Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 3 1 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 17 de diciembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 690/2024 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. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización solicitada [ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo -a pesar de ser requerida a tal efecto-], la Administración sanitaria ha solicitado el presente dictamen; por ello se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones [*v.gr.,* Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre]. En idéntico sentido se pronuncia la Propuesta de Resolución -Antecedente de Hecho octavo-.

Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la competencia de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, 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.

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

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 642/2024, de 6 de noviembre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 66/2020, de 3 de marzo, 449/2021, de 23 de septiembre y 504/2021, de 21 de octubre]:

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

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente

de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

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

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure 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 sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria

transmisible "mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa [(...)] de (...) para reclamar, por derecho propio, la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposo [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Esta legitimación activa no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria -Fundamento de Derecho primero de la Propuesta de Resolución.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo «*sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

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

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

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

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio

de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

5.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 26 de mayo de 2021 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el día 7 de abril de 2021.

7. 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. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizada por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su marido, y que determinó, en última instancia, el fallecimiento del paciente.

En este sentido, la perjudicada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 4 y ss.-:

«Primero. El pasado día 7 de abril de 2021 falleció mi marido, (...), como consecuencia de una "neumonía bilateral parcheada".

En el desarrollo para el diagnóstico de la enfermedad de mi marido se llevaron a cabo diversas irregularidades, tal y como se expondrá a continuación.

Segundo. A continuación, se detalla la evolución.

Desde el mes de febrero del año 2021 mi esposo se encontraba muy mal, apenas toleraba los alimentos, tenía vómitos persistentes y tenía mucha tos.

Las únicas pruebas que le realizaban era el cribado para la detección del COVID-19 y una gastroscopia la cual fue realizada el 16 de marzo de 2021.

Pero su estado de salud continuaba deteriorándose, acudiendo a finales de marzo todos los días al Centro de Salud, hasta que se produjo su ingreso en el Hospital Dr. José Molina Orosa el 31 de marzo de 2021.

Por ello, y dado el final desenlace ocurrido, entiendo que no ha habido un diagnóstico precoz de la enfermedad y que no se realizaron las pruebas pertinentes ante el cuadro clínico que presentaba mi marido.

Se ha de señalar que en los diversos informes se omite mucha información del estado del paciente.

Tercero. De lo expuesto con anterioridad se desprende que ha existido "dejadez" por parte de los profesionales que lo asistieron en el Centro de Salud de Valterra.

Todo paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias proporcionen: Una asistencia técnica correcta, con personal cualificado, un aprovechamiento máximo de los medios disponibles y una asistencia con los mínimos riesgos.

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social establece en el artículo 42 Acción protectora del sistema de la Seguridad Social:

"1. La acción protectora del sistema de la Seguridad Social comprenderá: a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidente, sea o no de trabajo."».

2. 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, la perjudicada solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios que se entienden irrogados, sin que como se dijo resulte determinada la cuantía indemnizatoria pretendida por la reclamante -folios 5 y 8-.

III

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

1.- Mediante escrito con registro de entrada de 26 de mayo de 2021, (...), esposa de (...), interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al Sr. (...) y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

2.- Con fecha 28 de mayo de 2021 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que subsane y o mejore la reclamación interpuesta. Este trámite es debidamente cumplimentado por la perjudicada mediante la presentación de escrito de alegaciones -y documentación complementaria- con fecha 17 de junio de 2021.

3.- La reclamación formulada por la Sra. Londoño Jaramillo es admitida a trámite mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de 23 de junio de 2021, 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.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

4.- Con fecha 24 de julio de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente fallecido.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Información obrante en la Historia de Salud relativa a la asistencia sanitaria recibida en el ámbito de la Atención Primaria.

- Copia de la historia clínica obrante en el Hospital Dr. José Molina Orosa.

- Informe emitido por el médico de Atención Primaria [Dr. (...)] con fecha 8 de julio de 2021.

