite Dictamen 498/2022 en el que se establece la necesidad de retrotraer las actuaciones a los fines indicados en su Fundamento Jurídico IV:

« (...) a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia; lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe preceptivo del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable ex art. 81.1 de la LPACAP. Elemento de juicio que, necesariamente, debiera haber sido evacuado y, posteriormente, valorado por el órgano instructor a la hora de formar su convicción respecto al fondo del asunto planteado.

Esta circunstancia obstativa queda perfectamente reflejada en el oficio evacuado por la Inspectora médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 16 de agosto de 2022, en el

que hace constar lo siguiente: “ (...) por parte de este Servicio de Inspección y Prestaciones, se ha solicitado en las fechas 02.06.21, 07.12.21 y 10.02.22 a la Gerencia de Atención primaria de Tenerife: “Informe de los médicos que atendieron al reclamante entre el 1 y el 5 de mayo de 2020 que responda a los términos de la reclamación”, sin obtener respuesta (...) ” -folio 379-. Habiéndose advertido -a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife- que el citado informe no puede limitarse a “ (...) reproducir el contenido ya obrante en la historia clínica, sino que debe referirse a las circunstancias en que presuntamente se produce la lesión indemnizable” -folios 380 a 382-.

Omisión del informe preceptivo ex art. 81 de la LPACAP que es, igualmente, puesto de manifiesto por el órgano instructor en el folio 383 del expediente.

Así pues, centrándose la reclamación formulada por el interesado en la deficiente prestación del servicio sanitario por parte de los profesionales de la Atención Primaria que lo atendieron en los Centros de Salud de Tacoronte y San Juan-Los Perales, resulta ineluctable la evacuación de informe por parte de tales facultativos -tal y como reconoce el SIP y el propio órgano instructor-.

2. En consecuencia, la constatación de dicha deficiencia procedimental impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones a los efectos de que, por parte del órgano instructor, se proceda a tramitar en debida forma el correspondiente procedimiento administrativo, con estricta observancia de las garantías y trámites esenciales del procedimiento legalmente establecido; en concreto, la evacuación del informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la producción del resultado lesivo (art. 81.1 de la LPACAP). Una vez consten emitidos los citados informes por parte de los profesionales médicos que atendieron al Sr. (...) en los diversos Centros de Salud integrados en el sistema sanitario público y que se dé traslado igualmente al SIP a los efectos de que se pronuncien sobre los mismos, deberá concederse un nuevo trámite de vista y audiencia al interesado.

Cumplimentados los trámites anteriores, se formulará nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) de la LCCC en relación con el art. 81.2 de la LPACAP».

12.- Con fecha 22 de diciembre de 2022 se acuerda requerir a la Gerencia de Atención Primaria la evacuación de informe por parte de los profesionales médicos

que atendieron al Sr. (...) en los Centros de Salud de Tacoronte y San Juan-Los Perales.

13.- Con fecha 29 de diciembre de 2022 se emite informe por parte de (...), médico del Centro de Salud de Tacoronte que atendió al interesado. Respecto a los otros dos profesionales, se señala por la Gerencia de Atención Primaria que una de ellas no presta servicio ya en esa Gerencia y que el otro facultativo se encuentra en situación de incapacidad permanente.

14.- Con fecha 23 de enero de 2023 se solicita al SIP la emisión de informe complementario, que es evacuado el día 26 de ese mismo mes y año -reiterándose en lo ya informado con anterioridad: *«No se aporta circunstancia que modifique el sentido del informe previo de este Servicio»*-.

15.- Con fecha 27 de enero de 2023 se acuerda dar traslado al reclamante de los nuevos documentos aportados a las actuaciones, otorgándole un plazo de diez días hábiles para formular, en su caso, las alegaciones que estimase convenientes.

Este trámite consta debidamente notificado a la representante del interesado.

16.- Con fecha 12 de febrero de 2023 la representante del Sr. (...) presenta escrito de alegaciones, reiterando, en los mismos términos, la pretensión resarcitoria planteada inicialmente.

17.- Con fecha 13 de febrero de 2023 se interesa la emisión de informe por parte del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias. Informe que es evacuado el día 21 de marzo de 2023.

