Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 0 9 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de marzo de 2025.

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 (...), (...) y (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 49/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 28 de enero de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 29 de enero de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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. Se reclama una indemnización por importe de 100.447,25 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la citada LCCC, mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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 (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente Dictamen 91/2025, de 19 de febrero:

««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 los 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 los padres y la hermana de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1., letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

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».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes

564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

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

6. El órgano competente para resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 23 de julio de 2021 respecto de un daño que quedó determinado el día 3 de octubre de 2020, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún 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).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del

Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

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

« (...) SEGUNDO.- Hechos que motivan la reclamación. Deficiente atención sanitaria.

El pasado 14 de septiembre de 2.020, (...) acudió el servicio de Urgencias del Centro de Salud de Puerto del Rosario II con un cuadro de dolor en el pecho de tipo opresivo y entumecimiento de la pierna derecha.

Se adjunta como DOCUMENTO (...) Resumen de la visita al citado Centro de Salud.

Como se puede comprobar, y en esta primera exploración, le fue diagnosticado de un cuadro de ansiedad y, al continuar refiriendo dolores, ante la ausencia de mejoría clínica fue remitido al Hospital General de Fuerteventura para un mejor estudio y tratamiento oportuno.

Siguiendo con lo anterior, ese mismo día ingresó, a las 18.29 horas en el Hospital General de Fuerteventura en el que, tras practicarle las pruebas diagnósticas que se consideraron oportunas, fue dado de alta a las 20.58 horas con diagnóstico Dolor Torácico origen costocondrítico e Infección del tracto urinario.

(...)

Pues bien, a la vista de las pruebas realizadas y su interpretación por parte de los facultativos que trataron a (...) aquel día, el alta recibida a las 20.58 horas fue, a todas luces, un alta prematura y el tratamiento recibido no fue el adecuado para el cuadro clínico que presentaba, circunstancias que expondremos, con más detallo, en el apartado correspondiente de este escrito.

Resulta evidente el claro error de diagnóstico que sufrió (...) en este primer ingreso y que, a la postre, desembocó en una serie de acontecimientos que, a continuación, pasamos a detallar, con el fatal desenlace de su fallecimiento.

Así pues, tras recibir el alta a las 20.58 horas del día 14 de septiembre de 2.020, en los siguientes días no le desapareció el dolor en el pecho y pierna pese a estar cumpliendo el tratamiento farmacológico prescrito por los médicos que le trataron.

En la anterior situación estuvo hasta que, ya el día 18 de septiembre, sobre las 10 horas, y ante el fuerte dolor en el pecho y la dificultad respiratoria que padecía (...), fue llamada una ambulancia para llevarle a un Centro Médico, en concreto el (...) de Corralejo, en el que, tras realizarle una serie de pruebas, fue derivado, ese mismo día, al Hospital General de Fuerteventura en el que ingresó de urgencias bajo un cuadro clínico de Neumopatía inflamatoria aguda emitiendo un diagnóstico de Sospecha de Tromboembolismo pulmonar.

(...)

Pues bien, ante la gravedad del cuadro médico, que presentaba (...), fue ingresado el mismo día 18 de septiembre y derivado al Servicio de Medicina intensiva en el que permaneció hasta el día 22 de septiembre de 2.020 fecha en la que, ante la desfavorable evolución del paciente, fue ingresado en el Hospital Universitario Insular Materno Infantil falleciendo, finalmente, el 3 de octubre de 2.020.

(...)

Pues bien, del examen de los documentos aportados junto con este escrito, se puede advertir el claro error de diagnóstico que padeció (...), y que pasaremos a detallar en el siguiente expositivo.

TERCERO.- Error diagnóstico en la atención médica prestada, el pasado 14 de septiembre de 2.020, en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura.

Sin perjuicio de la existencia de otras, la causa del fallecimiento de (...), radica en un error en la interpretación de una de las pruebas diagnósticas que le fueron realizadas por el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el pasado día 14 de septiembre de 2.020 (DOC4).

En concreto, advertimos en el Informe emitido por este Servicio que, a la hora de valorar la radiografía de tórax que fue realizada al paciente, se refiere expresamente que no tiene relevancia clínica.

RX DE TORAX SIN RELEVANCIA CLINICA.

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA Y DE PELVIS SIN ALTERACIONES.

VER INFORME ADJUNTO.

En cambio, en el Informe emitido por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura de fecha 18 de septiembre (DOC 6) refiere expresamente que, en la radiografía de tórax realizada, aquel día 14 de septiembre, se apreciaba "una probable condensación basal derecha y un patrón de infiltrado intersticial en pulmón izquierdo", lo que evidencia la relevancia clínica de la misma con las consecuencias que, más adelante, expondremos.

(...)

Ni que decir tiene que, este error, condicionó la evolución y el tratamiento recibido por (...) que, pese a la gravedad de los síntomas que presentaba ya el día 14 de septiembre, recibió un alta prematura y con un tratamiento ineficaz para sus dolencias, debiendo ser ingresado de nuevo, con la agravación de estos síntomas, 4 días después de haber recibido un tratamiento médico adecuado, siendo este hecho determinante para que, unos días más tarde, provocara su fallecimiento.

