Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 0 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de junio de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 y representación de (...), por el fallecimiento de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 321/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La cuantía indemnizatoria total excede de 6.000 euros (se reclama 232.367,96 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación además de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la heredera de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], actuando mediante representante debidamente acreditada (art. 5 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 propio", 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 la reclamante, esposa del fallecido, posee 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.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues la reclamación se presentó el día 29 de julio de 2020, habiéndose producido el hecho lesivo el día 10 de enero de 2020.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

8. Por último, es necesario precisar que en relación con el presente asunto este Consejo Consultivo ha emitido ya dos Dictámenes (Dictámenes 293/2023, de 29 de

junio y 14/2024, de 11 de enero), sin que en ninguno de los mismos se haya entrado en el fondo de la cuestión planteada por las razones que se expondrán posteriormente.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo manifestado en los dos Dictámenes anteriormente emitidos en relación con el presente asunto (DDCC 293/2023 y 14/2024), en los que consta lo siguiente:

«PRIMERO.- Mi representada se hallaba casada en matrimonio con el señor (...) en la ciudad de (…).

(...)

TERCERO.- Con fecha 8 de enero de 2020, por la noche, (...) empieza a sufrir una tos repentina sin pausa, sintiendo malestar a nivel pectoral por esta situación. Con el pasar de las horas y viendo que no sentía mejoría alguna, en la madrugada del 9 de enero de 2020 es trasladado por sus familiares al servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria por lo que parece ser una insuficiencia cardíaca, ya que se aqueja de dificultad respiratoria.

El señor (...) pasa a ser evaluado por el médico de urgencias, ya que ha padecido varios infartos en diversas ocasiones, así como ha sido sometido a una operación de colocación de cuatro By-Pass en el año 2000, encontrándose en tratamiento con el médico de cabecera asignado y recibiendo el tratamiento y el sometimiento a los controles médicos periódicos indicados.

Esta intervención, consistente en cuatro By-Pass, le fue realizada el día 1O de enero del 2000 por el Dr. (...) y el Dr. (...) (Pertenecientes al grupo del Dr. (...)).

Se adjunta como DOCUMENTO nº 3 Informe de la doctora (...), especialista en Nefrología, siendo dicho informe de fecha 02/08/2019 en el cual se hace constar que el señor (...) padece una enfermedad renal de carácter crónico estado IIIA.

Como DOCUMENTO nº 4, adjuntamos Informe Clínico de Urgencias del Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria de fecha 22 de diciembre de 2019 donde se indica el motivo de la consulta y la situación delicada que padece en la descripción de su historia clínica. Se señalan como antecedentes la existencia de varios IAM en (…) y la referencia a infartos silentes, así como también la colocación de Bypass coronario.

CUARTO.- Como se ha mencionado en el apartado anterior, en fecha 9 de enero de 2020, el Sr. (...) es trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Candelaria en torno a las 05:15-05:30 horas al sufrir fatiga y no encontrarse bien.

Una vez ingresa en dicho Servicio, se procede a la revisión y auscultación, así como también la realización de una analítica y un electro teniendo en cuenta sus antecedentes médicos. Para llevar a cabo lo anterior, le indican a su hijo, el señor (...), que debe retirarse de la zona de urgencias donde se encuentra su padre para ir a esperar en la sala de espera. Debido a las políticas del hospital sin tener en cuenta la situación de vulnerabilidad del señor (...).

El señor (...) siguiendo las indicaciones de los sanitarios se retira del lugar y se ubica en la sala de espera, estando allí después de un largo tiempo sin noticias, pide información sobre el estado de salud de su padre sin obtener respuesta y siendo en varias ocasiones respuestas sin resolución alguna a su angustia y preocupación. De igual forma se solicita el permiso de acompañante el cual le fue denegado en dos ocasiones sin valorar que el paciente sufría una discapacidad y sus respuestas a esta solicitud fueron que "él paciente se podía valer por sí solo"; Por todo lo acaecido el señor (...) solo puede volver al lado de su padre en el momento que llega el horario de visita cuando ya eran las 12:30 horas del día, Momento en el cual ni el señor (...) ni el hijo (...) han obtenido ningún tipo de información sobre el actual estado de salud del paciente.

Una vez puede reencontrarse con su padre, el señor (...), le informa a su hijo que aún seguía esperando al cardiólogo que revisara su electro, Cuando por fin es atendido por el cardiólogo el cual tras realizarle una prueba al paciente sobre las 16.00 hrs. aproximadamente y revisando su electro, valora que por su parte se proceda a dar el alta, a pesar de la tos y la fatiga con la que todavía se encontraba.