5.- Consta en el expediente el dictado del oportuno acuerdo probatorio y la apertura del trámite de vista y audiencia; en ambos casos, con fecha 16 de septiembre de 2024.

Asimismo, los citados trámites figuran debidamente notificados a la reclamante.

6.- Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado al efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte de la interesada ni la presentación de nueva documentación.

7.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en 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.

8.- Con fecha 25 de octubre de 2024 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 (...) al *« (...) no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

9.- Mediante oficio de 31 de octubre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 5 de noviembre de 2024], 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 LCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, 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.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. 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 654/2024, de 12 de noviembre [con cita del 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 no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es

imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

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

Tal y como señala el órgano instructor, (...)

« (...) la reclamante sostiene que en la asistencia sanitaria prestada a (...) se produjo dejadez por parte de los profesionales que lo atendieron en atención primaria, no realizando un diagnóstico precoz de la enfermedad que padecía.

Por lo tanto, resulta preciso analizar si en la asistencia sanitaria prestada a (...) se pusieron a su disposición todos los medios diagnósticos y terapéuticos para lograr el restablecimiento de su salud.

El relato de hechos clínicos detalla la siguiente secuencia que se corrobora con lo anotado en su Historia Clínica:

1.- Se trata de un paciente en seguimiento activo por múltiples especialistas y profesionales sanitarios debido a su pluripatología. Mantiene contactos regulares con su Médico de Atención Primaria para la tramitación de partes de confirmación, ya que está de baja laboral desde el 21/07/2020 en espera de un trasplante renal.

2.- El 21/12/2020, acude al Servicio de Urgencias hospitalario manifestando por primera vez síntomas digestivos: "molestias abdominales y diarreas". El paciente atribuye los síntomas, iniciados dos semanas antes, al tratamiento iniciado por dermatología (metotrexato y prednisona) para alopecia areata. Niega vómitos, náuseas y sensación térmica

alterada. Se toman las constantes vitales (dentro de rango), el paciente está afebril y con saturación de oxígeno normal.

Se realiza una exploración general: a nivel pulmonar se observa murmullo vesicular conservado (sonido pulmonar normal), sin descripción de ruidos patológicos añadidos; a nivel cardíaco se auscultan tonos cardíacos regulares; sin edemas en los miembros inferiores; exploración abdominal anodina con aumento de los ruidos abdominales, compatible con diarrea. Se solicitan análisis de sangre y radiografía de abdomen, sin encontrar hallazgos patológicos. Se le da de alta con diagnóstico de probable gastroenteritis aguda (GEA) y se registra en el formulario de Urgencias de las 9:27 un diagnóstico de sospecha de síndrome diarreico como posible efecto secundario del metotrexato.

3.- La última cita registrada con dermatología es del 13/01/2021, donde se mantiene el tratamiento con metotrexato, al mostrar una inicial respuesta (evidencia de crecimiento del pelo a nivel del cuero cabelludo) y se disminuye la dosis de corticosteroide. El paciente no reporta los síntomas digestivos mencionados en el Servicio de Urgencias.

4.- A partir de diciembre de 2020, el paciente acude a Atención Primaria con fines administrativos (partes de confirmación de baja laboral en fechas: 15/12/2020, 26/01/2021, 11/02/2021) y solicita ayuda para la compra de medicamentos (1-2/12/2020).

- No consta que en diciembre haya informado a su médico de síntomas digestivos, acudiendo directamente al servicio de Urgencias el 21/12/2020.

- Además, consulta por otros motivos: el 11/02/2021 refiere relaciones sexuales de riesgo y su médico solicita una serología para descartar infección de transmisión sexual.

- El 19/02/2021 consulta por primera vez a Atención Primaria por un cuadro diagnosticado como gastroenteritis aguda. Se explora al paciente, sin signos de alarma, y se realiza un test rápido de antígenos SARS-CoV-2 con resultado negativo. Es probable que se haya realizado el test debido a que una manifestación clínica del COVID-19 son síntomas digestivos, y en esa época había un repunte de casos en la isla de Lanzarote.