CUARTO.- Daños y perjuicios que se reclaman.

Aplicando, por analogía, las Tablas contenidas en la Ley del Baremo para accidentes de circulación, corresponde el abono de las siguientes cantidades:

1) A DOÑA FRANCESCA CARAPEZZA y a CALOGERO (...), en su condición de padres del fallecido, les corresponden, a cada uno, la siguiente indemnización:

- Por perjuicio personal básico …….. 41.766,01 €.

- Por perjuicio patrimonial …….. 417,66 €.

2) A (...), como hermana, le corresponde la siguiente indemnización:

- Por perjuicio personal básico …….. 15.662,25 €.

- Por perjuicio patrimonial…… 417,66 €.

TOTAL RECLAMACIÓN: ……100.447,25 €».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del Servicio Canario de la Salud de 26 de septiembre de 2024:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

1. (...) con DNI (...) y 49 años de edad en el momento de los hechos relatados, presenta como antecedentes personales tóxicos tabaquismo; médicos miocarditis (hace más de 10 años sin informes médico actuales), diverticulitis (hace más de dos años); quirúrgicos apendicectomía.

2. El 14/09/2020 fue llevado en ambulancia al Centro de Salud Puerto del Rosario II con el motivo de consulta "ataque de ansiedad". En ese momento es valorado por ataque de ansiedad, dolor en la pierna derecha y dolor torácico opresivo. A la exploración física presentaba estabilidad hemodinámica, auscultación cardiopulmonar (ACP) normal, dolor a la palpación en trocánter derecho (cadera), con pulsos presentes, fuerza y reflejos conservados, resto normal. Se realizó electrocardiograma (ECG) descrito sin alteraciones. Ante el motivo de consulta, la exploración física descrita y el ECG dentro de normalidad se planteó como juicio diagnóstico "Ansiedad generalizada" y "Dolor articular pierna derecha" por lo que se indicó tratamiento ansiolítico (alprazolam) y analgésico (dexketoprofeno y tramadol). Se dejó en observación y se re-valoró al paciente que no presentaba mejoría sintomática por lo que fue derivado al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura.

3. En el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) el paciente refirió cuadro de 10 horas de evolución de dolor en región escapular izquierda y dolor torácico esternal tipo punzante que aumentaba con la respiración sin asociar cortejo vegetativo (síntomas sugestivo de alteración del sistema nervioso autónomo: sudoración, náuseas, palidez (...)). Además asociaba dolor lumbar derecho irradiado a ingle derecha. A la exploración física destacaba la presencia de dolor a la palpación supraclavicular izquierda y en cartílagos esternocostales izquierdos, así como dolor a la palpación lumbar e inguinal derechas sin alteración de la

movilidad del miembro inferior derecho, resto dentro de la normalidad. Se realizó analítica sanguínea dentro de la normalidad y analítica de orina con signos de infección del tracto urinario (ITU), ECG sin hallazgos patológicos, radiografía de tórax descrita "sin relevancia clínica" y radiografía de columna lumbosacra y pelvis descrita "sin alteraciones". Se indicó analgesia y se administró una dosis de antibiótico intravenoso dejando al paciente en observación. A la re-valoración presentaba mejoría clínica sin dolor y 4 puntos en la escala EDACS-riesgo bajo (es un es un score para identificar los pacientes con muy bajo riesgo que permite dar de alta para realizar de forma ambulatoria pruebas de detección de isquemia, es decir, disminución del riego sanguíneo que puede conllevar un infarto) por lo que se estableció el diagnóstico de dolor torácico de origen costocondrítico e ITU, indicando tratamiento (antibiótico -Cefuroxima- y analgesia) y se dio alta a domicilio explicando signos y síntomas de alarma.

4. A los cuatro días del alta hospitalaria, el 18/09/2020 fue llevado en ambulancia a una clínica privada ((...) Corralejo) por dolor torácico intenso y disnea. A su llegada presentaba una SaO2 82% con necesidad de mascara con reservorio al 15% para conseguir SaO2 92% (SaO2 o saturación de oxígeno es el término empleado para referirse al nivel de oxigenación en sangre y por tanto un parámetro importante para evaluar la función respiratoria, considerándose un valor estándar normal entre 95-100%), por lo que se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura. En ese momento el paciente consultó por un cuadro de 10 días de evolución de dolor escapular derecho punzante irradiado a esternón asociando disnea, que había empeorado desde el día anterior por lo que decidió consultar. A la exploración física se encontraba polipneico (frecuencia respiratoria aumentada y más profunda que traduce dificultad respiratoria), SatO2 97% con mascara reservorio al 15%, auscultación pulmonar con estertores crepitantes en ambas bases sobre todo izquierda. Se realizó estudio con pruebas complementarias:

·Analítica destacando: DímeroD 10800 ng/ml (ayuda a sospechar presencia de trombo, normal 0-583), PCR 21,56 mg/dl (no permite diagnosticar ninguna enfermedad, pero ayuda a sospechar un cuadro inflamatorio o infeccioso, normal 0-0,5), Procalcitonina indetectable (ayuda a diagnosticar infecciones bacterianas), Troponina 1,3-3,6-1,4 ng/ml (enzima cardíaca cuya elevación es uno de los pilares en los que se apoya el diagnóstico de infarto, normal 0-0,02; en este caso se realizaron analítica sucesivas viendo un descenso lo que descarta ese diagnóstico).