Con posterioridad, se le administra oxígeno (durante, al menos, el tiempo que permanece el hijo del señor (…) junto a su padre), ya que se encuentra pendiente la valoración por parte del especialista de Nefrología, en lo que respecta al estado de sus riñones y sería el quien determinara su alta definitiva y regreso a su domicilio.

El Sr. (...) abandona el centro para tomar algo de almuerzo en un lugar cercano al centro sanitario indicado, regresando en el horario de visitas del turno de tarde. Cuando accede al interior del mismo puede apreciar cómo su padre camina por un pasillo tras su regreso de los servicios WC.

Ese mismo día por la tarde, el paciente se recuesta en la cama del pasillo de urgencias, donde se le administra oxígeno, toma su cena, resultando que el nivel de Glucosa (azúcar) se encontraba en unos niveles elevados.

Se le aplica la medicación correspondiente para disminuir el nivel de la diabetes.

Se informa al señor (...), que el nefrólogo ya no pasará en el tarde-noche tal y como le habían indicado, sino el día siguiente. El hijo abandona el Hospital según indicaciones de su

padre, ya que es necesario esperar al día siguiente para recabar la valoración del nefrólogo, tal y como se les había indicado.

Tras dejar notificados los números de teléfono tanto de la esposa del paciente ((...)) como el de su hijo, éste abandona el centro hospitalario para descansar y regresar al día siguiente.

QUINTO.- Al día siguiente, el 10 de enero de 2020, acude al Hospital en compañía de su madre, sobre las 9.45hs y solicitando información de su padre puesto que aún no era el horario de visitas, se les notifica que debían esperar un momento que el médico de urgencias debía hablar con ellos.

El profesional médico le indica que el señor (...) sufrió una parada cardíaca sobre las 08:00 horas de ese día (la cual, tras reanimarlo, pudo superar). Sin embargo, con posterioridad sufrió otra la cual no superó, produciéndose su lamentable fallecimiento.

En este sentido, por parte de los familiares del señor (...), no logran comprender el motivo de no habérseles informado del agravamiento de (...), ya que tuvo una segunda parada, la cual no superó tras haber sufrido una previamente. Y ello porque su familia ha estado siempre y en todo momento pendiente de la situación del fallecido ya que dispone de pleno conocimiento sobre el padecimiento que sufría el mismo y seguían todas las indicaciones médicas sugeridas por los profesionales que controlaban al paciente.

Según les informó el médico que lo asistió, tras el primer paro cardíaco que sufrió el señor (...), lo intentaron en subir a una unidad especializada (habida cuenta la situación en la que se hallaba el mismo), pero no pudieron llevarlo a cabo sin aportar ninguna explicación, mínimamente lógico».

2. Asimismo, en dicho escrito se alega, acerca de los motivos en los que se fundamenta la reclamación, que:

«SEXTO.- En primer lugar, y en relación con los hechos anteriormente descritos, es necesario indicar que cuando el Sr. (...) sufre la primera parada cardíaca, los mismos sus familiares no fueron avisados para informarles de los cambios actuales e inminentes en la evolución del estado de salud del paciente, ya que se había agravado su situación, y máxime teniendo presente los antecedentes clínicos previos de que ya disponía el mismo, así como la situación tan delicada al tratarse de un órgano vital.

Además de lo anterior, se hace necesario indicar que el paciente no fue trasladado, en ningún momento, a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o cualquier otra área adecuada a este tipo de situaciones, así como tampoco se le colocó ningún tipo de monitor u otro aparato mecánico para el control de los latidos de su corazón, así como otras medidas pertinentes. Únicamente, se le suministró oxígeno durante todo el tiempo que permaneció en el pasillo del Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Candelaria.

(...)

Entienden los familiares del fallecido que el mismo no ha recibido la asistencia médica necesaria, específica y precisa para el estado tan delicado en que se encontraba el paciente, siendo que permaneció en un pasillo del servicio de Urgencias durante todo el tiempo que duró su estancia en el centro sanitario. Por ello, mi mandante y sus familiares entienden que se ha producido una negligencia médica en la asistencia recibida por el señor (...), ya fallecido, y ello consecuencia de un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios del Hospital Nuestra Señora de Candelaria donde ingresó el paciente.