18.- Con fecha 29 de marzo de 2023 se requiere, nuevamente, la emisión de informe por parte del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias. Este informe es confeccionado el día 31 de marzo de 2023.

19.- Con fecha 13 de abril de 2023 se da traslado de lo informado por el Servicio de Cardiología del HUC a la representante del interesado, confiriéndole un plazo de diez días hábiles para formular alegaciones.

20.- Transcurrido el plazo legalmente otorgado a tal efecto, no consta la presentación de alegaciones por parte del reclamante.

21.- Con fecha 8 de mayo de 2023 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 (...), en representación de (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública».

22.- Mediante oficio de 9 de mayo de 2023 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por el interesado, 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. Antes de entrar a analizar el concreto supuesto que nos ocupa, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

2.1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo [entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre], *«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”.*

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de 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».

2.2. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«Lex artis ad hoc»*.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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, mas 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»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

2.3. 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 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)».

Tal 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)”».

2.4. Por otro lado, la Sentencia n.º 60/2017, de 3 de abril de 2017, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -Rec.64/2016- recuerda que « (...) esta Sala acoge pacíficamente la doctrina de la improcedencia de reproches asistenciales que se fundan en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado luego conocido -carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer gástrico- incurriendo así en la prohibición de regreso, 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 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 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 idéntico sentido se pronuncia la Sentencia n.º 176/2021, de 3 de junio de 2021, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias con sede en Santa Cruz de Tenerife -Rec.185/2020-.

Por otro lado, y como quedó indicado en nuestro Dictamen 432/2022, de 10 de noviembre [con cita del anterior Dictamen 157/2022, de 26 de abril y de la Sentencia de la Sala Tercera, Sección 4.ª, del Tribunal Supremo, 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”».

3. 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». Todo lo contrario, que la actuación fue correcta puesto que se dio respuesta adecuada en cada momento a los síntomas que iba presentando el interesado. 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.

Al respecto, y si bien se observan divergencias en fechas -fundamentalmente en los años, tanto en la reclamación (por la interesada se señala como fecha en que se acude al Servicio de Urgencias del HUC, el día 1 de mayo de 2021) como en diferentes documentos médicos (el facultativo del Centro de Salud de Tacoronte se refiere a que fue atendido en mayo de 2022) o en el propio informe del SIP (en que se menciona que se atendió a interconsulta virtual el 04.05.18), incluso en la propia PR- lo cierto es que se desprende del expediente que entre los días 1 y 4 de mayo de 2020 el interesado fue atendido en varias ocasiones en dos Centros de Salud de Atención Primaria.

Por lo que se refiere al día 4 de mayo de 2020, de los informes que han sido evacuados, resulta que fue asistido en el Centro de Salud de San Juan Perales y que el doctor (...) solicitó interconsulta virtual con el Servicio de Cardiología del HUC, que fue realizada por el Dr. (...), médico especialista en Cardiología, quien además de pautar la medicación oportuna, citó para esa misma semana al paciente en el CAE de La Laguna.

Ese mismo día, al parecer, el paciente fue atendido por el doctor (...), del Centro de Salud de Tacoronte, según consta en el propio informe emitido por dicho facultativo, que tras realizarle examen físico y dejarlo en observación le dio el alta por mejoría pero derivó al paciente al Servicio de Urgencias del HUC, donde fue trasladado por su hija, llegando al mismo ese mismo día -según informe de dicho Servicio- sobre las 22:30 horas en el que se le realizaron varias pruebas diagnósticas y posteriormente, ingresado al día siguiente.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar -con remisión a los diversos informes evacuados durante la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial [art. 88.6 LPACAP]- cuanto se expone a continuación -folios 474 y 475-:

«1.- La respuesta virtual del cardiólogo del HUC a las 13:18 h del 04.05.18, conocidos los antecedentes y valorados los EKG previos, determina que ha presentado cambios evolutivos de onda T y, sin objetivar urgencias, procede a citar al paciente para el día 8 de mayo a fin de efectuar estudio. Ello permite afirmar que en ese momento no existía infarto agudo de miocardio.