·PCR SARS-CoV2 negativo.

·ECG taquicardia sinusal 100lpm, elevación ST 1mm aVR, infradesnivel ST 1mm V4-V5-V6 y cara inferior.

·Rx tórax consolidación paracardíaca derecha lesiones radiopacas de aspecto inflamatorio bronconeumónico en pulmón izquierdo (EMPEORAMIENTO RESPECTO A LA DEL 14/09/2020).

·Ecocardiografía TT VI remodelado y levemente dilatado por hipocinesia septal medioapical y alteración apical, contractilidad global disminuida. FE estimada 30-40%. IMi leve. Consolidación basal derecha con escaso derrame pleural. Congestión pulmonar bilateral difusa. Resto estudiado normal.

Tras el estudio inicial en el Servicio de Urgencias se cursó ingreso a cargo del Servicio de Medicina Intensiva.

5. El mismo día 18/09/2020 ingresó a cargo del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura. A su llegada se encontraba consciente, orientado, colaborador, destacando a la exploración física la situación respiratoria descrita (SatO2 95% con necesidad de marcara reservorio, estertores crepitantes base derecha y campo inferior-medio izquierdo) y disminución de pulsos en miembro inferior derecho (conviene aclarar que el día 14/09/2020 en el centro de salud se describen pulsos presentes). Ante esta situación clínica se determina la necesidad de aislar vía aérea (intubar) y administrar fármacos para mantener estabilidad hemodinámica. Se solicitaron pruebas complementarias para ampliar el estudio:

·Ecografía-doppler de miembro inferior con diagnóstico de trombosis parcial de la arteria femoral común derecha (obstrucción sanguínea parcial puesto que se objetivaba flujo sanguíneo distal a dicha obstrucción).

·Estudio microbiológico: todos negativo.

·ECG sucesivos que se comparan entre sí objetivando aparición de cambios entre ellos lo que traduce un problema cardiológico de base, todavía sin determinar una causa clara.

A la vista de la situación clínica del paciente y de los resultados de las pruebas complementarias disponibles se descartó la hipótesis inicial de causa infecciosa por lo que se decidió suspender la antibioterapia pautada. En ese momento la sospecha diagnóstica se centraba entre isquemia coronaria (falta de flujo sanguíneo en el corazón) versus miocardiopatía (enfermedad del músculo cardíaco). Para poder ofrecer un estudio completo se decidió derivación al Servicio de Medicina Intensiva del Centro Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) así como al Servicio de Hemodinámica de referencia ubicado en ese mismo centro hospitalario.

6. El 22/09/2020 es trasladado al Servicio de Medicina Intensiva del CHUIMI, siendo valorado ese mismo día por el Cardiólogo de guardia que realiza ecocardiografía en la que destacaba "Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con remodelación, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral moderada, insuficiencia aórtica ligera, insuficiencia tricuspídea ligera-moderada", concluyendo en su informe que la disfunción

severa del ventrículo izquierdo impresionaba de proceso crónico descartando en ese momento la isquemia aguda como responsable del cuadro clínico. Además añade que el ECG es sugestivo de miocardiopatía a filiar.

7. El día 23/09/2020 en la Unidad de Hemodinámica se realizó coronariogarafía que resultó sin lesiones por lo que se descartó la sospecha de isquemia coronaria (falta de flujo sanguíneo al corazón o infarto). Con el resultado de la coronariografía fue valorado por otro cardiólogo el cuál indica que impresionaba disfunción sistólica del ventrículo izquierdo severa previa de origen alcohólico ± miocarditis previa.

8. En el Servicio de Medicina Intensiva del CHUIMI se mantuvo un tratamiento activo con catecolaminas (fármaco empleado para mantener la estabilidad hemodinámica) y antibiótico de amplio espectro a pesar de cultivos negativos. Sin embargo la evolución no fue adecuada llegando a presentar un fracaso renal agudo para lo que precisó terapia de depuración extrarrenal continua (técnica para sustituir la función renal en el paciente crítico) y una disfunción hepática con hipoglucemias para lo que necesitó aporte de glucosa. Esta situación empeoró con los días con mayores signos de hipoperfusión (falta de oxígeno y sangre en los tejidos) siendo exitus el 03/10/2020 por fallo orgánico múltiple.