NOVENO.- Los familiares demandan que se les explique razonada y motivadamente de por qué tanta desatención y falta de información, ya que se trataba de un paciente al que se puede calificar de punto amarillo, al que dejaron en un pasillo de urgencias de un Hospital sin colocarlo en un box, así como tampoco cabe explicarse por qué en la prueba consistente en el Electro realizado se señala que se le realiza al paciente el día 8 de enero de 2020, cuando la fecha de ingreso fue el día 9 de enero de 2020, en horas de la madrugada».

3. En el presente asunto, para una correcta determinación de los antecedentes de hecho se debe incluir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), de fecha 21 de abril de 2023, en el que se señala que:

«A.- Se trata de hombre con fecha de nacimiento 27.02.47, con antecedentes de: Diabetes mellitus II insulinodependiente. Bypass coronario, hipertensión arterial. Insuficiencia renal crónica. Insuficiencia venosa crónica. Gota.

B.- En la fecha 9 de enero de 2020, 05.17 h acude al Servicio de Urgencias del HUNSC por presentar dificultad respiratoria y tos. Conocidos sus antecedentes, a la exploración:

TA 122/75 mmHg; FC 90 lpm; Tª 36,4ºC; SatO2 basal 96%. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo. Abdomen: globuloso, blando, depresible y no doloroso a la palpación profunda ni superficial. No se palpan masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. Miembros inferiores: edemas sin fóvea. Diagnóstico de Sospecha: Infección de vías respiratorias altas.

-Se practica analítica.

-Radiografía de tórax con cardiomegalia y ligera congestión de hilios. Dudoso infiltrado basal izquierdo.

-EKG: Ritmo sinusal a 80 lpm, Bloqueo de rama derecha, cicatriz infero-lateral.

-Gasometría.

El paciente se encuentra en la sala (CP) de reanimación cardiopulmonar.

Se añade pauta de aerosolterapia a la medicación habitual del paciente. Nebulizaciones con mascarilla que recibe a las: 12:00 h, 18:00 h, 24:00 h, 05:00 h .

C.-Se cursó interconsulta a Nefrología y Cardiología.

**Por Nefrología se registra su valoración a las 14:18 h: Juicio diagnóstico: Infección de vías respiratorias altas. Insuficiencia cardíaca (IC) incipiente en contexto de infección respiratoria. Enfermedad renal crónica (ERC) reagudizada en contexto de IC además del proceso infeccioso, Hiperkaliemia leve (Espironolactona). Ajusta tratamiento y añade antibioterapia empírica con Levofloxacino iv.*

***Por Cardiología, 16:08 h se registra: Se practica Ecocardiograma transtorácico que muestra: Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con hipertrofia moderada; amplia cicatriz inferior inferolateral y de segmentos apicales. Disfunción sistólica severa. IM ligera-moderada con restricción de velo posterior. Ventrículo derecho impresiona de aceptable función contráctil.*

Juicio diagnóstico: Insuficiencia cardíaca crónica reagudizada, cardiopatía isquémica crónica revascularizada. Miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción severa. ERC agudizada. Se ajusta medicación.

D.- Por mal control glucémico en horas de la tarde se inicia perfusión de insulina y se cursa interconsulta a Endocrinología que se efectuaría al día siguiente.

E.- Encontrándose inicialmente en CP fue trasladado a otra área de urgencias, la evolución permanece estable y a las 02:00 h ya del día 10.01.20 se suspende la perfusión de insulina por mejoría en cifras de glucemia.

Consta registrado por enfermería: " (...) Sobre las 07:30 h se extrae analítica pautada y el paciente se empieza a encontrar mal con dificultad respiratoria y se traslada a CP (...) "

Esto es, el paciente estaba estable, había sido trasladado desde la sala de reanimación y alrededor de las 07:30 horas por agravamiento es trasladado nuevamente a sala CP.

Es en dicha sala cuando inician tratamiento con adrenalina a las 07.56 h, antiarrítmicos (amiodarona), hasta las 08:37 h.

08:47 se pide TAC cerebral por PCR intrahospitalaria recuperada. Al recuperar ritmo destaca anisocoria con midriasis izquierda arreactiva. No llega a realizarse ya que cuatro minutos después, a las 08:51 h nueva PCR de la que no se recupera a pesar de las medidas adoptadas: Adrenalina, Midazolam, Morfina (08:53h). Exitus a las 09:30 h.».

III

1. En cuanto a la tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, ha sido el siguiente, tal y como se expone en los Dictámenes referidos:

«1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 29 de julio de 2020.