- El 23/02/2021 acude a su médico para revisar los resultados de la analítica (negativa por infección de transmisión sexual). No refiere nuevos síntomas ni persistencia de síntomas digestivos.

En ningún momento refiere tos, disnea ni síntomas respiratorios.

5.- El 23/02/2021 vuelve al Servicio de Urgencias Hospitalario registrándose en la anamnesis de la toma de las 17:08 que "refiere dolor epigástrico quemante que empeora con la ingesta", y describiendo una mejoría clínica comparada con la valoración previa en el Centro de Salud:

"hoy se siente mucho mejor, afebril, sin vómitos ni diarreas". Se toman las constantes vitales: normales, afebril. A la exploración no muestra signos de alarma: abdomen depresible, ligeramente doloroso en epigastrio, sin reacción peritoneal (ausencia de abdomen agudo), sin megalias ni masas, el resto del examen físico es anodino. Se solicita una analítica que incluye los índices de inflamación e infección, sin encontrar hallazgos significativos de infección, y se registra una elevación de creatinina similar a las mediciones previas.

Se le da de alta con diagnóstico de epigastralgia y se pauta gastroprotector (omeprazol). No consta que el paciente refiera otros síntomas aparte de los digestivos.

6.- En el formulario de enfermería que le hace seguimiento por su ERCA (Enfermedad Renal Crónica Avanzada) se registra a las 10:47 del 23/02 una llamada telefónica en la que refiere los mismos síntomas mencionados en Urgencias: "refiere haber estado con náuseas y vómitos durante dos semanas (...) ahora tiene ardor de estómago tras el almuerzo".

7.- El 01/03/2021 el paciente consulta a su Médico de Atención Primaria por dolor abdominal (epigástrico tras la ingesta de alimentos y difuso) que afecta la ingesta de alimentos y la persistencia de vómitos. El profesional solicita una gastroscopia con carácter preferente. No se registran otros síntomas, como respiratorios o disnea. De forma coherente, con los síntomas referidos (dolor abdominal predominante en epigastrio tras la ingesta de alimentos y vómitos), se solicita una prueba, gastroscopia, para descartar patología gastroesofágica, como gastritis, tumor, úlcera o hernia de hiato (condición predisponente al reflujo gastroesofágico).

8.- El 05/03/2021 el paciente informa a su médico que la gastroscopia está programada para el 16/03 y que mantiene clínica (vómitos persistentes), sin cambios referidos o registrados. El 09/03/2021 informa a su médico que tiene cita con cardiología el mismo día (no consta que se haya realizado dicha consulta, según historia clínica de atención especializada).

9.- El 12/03/2021 realiza estudio preoperatorio antes de la gastroscopia bajo sedación. En el formulario de preanestesia se registra un electrocardiograma normal (ritmo sinusal), constantes vitales en rango (incluida saturación de oxígeno), exploración cardíaca y pulmonar normal.

10.- El 16/03/2021 se somete a gastroscopia bajo sedación, registrándose constantes vitales normales (incluida saturación de oxígeno). Se extrae una biopsia gástrica.

11.- Desde el 17/03/2021, cuando el paciente comunica a su Médico de Atención Primaria que ya se había realizado la gastroscopia, hasta el 29/03/2021 no constan contactos con el Centro de Salud o el Servicio de Urgencias del Hospital.

12.- Según la historia de Atención Primaria, el 29/03/2021 tiene cita con su médico para parte de confirmación de la baja médica y comunica pérdida de peso debido a la persistencia

de síntomas digestivos. Se modifica el tratamiento gastroprotector, en espera de los resultados de la gastroscopia, y se solicita una analítica general debido a la pérdida de peso. No consta que el paciente haya referido otros síntomas, como disnea, tos, fiebre.