CONSIDERACIONES

1- El 14/09/2020 (...) fue valorado en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura por un cuadro de dolor torácico y dolor en miembro inferior derecho destacando en ese momento a la exploración física dolor a la palpación supraclavicular izquierda y en cartílagos esternocostales, así como dolor a la palpación lumbar e inguinal derechas. Se realizaron pruebas complementarias acorde a la clínica presentada: analítica sanguínea dentro de normalidad (incluyendo troponina, útil en el diagnóstico de infarto de miocardio), analítica de orina sugestiva de infección del tracto urinario (ITU), ECG sin hallazgos relevantes, radiografía de columna lumbosacra y pelvis sin alteraciones, y radiografía de tórax valorada "sin relevancia clínica". Tras la exploración física y valoración de pruebas complementarias se llegó a dos juicios diagnósticos:

Infección del tracto urinario, por lo que se administró una dosis de antibiótico intravenoso y se indicó completar antibioterapia vía oral en domicilio (Cefuroxima).

Dolor torácico de origen costocondrítico puesto que presentaba dolor a la palpación, analítica con enzimas cardíacas normales y EDACS 4 puntos (escala indica bajo riesgo de infarto).

2- En la reclamación se alega que el error en la interpretación de la radiografía de tórax realizada en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el 14/09/2020 condicionó el tratamiento recibido y la evolución hasta el fallecimiento. Esta aseveración se basa en el siguiente enunciado del informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital

General de Fuerteventura del día 18/09/2020 "En la radiografía de tórax se apreciaba una probable condensación basal derecha y un patrón de infiltrado intersticial en pulmón izquierdo".

El día 14/09/2020 el paciente consultó por dolor torácico de modo que se realizó el estudio en función de este motivo de consulta, es decir, se aplicó el protocolo de valoración del dolor torácico en urgencias el cuál incluye una radiografía de tórax que fue valorada "sin relevancia clínica". En este punto es necesario aclarar que el paciente no presentaba clínica ni exploración física sugestivas de infección respiratoria lo cuál sumado a que la radiología tiene una capacidad diagnóstica muy variable pudiendo dar falsos negativos al inicio de un cuadro de infección respiratoria, justifica la interpretación realizada sobre la misma en ese primer contacto médico.

El paciente es dado de alta hospitalaria en situación de estabilidad clínica y hemodinámica indicando que "se dan recomendaciones generales y se explican signos de alarma". A los cuatro días del alta hospitalaria, el 18/09/2020, el paciente vuelve a consultar refiriendo que en los últimos dos días había notado empeoramiento con mayor dolor torácico y disnea (dificultad respiratoria). La disnea no estaba presente el día 14/09/2020 siendo su manifestación lo que lleva a interpretar la radiografía de tórax con el enunciado no rotundo sino por el contrario de "probable condensación basal derecha". Conviene adelantar un hecho que se expondrá más adelante y es que durante su evolución en el Servicio de Medicina Intensiva, a la vista de las pruebas complementarias disponibles, se descartó la hipótesis inicial de causa infecciosa centrándose la sospecha diagnóstica entre isquemia coronaria versus miocardiopatía.

3- En cuanto a la afirmación de que dicha valoración condicionó el tratamiento recibido y la evolución hasta el fallecimiento cabe aclarar que, aunque fuese bajo otra sospecha diagnóstica, el paciente fue tratado con antibioterapia intravenosa y dado de alta con pauta antibiótica vía oral.

Ante una condensación pulmonar la primera sospecha diagnóstica será una infección respiratoria de vía aérea baja o neumonía adquirida en la comunidad (NAC, infección pulmonar en personas que no han sido recientemente hospitalizadas). Se han descrito más de cien agentes etiológicos de la NAC, de los cuáles el principal responsable es el Streptococcus pneumoniae. El diagnóstico de la NAC es clínico, es decir se basa en la anamnesis (fiebre, tos, expectoración, disnea) y el examen físico (taquipnea, auscultación pulmonar patológica -hipofonesis, crepitantes, roncus-), además se ha visto que la normalidad en los signos vitales y en la auscultación reduce de forma significativa la probabilidad de padecer neumonía.

El paciente no presentaba alteración de signos vitales, clínica ni examen físico sugestivos de infección respiratoria por lo que no se sospechó este diagnóstico, sin embargo, ante la sospecha de ITU fue dado de alta con tratamiento antibiótico empírico. En este caso se indicó Cefuroxima que es un antibiótico activo frente a la mayoría de las bacterias gram-

positivas (estafilococos, estreptococos, algunas anaerobias) así como algunas gram-negativas (E. coli, Klebsiella, H influenzae (...)), por tanto entre sus indicaciones se encuentran tanto infecciones del tracto urinario (cistitis, pielonefritis) como infecciones respiratorias (exacerbación de bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad).

Por tanto la interpretación de la radiografía como normal no conllevó una actitud terapéutica diferente a la que se hubiese llevado a cabo de haber interpretado la presencia de una "probable" condensación, es decir, se indicó tratamiento antibiótico empírico.

4- El paciente fue dado de alta para completar el tratamiento antibiótico en domicilio, actitud que también hubiese sido la misma de haber interpretado la radiografía de tórax como fue interpretada en la segunda valoración con presencia de "probable condensación".