El día 11 de agosto de 2020, se dictó la Resolución n.º 1.552/2020 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por la representante de la interesada.

2. El presente procedimiento cuenta con el referido informe del SIP, en el que únicamente se señala sobre de la cuestión de fondo, lo siguiente:

«1.- El acompañamiento permanente en el Servicio de Urgencias se contempla en situaciones de: Menores de 18 años. Mayores de 80 años. Pacientes desorientados, agitados, impedidos. Por orden facultativa.

En este caso se trataba de paciente de 72 años, que no cumplía los requisitos expuestos.

2.- La atención prestada en el Servicio de Urgencias, valoración, pruebas complementarias, medios, tratamiento e interconsultas con especialistas se estima adecuada.

3.- La situación de agravamiento se produce sobre las 07:30 h del día 10 de enero de 2020. Inmediatamente es trasladado a la sala de reanimación, se aplican medidas oportunas para revertir la parada cardiorrespiratoria (PCR) lo que se logra. Sin embargo vuelve a presentar episodio de PCR que resultó irreversible.

4.- La información en casos de urgencia vital se transmitirá de forma preferente y con la mayor brevedad posible, así como los casos de agravamiento que se notificarán lo antes posible.

Por la rapidez de presentación del cuadro y adoptando cuántas medidas fueron necesarias ante la emergencia surgida pudiera resultar insatisfactoria la información a familiares si bien no se demuestra que haya podido ser facilitada con anterioridad.

5.- Se emite informe desfavorable».

3. Además, obra en el expediente remitido a este Organismo el informe del Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), de 8 de septiembre de 2020, en el que se afirma que:

«(...) ingresó a las 05:17 horas del día 9 de enero de 2020 con un cuadro clínico de Insuficiencia Cardíaca. Inicialmente fue valorado y tratado en la Sala de reanimación Cardiopulmonar por el Médico de Urgencias que con el resultado de las pruebas complementarias consultó con el Servicio de Nefrología. Estos reajustaron tratamiento y aconsejaron interconsulta al Servicio de Cardiología que reajustaron tratamiento y citaron para consulta y pruebas complementarias con carácter ambulatorio. Como el paciente presentaba un mal control glucémico se decidió mantenerlo en Urgencias con tratamiento.

A las 07:30 horas del día 10 de enero el paciente empieza con disnea por lo que se traslada de nuevo a la Sala de Reanimación donde sufre una PCR de la que se recupera con

maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Se avisa a Medicina Intensiva que decide el ingreso del paciente en su Unidad, pero presenta una nueva PCR de la que no se recupera.

En relación con la ubicación del paciente le informo que cuando presentó inestabilidad se le atendió siempre en la Sala de Reanimación Cardiopulmonar.

Respecto a la información consta que el hijo del paciente fue informado el día 9 de enero a las 08:52 por 1 Médico de Urgencias, a las 09: 49 horas por el especialista en Nefrología y a las 13:57 hora por el Cardiólogo».

4. Así mismo, se acordó la apertura del periodo probatorio, admitiéndose las pruebas documentales, pero no el testimonio de la interesada y su hijo, que se consideró innecesario porque ya constan detallados en su reclamación inicial.

Además de todo ello, a la interesada se les otorgó el trámite de audiencia, no formulando alegación alguna.

5. Tras todo ello, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva el día 26 de mayo de 2023 y se prescinde del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, alegándose en dicha PR que «La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

En este caso, no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que es de aplicación, lo dispuesto, entre otros, en su informe AJS 123/17-C (ERP 46/15), que concluye: "A la vista de la documentación obrante en el expediente, se considera ajustada a derecho la desestimación de la reclamación al no concurrir los presupuestos exigidos para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración pública, en este caso del Servicio Canario de Salud, toda vez que no existe evidencia de la antijuridicidad del daño por el que se reclama, por lo que no es preciso la petición de nuevo informe al respecto (...) La conclusión a la que llega el Servicio de Inspección tras el estudio de toda la documentación médica de la paciente y del informe del servicio de las especialidades descritas, se comparten por estos Servicios Jurídicos, al considerar que ni los daños ni las secuelas devienen de una infracción de la lex artis"» ».

2. Posteriormente, dicha Propuesta de Resolución fue objeto del Dictamen 293/2023, de 29 de junio, por el que se solicitó la retroacción de las actuaciones con la siguiente finalidad:

«Sin embargo, ni el informe del SIP, ni, especialmente, el informe del Servicio, contestan de forma pormenorizada y razonada a la grave acusación que lleva a cabo la interesada, pues se limitan a manifestar, exclusivamente, que la actuación médica ha sido adecuada.

