Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de septiembre 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por el fallecimiento de su causante (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 301/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP), pues los interesados cuantifican la indemnización reclamada conjuntamente en 312.642,86 euros. Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

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 (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

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la pareja de hecho del paciente fallecido y el hijo en común de ambos la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP], constando la documentación acreditativa de ello.

6.1. Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se

ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: "Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis".

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

La citada doctrina resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

6.2. En lo que se refiere a 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.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 13 de enero de 2024, habiéndose producido el fallecimiento del causante de las personas interesadas el día 13 de enero de 2023.

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

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación presentado, constan expuestos en los siguientes términos:

«SEGUNDO.- El día 12/01/2023 (...) ingresó en el Hospital Nuestra Señora de La Candelaria aquejado de diversas dolencias que venía arrastrando desde hace tiempo y que, como consecuencia de su grave empeoramiento, le impedían sostenerse por sí mismo.

En ese momento tenía 55 años de edad, desde hacía 3 semanas sufría debilidad de miembros inferiores con dolor en las plantas de los pies y dolor lumbar, lo cual le impedía la deambulación. Hacía una semana presentaba un cuadro de infección de vía aérea superior y, posteriormente dificultad respiratoria que mejoró tras tratamiento con inhaladores. Esa semana presentó síndrome emético durante 3 días, presentando el día de su ingreso, desvanecimiento con mareo, que relacionó con Hipotensión. A la anamnesis dirigida refirió opresión torácica, pérdida de 2-3 Kg, astenia, sin clara disminución del apetito. Por otro lado, refería labilidad emocional y anhedonia de meses de evolución, sin dolor muscular ni fiebre.

En la fecha de su ingreso, entre otras pruebas, se le realizó una radiografía de tórax, con el siguiente resultado: ICT aumentado en tienda de campaña. Nódulo-masa en lóbulo superior izquierdo. Pérdida de volumen en hemitórax izquierda.

Al día siguiente a su ingreso se le realizó una ecografía transtorácica con el siguiente resultado: derrame pericárdico severo con datos de compromiso hemodinámico (VD parcialmente colapsado, variación del patrón de llenado transtricuspídeo, cava dilatada sin colapso, (...)).

Asimismo, se le realiza una citología y anatomía patológica de líquido pericárdico, cuyos resultados de 16/01/2023 y de 19/01/2023 confirman, con posterioridad a su exitus, un adenocarcicoma primario pulmonar en estadio avanzado.

Todo ello se acredita con el Informe Clínico de Alta del Servicio de Neumología de 13/02/2023 que se acompaña como DOCUMENTO NÚMERO SEIS, en el que se recoge el siguiente diadnóstico prinicipal:

1. EXITUS LETALIS

2. ADENOCARCICOMA PRIMARIO PULMONAR ESTADIO AVANZADO

3. DERRAME PERICÁRDICO SEVERO METASTÁSICO

TERCERO.- Así pues, (...) falleció sin tan siquiera conocer el diagnóstico de la enfermedad que padecía y de su gravedad, sin que le realizaran las pruebas oportunas al efecto hasta momentos antes de su defunción, cuando su vida era ya insalvable. En consecuencia, hasta su defunción, a (...) se le privó de la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado a su patología, lo cual le hubiera permitido sobrevivir a la misma o,

cuando menos, de retrasar el fatal desenlace o, en el peor de los casos, afrontarlo en las condiciones más humanas y dignas posibles, tanto para él, como para su familia que se vio gravemente afectada por la inesperada pérdida.

La asistencia sanitaria que (...) recibió hasta su fallecimiento fue realmente anormal y deficiente, agravando su agonía hasta los últimos días de su vida, tal y como se desprende de su historial médico donde, efectivamente, se constata una reiterada e inexcusable desatención a su enfermedad y una mala praxis.

En los días previos a su ingreso hospitalario en fecha de 12/01/2023, (...) acudió hasta en cinco ocasiones al Centro de Salud aquejado de mucho dolor en piernas, refiriendo dolor lumbar, desvanecimiento y caídas, tos y vómitos. En concreto, acudió el día 29/12/2022, por lumbalgia de dos días de evolución y dolor agudo, solicitando la IT. Tras ello, volvió a acudir el día 5/01/2023, refiriendo cuadro catarral, pautándosele tratamiento acetilcisteina. Posteriormente, el día 08/01/2023, refiriendo que seguía con tos seca, flemas que no podía expulsar, mocos, y dificultades para respirar cuando se acostaba. Se le mandó tratamiento con fluimucil. Tras ello volvió a acudir el día 9/01/2023, donde se evidenciaba que su patología no evolucionada adecuadamente, pese a lo cual, se le administró tto IM POM en glúteo izquierdo y se le mandó a su casa. Volvió a acudir el 11/01/2023, ante la más absoluta desesperación de (...) y mi representada, que había tenido que recogerlo del suelo tras una caída en el baño de su casa, vomitó en la consulta y se le mandó nuevamente a su casa. En ninguna de dichas visitas se realizaron, ni tan siquiera se solicitaron, las pruebas que con posterioridad a su fallecimiento confirmarían el cáncer que padecía.