Se han desarrollado herramientras de predicción de mortalidad en pacientes con neumonía para ayudar en la toma de decisiones clínica y determinar el sitio de tratamiento más adecuado (hospitalario o ambulatorio). El CURB-65 engloba cinco elementos (confusión, niveles de urea en plasma, frecuencia respiratoria >30 rpm, presión arterial sistólica < 90 mmhg, edad > 65 años) que analizados en este paciente da un resultado de un punto, es decir baja gravedad y por tanto tratamiento ambulatorio.

5- Habiendo dado respuesta al motivo de la reclamación se considera conveniente analizar otros aspectos acontecidos desde el día 18/09/2020 en adelante para dar respuesta al resultado final con el fallecimiento del paciente.

El día 18/09/2020 fue valorado en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura con clínica de dolor torácico y disnea que había empeorado en el día previo por lo que decidió consultar. Se realizaron pruebas complementarias ya descritas (ECG, Analítica, Rx tórax, Ecocardiografía), entre lo que cabe destacar que queda registrado en la historia clínica el evidente empeoramiento de la radiografía respecto a la del día 14/09/2020. Dada la situación clínica del paciente con necesidad intubación orotraqueal se ingresó a cargo de Medicina Intensiva dónde se amplió el estudio incluyendo pruebas microbiológicas sin aislar ningún germen por lo que se descartó etiología infecciosa y se suspendió el tratamiento antibiótico pautado. En este punto la sospecha diagnóstica estaba entre etiología isquémica versus miocardiopatía no estudiada por lo que se decidió trasladar al paciente a cargo del Servicio de Medicina Intensiva del CHUIMI para una mejor valoración. Se realizó coronariografía sin objetivar lesiones lo cuál conllevó a descartar como posible etiología la isquemia coronaria. Fue valorado por dos facultativos especialistas en cardiología quiénes concluyen que el paciente presenta una disfunción severa del ventrículo izquierdo que impresionaba de proceso crónico, uno de ellos apunta de origen alcohólico ± miocarditis previa.

6- A pesar de la compleja evolución del paciente, en todo momento se mantuvo una actitud terapéutica activa como se describe en el informe del Servicio de Medicina Intensiva

del CHUIMI incluyendo entre otros: fármacos vasoactivos con el fin de mantener la estabilidad hemodinámica, antibiótico de amplio espectro, terapia de depuración extrarrenal continua cuando aconteció el fracaso renal agudo y aporte de glucosa para tratar hipoglucemias secundarias a la disfunción hepática. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos terapéuticos para remontar la situación que se estaba estableciendo, el cuadro clínico empeoró en los sucesivos días y finalmente se produjo exitus por fallo orgánico múltiple.

Cabe anotar que en ninguna de las valoraciones por los facultativos médicos se preveía un desenlace fatal puesto que en las anotaciones del Servicio de Cardiología el día 23/09/2020 se apunta "Remitir a la consulta de insuficiencia cardíaca al alta para continuar tratamiento y replantear opciones en función de la evolución", así como en la valoración del Servicio de Rehabilitación el día 28/09/2020 se indica "Al alta cita en consultas externas de rehabilitación", de lo que se deduce que se esperaba una evolución acorde al empeño puesto para dar la mejor atención al paciente.

CONCLUSIONES

1) El día 14/09/2020 el paciente fue valorado, diagnosticado y tratado acorde al motivo de consulta principal, es decir dolor torácico, siendo dado de alta en situación de estabilidad clínica y hemodinámica, e indicando signos de alarma ante los que volver a consultar.

2) A los cuatro día del alta, el día 18/09/2020, vuelve a consultar comentando empeoramiento en los últimos dos días con mayor dolor torácico y asociando disnea. Con la clínica descrita se revisó la radiografía de tórax realizada el día 14/09/2020 describiendo una "probable condensación en base derecha", que se compara con la realizada ese día determinando un evidente empeoramiento. Independientemente de la interpretación de la radiografía de tórax el paciente fue dado de alta con tratamiento antibiótico empírico eficaz en caso de haber una infección respiratoria intercurrente, aunque esta posibilidad fue descartada durante la evolución.

3) Durante su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura no se encuentra evidencia de etiología infecciosa puesto que el estudio microbiológico fue negativo y los parámetros analíticos no apoyaban este diagnóstico por lo que se suspendió el tratamiento antibiótico. Estos hallazgos apoyan que la actitud en la primera valoración del paciente hubiese sido la misma y en cualquier caso no hubiese cambiado la evolución presentada.

4) En el Servicio de Hemodinámica del CHUIMI se realizó coronariografía sin objetivar lesiones lo que descartaba una causa isquémica subyacente.

5) Tras haber descartado las causas infecciosa e isquémica dos facultativos especialistas en Cardiología del CHUIMI llegan a la misma conclusión diagnóstica y es que el paciente presentaba una patología crónica no estudiada hasta el momento, siendo ésta la principal responsable del cuadro clínico presentado.

6) Tras analizar exhaustivamente la historia clínica del paciente se concluye que toda actuación médica fue llevada a cabo de manera justificada y de acuerdo a la lex artis.