Por tal motivo, es preciso que se emita un informe complementario del Servicio por el que se dé una adecuada y razonada respuesta a lo manifestado por la interesada.

Pero, además, es preciso un informe de especialista en la materia, distinto a los actuantes, que se pronuncie acerca de si correspondía en atención de los síntomas y graves patologías previas del interesado, haberle ingresado desde un primer momento en la UCI, haciéndole un exhaustivo seguimiento de su estado cardíaco y, finalmente, acerca de si el fallecimiento del afectado era evitable con una actuación sanitaria distinta a la prestada en el HUNSC».

Pues bien, tras ello uno de los servicios actuantes (Coordinador del Servicio de Urgencias del HUNSC) emitió un informe complementario el día 23 de octubre de 2023, lo cual es correcto.

3. Sin embargo, y pese a que el Dictamen emitido con anterioridad es claro y preciso a la hora de requerir un informe de especialista en la materia distinto a los actuantes, lo cual es esencial para garantizar la imparcialidad y objetividad del nuevo informe por el que se conteste a las cuestiones consignadas de forma específica en dicho Dictamen, el SIP de motu proprio sustituye dicho informe solicitado, por un informe del Servicio de Cardiología del HUNSC, actuante en el caso que nos ocupa.

Dicho informe es emitido por el Jefe de Cardiología del HUNSC el día 7 de julio de 2023 (página 198 del expediente), en el que con referencia a una fecha errónea, el día 19 de enero de 2020 - los hechos acontecieron los días 9 y 10 de enero de 2020-, afirma que su Servicio trató al paciente a las 16:00 horas, lo que evidencia, sin lugar a dudas, que estamos ante un escueto informe de uno de los servicios actuantes en los hechos objeto de este procedimiento administrativo, lo que manifiesta per se que no se ha emitido uno de los informes esenciales para para poder entrar en el fondo del asunto, solicitado por este Consejo Consultivo.

4. Después de tales informes se les otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, que no presentó escrito de alegaciones.

Por último, el día 28 de noviembre de 2023 se emitió una nueva Propuesta de Resolución».

3. La Propuesta de Resolución, emitida el día 28 de noviembre de 2023, fue objeto del Dictamen 14/2024, de 11 de enero, ya mencionado, en el que se le manifestó a la Administración que:

«2. Pues bien, por las razones expuestas en el Fundamento anterior, no es posible entrar en el fondo del asunto por haberse omitido uno de los informes esenciales requeridos por este Consejo Consultivo, el informe del especialista en la materia distinto a los actuantes, por el que se ilustre a este Consejo Consultivo sobre las cuestiones planteadas de forma específica.

Por ello se vuelve a requerir la retroacción de las actuaciones para la emisión de un informe de especialista en la materia, distinto a los actuantes, es decir, perteneciente a distinto centro sanitario, que se pronuncie acerca de si correspondía, en atención de los síntomas y graves patologías previas del interesado, haberle ingresado desde un primer momento en la UCI, haciéndole un exhaustivo seguimiento de su estado cardíaco y, finalmente, acerca de si el fallecimiento del afectado era evitable con una actuación sanitaria distinta a la prestada en el HUNSC».

En consecuencia, el día 26 de abril de 2024 se emitió, finalmente, por el Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), el informe requerido por este Consejo Consultivo en dos ocasiones, como ya se manifestó, el cual tiene el contenido solicitado por este Organismo.

4. Posteriormente, se les otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, quienes formularon alegaciones.

5. El día 15 de mayo de 2024 se emitió la Propuesta de resolución definitiva, de sentido desestimatorio.

IV

1. La nueva Propuesta de Resolución también desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor continúa entendiendo que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, con base en los informes obrantes en el expediente.

Así, en relación con la cuestión de fondo se afirma que *«Cabe concluir, a la vista de todo lo expuesto que la actuación del SCS fue ajustada a la lex artis. Existió una correcta coordinación entre los distintos especialistas- Urgencias, Cardiología, Nefrología*

- para intentar dar respuesta a la situación del paciente. No se acredita error de diagnóstico o tratamiento, ni demora injustificada, ni negligencia alguna, siendo el fallecimiento del paciente consecuencia de las patologías que ya presentaba y cuya evolución no pudo ni preverse ni evitarse, de acuerdo con lo informado por los especialistas en la materia.