13.- El 31/03/2021 acude al Servicio de Urgencias (SU) hospitalario refiriendo, según consta en el informe de traslado del SU para ingreso, pico febril ese día y dificultad respiratoria de 15 días de evolución, además de síntomas digestivos como falta de apetito y pérdida de peso de 14 kg en un mes.

Se registra el resultado de la gastroscopia: diagnóstico de gastritis crónica activa y erosiva.

Al ingreso en el Servicio de Urgencias (toma de las 6:56), muestra una saturación de oxígeno baja (90%) y fiebre. Durante la exploración física se auscultan "pulmones simétricos con sibilancias aisladas", por cuanto registrado se ausculta a nivel pulmonar el habitual sonido, sin otros ruidos pulmonares destacables, excepto ruidos aislados normalmente asociados a broncoespasmo.

En informe de alta del Servicio de Urgencias por hospitalización consta que: se realiza un electrocardiograma sin hallazgos significativos y una radiografía de tórax que muestra un índice cardiotorácico normal (indicativo de ausencia de agrandamiento cardíaco que sugeriría insuficiencia cardíaca) y las lesiones nodulares previamente conocidas (secuelas de tuberculosis), sin describir consolidaciones pulmonares evidentes.

La analítica inicial revela un recuento normal de glóbulos blancos de 6,600 10^3/µL (valores normales: 3- 12 10^3/µL), una Proteína C Reactiva (PCR) de 2,2 mg/dL (leve elevación, con valores normales hasta 0,5 mg/dL), y procalcitonina en valores normales de 0,39 ng/mL (índice para evaluar infección sistémica, normal hasta 0,50 ng/mL). No se detectan hallazgos en la analítica sugestivos de infección diseminada ni significativa (la PCR solo está mínimamente aumentada). La gasometría arterial muestra hipoxemia, indicativa de insuficiencia respiratoria.

14.- Es ingresado el mismo 31/03/2021 en el Servicio de Medicina Interna para el estudio del síndrome constitucional (pérdida de peso, inapetencia) y con sospecha de neumonía (paciente febril y con insuficiencia respiratoria aguda), considerando una posible reactivación de tuberculosis debido a los antecedentes del paciente, su estado inmunosuprimido y el cuadro clínico constitucional. Además, se registran, diagnósticos de gastritis y agudización de enfermedad renal crónica.

15.- En el Servicio de Medicina Interna se inicia oxigenoterapia y antibioticoterapia empírica laboratorio (PCR de 15 mg/L, indicativo de mayor actividad inflamatoria). Se realiza una evaluación por cardiología el mismo día, incluyendo una ecografía cardíaca que no muestra signos de insuficiencia cardíaca o bajo gasto. Se ajusta la medicación debido a la

presencia de angina inestable, posiblemente exacerbada por el cuadro clínico actual que incluye la infección, progresión de la enfermedad renal crónica y anemia.

16.- En una nota de nefrología, del ingreso consta que los hemocultivos y el urocultivo son negativos, indicando ausencia de crecimiento bacteriano en la sangre y en la orina.

17.- Para descartar patología abdominal debido a los síntomas digestivos reportados por el paciente y a la marcada pérdida de peso (síndrome constitucional en estudio), se realiza un TAC de abdomen el 2/04/2021. Este no identifica patología tumoral a ese nivel, pero revela múltiples consolidaciones parcheadas del espacio aéreo en los cortes torácicos, compatibles con un proceso broncopneumónico multilobar (bronconeumonía difusa). Posteriormente, basándose en los hallazgos del TAC abdominal, se realiza un TAC torácico el 4/04/2021 sugestivo de proceso infeccioso difuso a nivel pulmonar con hallazgos de: "atelectasia completa del lóbulo inferior izquierdo con broncograma aéreo, posiblemente debido a patología bronquial aguda. Atelectasia compresiva en el lóbulo inferior derecho, comprometiendo parcialmente segmentos posterobasales y apicales. Múltiples infiltrados subsegmentarios bilaterales con broncograma aéreo, sugestivos de sobreinfección respiratoria aguda".