7) Por todo lo expuesto anteriormente se emite un informe desfavorable».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 23 de julio de 2021 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), (...) y (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 27 de agosto de 2021, se requiere a los reclamantes a fin de que subsanen y mejoren la reclamación formulada, presentándose escrito de mejora de la reclamación con fecha 13 de septiembre de 2021.

- El día 14 de septiembre de 2021 se dicta Resolución del Secretario General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de los interesados y se acuerda solicitar a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del servicio causante de la presunta lesión indemnizable.

Con fecha 26 de septiembre de 2024 el SIP remite copia de la Historia Clínica obrante en el Hospital General de Fuerteventura, en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), y en la Gerencia de Atención Primaria; así como informes de los Servicios de Urgencias y de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura que atendió al Sr. (...).

- Con fecha 7 de octubre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental propuesta por los reclamantes.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 7 de octubre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a los interesados quienes no formularon alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 27 de enero de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por los interesados.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. 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».

3. 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».*

En idéntico sentido, 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, por tanto, 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».

4. En el presente caso, los interesados instan el presente procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que la prestación sanitaria dispensada a (...) el día 14 de septiembre de 2020 por los Servicios de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura fue contraria a la *«lex artis ad hoc»,* al considerar que se produjo una errónea interpretación de la radiografía de tórax que le fue practicada, lo cual determinó que no se le administrara el tratamiento adecuado,

conllevando el empeoramiento de su estado de salud que desembocó, finalmente, en su fallecimiento.

Planteada en estos términos la cuestión y, una vez examinado el expediente administrativo, consta acreditado que el día 14 de septiembre de 2020 (...) acudió a los Servicios de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura, remitido por el Centro de Salud de Puerto del Rosario II toda vez que, tal como consta en el Informe Médico emitido por dicho centro *«después de la medicación el paciente presenta una evolución favorable, en lo que respecta a su cuadro de ansiedad, pero el paciente nos refiere que continua con dolor en todo el MID que le imposibilita la marcha. Por lo antes descrito y atendiendo a la falta de mejoría clínica del paciente, decidimos remisión al hospital, para mejor estudio y tratamiento oportuno».*

Una vez en el Hospital General de Fuerteventura se establece en el Informe Clínico de Urgencias -14 de septiembre de 2020- como *«historia actual»* lo siguiente: *«Paciente con cuadro clínico de 10 horas de evolución de dolor a nivel de región escapular izq que posteriormente se acompaña de dolor torácico esternal superior tipo punzante que se aumenta con la respiración que no cede y que presenta aun al momento de la entrevista pero con menor intensidad, sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología. Concomitantemente refiere dolor paralumbar der irradiado a ingle der que limita la movilidad de muslo der y que se resuelve progresivamente, estando con este dolor de manera leve en el momento de la entrevista».* En función de tales síntomas, además de la exploración física, se le practican diversas pruebas complementarias -analíticas sanguínea y de orina, ecocardiograma, radiografías de tórax y de columna lumbosacra y de pelvis-, siendo diagnosticado finalmente de dolor torácico de origen costocondrítico e infección del tracto urinario, administrándole en dependencias hospitalarias como tratamiento cefuroxima 750 mg intravenoso; y recetándole al alta cefuroxima 500 mg, un comprimido cada doce horas durante diez días, entre otros fármacos.

En el referido Informe Clínico de Urgencias consta, asimismo, en relación con los resultados de la radiografía de tórax *«sin relevancia clínica».*

Sin embargo, cuatro días después, el 18 de septiembre de 2020 es llevado nuevamente a los Servicios de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura donde, en su *«historia actual»* se hace constar: *«paciente masculino de 49a remitido de clínica privada por neumopatía inflamatoria aguda, refiere que desde hace 10 días aprox presenta dolor escapular der y en ocasiones se irradia a región esternal tipo punzante además de falta de aire, ayer por la tarde refiere episodio de dolor más intenso que duró menos de 20 minutos y cede espontáneamente, hoy nuevamente episodio de dolor más intenso a las 13:00 hrs que no mejora además de disnea intensa por lo que acude a clínica*

privada donde a su llegada evidencian saturación O2 82% que mejora a 92% con máscara de reservorio a 15%», siendo diagnosticado como *«sospecha de TEP»,* por lo que desde el Servicio de Urgencias es remitido, ese mismo día 18 de septiembre de 2020, al Servicio de Medicina Intensiva del referido centro hospitalario, donde en la *«historia actual»* se redacta lo siguiente: *« (...) fue visto el día 14 realizándosele radiografía de tórax, analítica y EKG diagnosticándose de dolor torácico secundario a costocondritis e ITU, e iniciando tratamiento antibiótico analgésico y antibiótico. El cuadro se acompañaba de dolor en región glútea derecha y pantorrilla que lo relacionaba cuando caminaba y cedía con el reposo. El cuadro de dolor torácico aumentó en los siguientes días aumentando la dificultad respiratoria y la claudicación intermitente. En la radiografía de tórax se apreciaba una probable condensación basal derecha y un patrón de infiltrado intersticial en pulmón izquierdo. (...) Ante persistencia y aumento de la clínica con mayor fracaso respiratorio vuelve a consultar al servicio de urgencias de este centro el día 18 donde se etiqueta de probable proceso neumónico siendo ingreso en nuestra unidad donde es preciso aislar vía aérea y conexión a ventilación mecánica (...) ».*