2.- Las manifestaciones clínicas y EKG en las ocasiones que acude al Centro de Salud, no determinaban la existencia de síndrome coronario agudo. Esto es, pudiera tratarse de una obstrucción aguda de una arteria coronaria, sin infarto de miocardio. Por ello, las alteraciones evolutivas en la onda T una vez fueron objeto de valoración a cargo de facultativo especialista en cardiología el 04.05.18 aconsejaron entonces una valoración precoz a fin de definir el diagnóstico y manejo terapéutico para este paciente.

El Coronur® indicado pertenece al grupo de medicamentos conocidos como nitratos que poseen propiedades vasodilatadoras de las arterias coronarias del corazón. Este medicamento está indicado para el tratamiento y la prevención de la angina de pecho.

La consulta virtual es una vía de comunicación directa entre médicos de ambos niveles asistenciales- Atención Primaria y Atención Especializada- que agiliza la asistencia sanitaria y reduce los tiempos de espera. Se trata de una herramienta de comunicación que también permite mejorar el circuito de los pacientes preferentes que pueden ser diferidos para ser

valorados sin que sea preciso que el paciente se traslade al HUC o al Centro Atención Especializada (CAE) para esa valoración. Los médicos de Atención Primaria generan una cita virtual con el especialista, quien tiene acceso a la historia clínica del paciente y valora el caso.

La respuesta del cardiólogo indica que no existía en ese momento afectación cardíaca urgente.

3.- Una vez acude al Servicio de urgencias del HUC alrededor de las 22:30 del 4 de mayo sí alcanza el diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación de ST. El tiempo de evolución de la patología aguda permitió tratamiento de reperusión inmediato en los tiempos adecuados. Esto es, se aplicó procedimiento de reperusión miocárdica precoz mediante intervencionismo coronario percutáneo (técnica realizada dentro de las primeras doce horas de evolución del SICACEST). Más allá de este tiempo de evolución no estaría indicada la terapia de reperusión urgente.

La evolución fue satisfactoria, sin secuelas relacionadas con un supuesto retraso diagnóstico, sin disfunción ventricular».

Por lo demás, y como informa el Servicio de Cardiología del HUC -folios 461 y ss.-, «el Dr. (...), médico especialista en Cardiología de este hospital contestó dicha interconsulta ese mismo día [4 de mayo de 2020], a las 13:18 horas, dándole unas pautas farmacológicas (indicándole que inicie una nueva medicación), dándole cita en el CAE de La Laguna esa misma semana, concretamente el día 8 de mayo a las 10:05 horas y una pauta sobre cómo debía actuar el paciente en caso de encontrarse nuevamente con los síntomas que provocan la interconsulta”.

Dada la reiteración de síntomas, y siguiendo la pauta marcada por el Servicio de Cardiología del HUC, “desde el Centro de Salud de Tacoronte en la asistencia prestada alrededor de las 21:00 h es remitido al Servicio de Urgencias del HUC”» -folio 82-.

4. Los argumentos esgrimidos para desestimar la pretensión resarcitoria ejercitada por el Sr. (...) resultan congruentes con la doctrina jurisprudencial y consultiva establecida en asuntos sustancialmente idénticos al ahora analizado.

Así pues, a la vista de las circunstancias concurrentes en el presente supuesto, no se aprecia la existencia de mala praxis por parte de los profesionales del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente. En este sentido, no se constata error de diagnóstico, pruebas insuficientes, demoras injustificadas, desatención o pérdida de oportunidad. Antes al contrario: los servicios sanitarios públicos actuaron con la diligencia debida, atendiendo en cada momento a los signos clínicos y síntomas que presentaba el paciente, como se ha señalado anteriormente.

A este respecto cabe recordar que 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 fundadas; sino la puesta a disposición del paciente de los medios -humanos y materiales- a su alcance que resulten exigibles para garantizar una correcta atención médica. Lo que consta debidamente acreditado en el caso de (...)

A lo anteriormente expuesto se une que el reclamante no ha aportado medio de prueba alguno con virtualidad suficiente para sostener la pretensión resarcitoria que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC], lo que nos conduce, inevitablemente, a declarar la inexistencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública Sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.