18.- A pesar de las medidas instauradas, se observa una evolución clínica desfavorable con deterioro de la función respiratoria y progresión de los infiltrados pulmonares, requiriendo traslado al Servicio de Medicina Intensiva el 04/04/2021.

19.- En el Servicio de Medicina Intensiva, el paciente muestra refractariedad a las estrategias terapéuticas instauradas, incluyendo intubación, ventilación mecánica, oxigenoterapia de alto flujo, antibioticoterapia de amplio espectro y transfusión de hemoderivados. Finalmente, el 07/04/2021 fallece debido a shock séptico secundario a neumonía bilateral, síndrome de distrés respiratorio y fallo multiorgánico».

Pues bien, *« (...) del relato de hechos clínicos no se objetiva dejadez por parte de los servicios sanitarios de atención primaria que atendieron al paciente, antes al contrario, se justifica que (...) en la asistencia sanitaria prestada, el médico de atención primaria, basándose en los síntomas que el paciente iba presentando, y teniendo en cuenta sus antecedentes clínicos fue poniendo a su disposición los medios precisos para lograr un diagnóstico.*

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala, una vez analizada la historia clínica que durante los meses de febrero y marzo de 2021, además de los contactos con su Médico de Atención Primaria, el paciente recibe atención de varios profesionales, incluyendo una enfermera del servicio de nefrología y personal del Servicio de Urgencias hospitalario, a donde acude el 21/12/2020 y el 23/02/2021.

En todas estas consultas, el paciente menciona exclusivamente síntomas digestivos, sin reportar en ningún momento disnea u otros síntomas respiratorios. Es decir, hasta el día 31

de marzo que acude al Servicio de Urgencias, los síntomas que el paciente había referido eran digestivos, no respiratorios.

Refiere el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que el médico de atención primaria, basándose en los síntomas digestivos reportados por el paciente, busca descartar una causa orgánica que pudiera justificar la pérdida de peso, los vómitos y el dolor epigástrico. Hay que tener en cuenta que el acto médico consiste en la toma de decisiones (solicitud de pruebas diagnósticas, tratamientos, derivaciones) basadas en la clínica explorada (signos objetivados) y la anamnesis (síntomas referidos por el paciente).

Su médico solicita una analítica general que estaba pendiente de realizarse y una gastroscopia, herramienta adecuada para investigar estos síntomas, de hecho, la gastroscopia revela una patología que justifica los síntomas referidos por el paciente.

En dicha prueba hay hallazgos de gastritis crónica y erosiva, es decir, una inflamación persistente de la mucosa gástrica caracterizada por la presencia de erosiones (áreas de la mucosa con desgaste o ulceración). Esta condición puede ser causada por diversas razones, incluyendo infecciones bacterianas como Helicobacter pylori, el uso prolongado de ciertos medicamentos como antiinflamatorios, el consumo excesivo de alcohol, estrés prolongado y otras enfermedades. Los síntomas frecuentes de la gastritis crónica y erosiva incluyen dolor o molestia en la parte superior del abdomen (epigastrio), náuseas o vómitos, y pérdida de apetito, todos los cuales el paciente menciona a los profesionales que le atienden entre diciembre y marzo de 2021.

En la misma línea, el Informe del Médico de Atención Primaria señala que durante las ocasiones en la que el paciente fue atendido, nunca, absolutamente nunca, me refirió tener sintomatología de tipo respiratorio ni yo aprecié signos de dificultad respiratoria, el paciente solo me manifestó sintomatología digestiva. Reviso radiografías de tórax realizadas en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote el día 31 de marzo (día en el que el paciente acudió a urgencias) y el día 2 de abril, donde se aprecian cambios radiográficos muy significativos.