El informe transcrito pone de manifiesto que el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura al examinar la radiografía de tórax practicada al Sr. (...) el día 14 de septiembre de 2020 advirtió la existencia de *«una probable condensación basal derecha y un patrón de infiltrado intersticial en pulmón izquierdo»*, hallazgo que además ha sido ratificado por el Jefe de Sección del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Fuerteventura en Informe de 6 de octubre de 2021, en el que señala que *«en relación a la reclamación solicitada sobre la interpretación de la radiografía de tórax, realizada a (...) el día 14 de septiembre de 2021, como refiero en el informe "interpreto la radiografía como probable la condensación en la base derecha e infiltrado interesticial izquierdo"».* Por lo tanto dicha radiografía sí tenía relevancia clínica a diferencia de lo interpretado por el Servicio de Urgencias el día 14 de septiembre de 2020.

Pero, es más, en una nueva radiografía de tórax practicada al Sr. (...) el día 18 de septiembre de 2020, se confirma dicho diagnóstico, el cual, en esa fecha, ya se encuentra consolidado. Así consta en anotación de 18 de septiembre de 2020 en la Historia Clínica del Hospital General de Fuerteventura (folio 110 del expediente) en la que se señala: *«Rx tórax: consolidación paracardiaca derecha, lesiones radiopacas de aspecto inflamatorio bronconeumónico en pulmón izquierdo (EMPEORAMIENTO RESPECTO A LA REALIZADA EL 14/09)*». Y en anotación de 21 de septiembre de 2020 (folio 112 del expediente) se hace constar *«Rx de tórax: condensación basal derecha, infiltrado intersticial difuso en pulmón izquierdo».*

Expuesto lo que antecede, en el presente caso, la calificación inicial de la radiografía de tórax efectuada el día 14 de septiembre de 2020 al Sr. (...) como *«sin relevancia clínica»* no fue correcta, toda vez que dicho método diagnóstico mostraba la existencia de *«una probable condensación basal derecha y un patrón de infiltrado intersticial en pulmón izquierdo»*, evidenciando la existencia de una afección pulmonar que unida al dolor torácico que presentaba, la dificultad respiratoria y sus antecedentes de miocarditis, debió haber sido objeto de un tratamiento adecuado, el cual podría haber evitado el empeoramiento de su estado de salud y, por ende, el fatal desenlace.

En relación con el tratamiento administrado al Sr. (...) el día 14 de septiembre de 2020 el SIP afirma que:

«En cuanto a la afirmación de que dicha valoración condicionó el tratamiento recibido y la evolución hasta el fallecimiento cabe aclarar que, aunque fuese bajo otra sospecha diagnóstica, el paciente fue tratado con antibioterapia intravenosa y dado de alta con pauta antibiótica vía oral.

Ante una condensación pulmonar la primera sospecha diagnóstica será una infección respiratoria de vía aérea baja o neumonía adquirida en la comunidad (NAC, infección pulmonar en personas que no han sido recientemente hospitalizadas). Se han descrito más de cien agentes etiológicos de la NAC, de los cuáles el principal responsable es el Streptococcus pneumoniae. El diagnóstico de la NAC es clínico, es decir se basa en la anamnesis (fiebre, tos, expectoración, disnea) y el examen físico (taquipnea, auscultación pulmonar patológica -hipofonesis, crepitantes, roncus-), además se ha visto que la normalidad en los signos vitales y en la auscultación reduce de forma significativa la probabilidad de padecer neumonía.

El paciente no presentaba alteración de signos vitales, clínica ni examen físico sugestivos de infección respiratoria por lo que no se sospechó este diagnóstico, sin embargo, ante la sospecha de ITU fue dado de alta con tratamiento antibiótico empírico. En este caso se indicó Cefuroxima que es un antibiótico activo frente a la mayoría de las bacterias gram-positivas (estafilococos, estreptococos, algunas anaerobias) así como algunas gram-negativas (E. coli, Klebsiella, H influenzae (...)), por tanto entre sus indicaciones se encuentran tanto infecciones del tracto urinario (cistitis, pielonefritis) como infecciones respiratorias (exacerbación de bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad).

Por tanto la interpretación de la radiografía como normal no conllevó una actitud terapéutica diferente a la que se hubiese llevado a cabo de haber interpretado la presencia de una "probable" condensación, es decir, se indicó tratamiento antibiótico empírico».

A pesar del esfuerzo argumentativo realizado por el SIP, tales afirmaciones han quedado desvirtuadas por el propio informe emitido por el SIP quien, al reseñar la

bibliografía consultada, en su apartado 9 remite a la siguiente referencia: «*Mediclopedia. Cefuroxima. Disponible* en:

https:/www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c040.htm».