Al reclamante le corresponde, de entrada, la carga de la prueba de la antijuridicidad de la actuación médica, 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.

(...)

En este caso, la interesada no ha acreditado la existencia de mala praxis, por lo que no puede atribuir a ésta la causa del fallecimiento de (...). Sus antecedentes, y el cuadro clínico

que presentó a su ingreso en el hospital fueron la causa del fallecimiento y no la actuación sanitaria. La ciencia médica no puede asegurar el resultado exitoso o la curación en todos los casos, siéndole únicamente exigible la puesta a disposición del paciente de todos los medios humanos y materiales al alcance y la prestación de una asistencia sanitaria conforme a la lex artis, y esto es lo que ha quedado acreditado en el presente procedimiento».

2. En lo que se refiere a la cuestión de fondo, la misma está referida a la asistencia médica prestada al causante de los interesados durante su estancia en el HUNSC, iniciada el día 9 de enero de 2020 y finalizada, con su fallecimiento, al día siguiente, los cuales la consideran contraria *lex artis* por los motivos expuestos en su reclamación, trascrita con anterioridad.

Sobre esta cuestión de fondo, además, de lo manifestado por el SIP en su informe, se ha de tener en cuenta que en el informe emitido por el especialista en la materia, distinto de los actuantes (Jefe del servicio de cardiología del CHUC), se afirma sobre ello que:

«Se trataba de un paciente de 72 años de edad, el cual había sido sometido a cirugía de bypass-aortocoronario en el año 2002 y con otros factores de riesgo cardio-vascular, tales como HTA, DM insulinodependiente, disfunción sistólica ventricular izquierda severa, IAM inferolateral antiguo e insuficiencia renal crónica. Acudió a Urgencias el día 9 de enero de 2020 por cuadro de ortopnea y tos. Tras su evaluación clínica y la realización de pruebas complementarias de rutina, se estimó que el paciente podía ser tratado de forma ambulatoria. Sin embargo, su situación clínica sufrió un grave deterioro en las siguientes horas, en el Servicio de Urgencias, y a las 7:00h del día 10 de enero de 2020, hizo 2 paradas cardiorrespiratorias, falleciendo a las 9:30h en el cuarto de paro de dicho Servicio del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

Por todo lo anterior, concluyo que el desenlace fatal es comprensible en un paciente de más de 70 años, diabético insulinodependiente con enfermedad coronaria de más de 20 años de evolución, infarto antiguo y deterioro de la función renal con disfunción sistólica ventricular izquierda severa, por lo que, a pesar de haberlo mantenido en Urgencias en observación, hizo un mayor deterioro de su función contráctil y eso, junto a una probable arritmia ventricular maligna, le ocasionó la muerte».

Por tanto, de lo expuesto se infiere que el especialista en la materia considera que el fallecimiento del afectado se debió, exclusivamente, a sus propias y severas patologías de diversa índole, que venía sufriendo muchos años antes de su fallecimiento y que habían mermado considerablemente su salud, sin que, a su juicio, el fallecimiento del paciente se debiera a una actuación de los servicios sanitarios contraria la *lex artis*, considerando el especialista que tal actuación

médica fue del todo correcta, pues se puso a disposición del paciente todos los medios materiales y personales con los que cuenta el SCS.

3. Este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente acerca de la obligación de medios que le corresponde a los servicios sanitarios y el criterio de la *lex artis* para valorar actuaciones médicas, lo siguiente (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril):

«A los efectos de danalizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la lex artis como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, DCCC 60/2024, de 1 de febrero), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la lex artis, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

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

Esta doctrina es plenamente aplicable al presente asunto, por cuanto del contenido del expediente se desprende que se pusieron a disposición del paciente todos los medios humanos y materiales disponibles, ajustándose los protocolos de actuación, técnicas sanitarias, pruebas diagnósticas, tratamientos y actuaciones médicas empleadas durante su estancia en el HUNSC a la *lex artis*, sin que se aprecie infracción de ésta.

4. 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).

En el presente caso, los interesados no han presentado prueba alguna, como por ejemplo, informe médico-pericial, entre otros medios probatorios, que demuestre la veracidad de sus alegaciones, sin que hayan logrado desvirtuar las aseveraciones del especialista médico en la materia acerca de la corrección de la actuación médica prestada al afectado, como tampoco han desacreditado lo manifestado por él sobre la influencia determinante de las propias patologías del paciente en el resultado final.

5. Por todo ello, a juicio de este Consejo Consultivo, no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por los interesados, motivo por el que corresponde la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.