Otra prueba más de que el paciente no refirió síntomas respiratorios con anterioridad al día 31 de marzo, es como señala el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que, en una de las visitas, el 12/03/2021, acude a evaluación con el anestesista como parte del protocolo de preanestesia para la gastroscopia programada bajo sedación el 16/03/2021. Durante la evaluación, el anestesista NO registra alteraciones en la exploración cardiopulmonar (murmullo vesicular conservado, tonos cardíacos regulares) y realiza un electrocardiograma que muestra un ritmo normal (sinusal). Se toman las constantes vitales el día de la prueba diagnóstica (gastroscopia), las cuales resultan normales, incluida la saturación de oxígeno.

Esto sugiere que en esa fecha no presentaba síntomas de dificultad respiratoria u otros síntomas cardiopulmonares que pudieran haber sido detectados durante la evaluación física o la toma de constantes vitales.

No hay constancia de que el paciente acudiera con anterioridad al centro se salud o al servicio de urgencias hospitalario por los síntomas respiratorios o infecciosos que motivan su ingreso el 31 de marzo.

Señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que, en cualquier caso, no se manifestaron signos o síntomas respiratorios, ni siquiera en la consulta con su médico de atención primaria el 29 de marzo de 2021, ya fuera por su ausencia o por estar enmascarados debido al tratamiento inmunosupresor.

Es importante recordar, continua el Informe citado, que el paciente consultó el Servicio de Urgencias dos días después, cuando presentó manifestaciones clínicas de una infección (fiebre) el mismo día».

Así pues, *« (...) los servicios de atención primaria pusieron a disposición del paciente los medios diagnósticos precisos en función de los síntomas que iba presentando, sin que se objetive la dejadez en la asistencia aludida en el escrito de reclamación, afirmación que no viene corroborada por elemento de prueba alguno que introduzca la duda sobre la corrección de la asistencia. La reclamante no incorpora elemento de prueba alguno sobre la dejadez aludida, sin embargo, de la historia clínica se extrae que fue atendido en cada momento conforme a los síntomas que presentaba, pautando las pruebas diagnósticas que requería para alcanzar un diagnóstico».*

Tal y como concluye el SIP en su informe -folios 41 y 42- *«incluso al ingreso en el SU hospitalario no se perciben síntomas o signos que pudieran explicar la evolución posterior, no hay signos de diseminación sistémica de la infección (procalcitonina normal). Además, dado que no hay una situación de inestabilidad hemodinámica, se ingresa en el Servicio de Medicina Interna, donde, en los días siguientes, hay una evolución desfavorable que requiere traslado en el Servicio de Medicina Intensiva. La causa de la muerte probable (no se realizó autopsia) es de un shock secundario a infección y fallo multiorgánico, sin hallazgos de crecimiento de bacterias en hemocultivos y urocultivos (según notas clínicas durante el ingreso). (...) .*

Durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna e Intensiva, se implementaron todas las medidas invasivas y no invasivas, farmacológicas y no farmacológicas, adecuadas al caso, pero el paciente se mostró refractario. Es importante recordar que se trata de un paciente con antecedentes de pluripatología y una esperanza de vida muy limitada antes de estos eventos (folios 31 y ss.). Debido a su enfermedad renal preterminal, estaba en lista de espera para trasplanterenal y también presentaba cardiopatía, entre otras condiciones».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, habida cuenta de que, por una parte, por la reclamante no se han aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente no es posible inferir que la asistencia sanitaria prestada en este caso fuera contraria a la *lex artis ad hoc*: [*« (...) consta acreditado que el paciente en sus distintas consultas en atención primaria refiere síntomas digestivos, sin reportar en ningún momento disnea u otros síntomas respiratorios, manifestándose los mismos durante su ingreso hospitalario, con una evolución desfavorable a pesar de implementar todas las medidas terapéuticas para evitar el resultado final»*], se entiende que 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.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.