Pues bien, consultada la web de referencia, en la misma se explica que la Cefuroxima está también indicada para el *«tratamiento de infecciones serias del tracto respiratorio inferior (p.ej. neumonía): Administración parenteral: Adultos y adolescentes: 750 mg – 1.5 g i.v. o i.m. cada 8 horas».* Efectivamente, la Cefuroxima está indicada también para el tratamiento de la neumonía, ahora bien, la dosis de dicho fármaco recomendada al Sr. (...) por el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el día 14 de septiembre de 2020, no era la adecuada para el tratamiento de la neumonía. Así, a pesar de que ese día, durante su estancia hospitalaria, se le administró vía intravenosa Cefuroxima 750 mg.; sin embargo, en el momento del alta al Sr. (...) se le prescribió 1 comprimido de Cefuroxima 500 mg. cada doce horas durante diez días, dosis muy inferior a la que realmente requería el tratamiento que precisaba -750 mg., vía intravenosa o muscular, cada ocho horas-.

De lo hasta aquí razonado se concluye que el error en el diagnóstico como consecuencia de una incorrecta lectura de la radiografía de tórax efectuada en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el día 14 de septiembre de 2020, así como, el insuficiente tratamiento farmacológico que se le prescribió, limitaron las posibilidades de curación del paciente, toda vez que existe la probabilidad de que una correcta interpretación de la radiografía realizada el 14 de septiembre de 2020 hubiera facilitado un correcto diagnóstico y, consecuentemente, un tratamiento adecuado, evitando que la enfermedad evolucionara como lo hizo, consolidándose, complicándose con otras patologías y produciendo el fallecimiento del paciente.

5. En relación con la doctrina de la pérdida de oportunidad, la reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de febrero de 2025 (Rec. 577/2022), que condensa la doctrina jurisprudencial que en la materia ha sentado la Sala Tercera del Tribunal Supremo, razona lo siguiente:

« (...) La doctrina de la pérdida de oportunidad, que ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, ya en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, y de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal

quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 y de 22 de mayo de 2012, la dictada en fecha de 20 de marzo de 2018 insiste en la doctrina de la pérdida de oportunidad desde la óptica de la incertidumbre "acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo".

En similar sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 reitera que la doctrina de la pérdida de oportunidad "exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto".

La sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 se refería a la doctrina de la pérdida de oportunidad por retraso en dispensar al paciente, en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que " (...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" (sentencias de 7 de septiembre de 2005 y 26 de junio de 2008), constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio".

Hay, pues, dos aspectos esenciales a valorar cuando intentemos demostrar la posible existencia de un supuesto de actuación médica en la que no se han aplicado los medios, modos o formas ordinarios o protocolizados para evitar un mal que, finalmente, se produjo y que podía haberse evitado con carácter previo si se hubiera actuado de forma diferente a como se hizo, pero que no se aplicó en el momento oportuno:

1º.Grado de Probabilidad de que una actuación diferente hubiera tenido como efecto la evitación del mal posterior.

2º.Grado o entidad del daño ocasionado.

A este respecto, ha de tenerse en cuenta que en la STS de 25 de mayo de 2016 se razona que la doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea

simplemente una expectativa general, vaga, meramente especulativa o excepcional, ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética.

En definitiva, lo que se debe indemnizar es el coste de la oportunidad perdida por esa falta de atención, por el retraso en la misma, todo ello en relación con una enfermedad que no sabemos cómo habría acabado en caso de que se hubiese adoptado alguna decisión terapéutica relevante tras haberse hecho las pruebas indicadas, pues es una obviedad que no todo tratamiento médico bien aplicado lleva a la curación total o a la evitación de toda secuela».

Aplicando la anterior doctrina al caso que nos ocupa y apreciando, como se ha expuesto, la existencia de pérdida de oportunidad en la atención sanitaria dispensada al Sr. (...) el día 14 de septiembre de 2020, consideramos que, teniendo en cuenta, por un lado, el alto grado de probabilidad de que una actuación médica diferente hubiera tenido como efecto la evitación del mal posterior, puesto que la evolución de la enfermedad -cuya gravedad no ha sido puesta en duda- durante cuatro días sin el tratamiento adecuado aumentó exponencialmente las dificultades para su cura; y, por otro lado, el grado o entidad del daño ocasionado que fue la muerte, nos llevan a considerar que el coste de oportunidad ha de quedar fijado en un 80 %.

En conclusión, en virtud de todo lo anteriormente razonado, en el presente caso procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, no se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

6. Por último, los reclamantes solicitan una indemnización por importe total de 100.447,25 euros aplicando analógicamente las tablas contenidas en el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Pues bien, considerando correcta la cuantificación de la indemnización solicitada y tal como se acaba de señalar en el apartado anterior del presente Fundamento, a los interesados les corresponde percibir en concepto indemnizatorio el 80 % -coste de oportunidad- de la cantidad reclamada, esto es, 80.357,80 euros.

Asimismo, la cantidad objeto de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales

se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación sanitaria de los interesados, no se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.