Previamente al anterior periodo de IT comprensivo desde el día 29/12/2022 hasta el alta por exitus el 13/01/2023, (...) ya había atravesado otros periodos de IT, con sucesivas visitas médicas (24/11/2022, 03/11/2022,14/10/2022, 06/10/2022, 29/09/2022, 22/09/2022, 15/09/2022, 14/09/2022, 09/06/2022, 01/06/2022, 24/05/2022, 17/05/2022,10/05/2022, 04/05/2022, 22/03/2022, 19/01/2022, 01/12/2021, 26/11/2021, 03/11/2021, (...)). Se le había diagnosticado lumbalgia de larga evolución y se le había remitido a la unidad del dolor más, pese a que se le habían pautado distintos tratamientos para esta patología, su evolución era crónico ante la falta de respuesta a estos tratamientos. Igualmente, había presentado cuadros catarrales en dichas visitas médicas (26/11/2021, 01/12/2021), era fumador y en el último año había bajado considerablemente de peso. En mayo de 2021 se le realizó un Bloqueo Epidural cervical que alivió su dolor en más de un 50% hasta agosto de 2021, más resultaba insuficiente y sus dolores se agudizaban cada vez más, pese a que tras examen R.M de la columna lumbar en septiembre de 2021 se había concluido en una ligera discopatía L5-S1 de predominio medial sin afectación radicular.

Resulta así incomprensible que, ante la falta de respuesta a los tratamientos pautados, sus graves dolencias y los signos externos que presentaba, a (...) no se le hubieren hecho otras pruebas que pudieran confirmar el diagnóstico real de sus padecimientos.

CUARTO.- A mayor abundamiento, (...) era una persona que, no solo por sus graves dolencias acudía de manera reiterada al médico, sino que, además, como trabajador del Servicio Canario de Salud en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, con la categoría profesional de PINCHE de COCINA, se sometía a los controles médicos anuales, sin que en éstos tampoco se advirtiese su ineptitud para trabajar a causa de la grave patología que padecía. Al contrario, el resultado de dichos exámenes siempre fue APTO.

La desatención que recibió (...) por parte del Servicio Canario de Salud, no solo ocasionó que su patología no recibiese el tratamiento correspondiente, sino un profundo malestar emocional ante la ausencia de credibilidad que provocaban sus constantes quejas ante el dolor que estaba soportando: si los médicos no le diagnosticaban nada grave, si era apto para trabajar, tanto dolor no era creíble.

Así, (...) realizó un esfuerzo sobrehumano hasta el final de sus días para poder seguir trabajando, ante el sentimiento de vergüenza que le producía que los demás pensaran que fingía estar enfermo para estar de baja, llegando a recibir comentarios en este sentido por parte de compañeros de trabajo, como en múltiples ocasiones le confesó a su pareja. Se sentía frustrado e incomprendido ante esta situación, considerando que, quizás, dichos comentarios podrían tener algo de cierto. Pero lo cierto es que (...) presentaba una enfermedad que, objetivamente, le incapacitaba de manera absoluta para trabajar y que los graves dolores que padecía eran reales.

Mi representada, que fue pareja de (...) durante más de catorce años, madre de su único hijo y que también presta sus servicios para el Servicio Canario de Salud con la categoría de dietista, tiene que lidiar con el sentimiento de culpabilidad por haber confiado en los diagnósticos médicos que recibió (...), con el sentimiento de impotencia que le causa la desatención que, no solo como ciudadanos, sino también como trabajadores del Servicio Canario de Salud, han recibido de éste, así como con la desolación de saber que su hijo ha quedado desprovisto de la afectividad y el cuidado que su padre le proporcionaba cuando, de haber recibido un tratamiento adecuado, ese daño se podía haber evitado».

2. Así mismo, para completar los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 17 de febrero de 2025:

«(...), varón, nacido el día 12 agosto de 1967, de 55 años de edad en el momento de los hechos. Destacaban antecedentes personales de alergia a la codeina, hipertensión arterial, tabaquismo activo, espondiloatrosis lumbar, con radiculopatía lumbosacra (L3-L4, L4-L5, L5-S1 medial), cervicobraquialgía derecha, en el contexto de protusión foraminal derecha

comprometiendo la raíz derecha, produciendo síndrome facetario cervical derecho. Antecedente quirúrgico de safenectomía.

1.- El día 12/01/2023 (...) acudió a Urgencias del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria por presentar un cuadro de debilidad en extremidades inferiores y algias musculares, que se inició unos 20 días antes. Hace una semana, cuadro catarral con tos y despeño diarreico. El tratamiento actual consiste en: Candesartan 8 mg 1/12h. Budesonida 200 microgramos/pulsación 2pulsaciones /12h. Fecha inicio 08/01/2023 – duración 5 días. Mucosan 6 mg jarabe 10 ml/8 h. Fecha inicio 08/01/2023 – duración 5 días. Diagnóstico de sospecha: Polineuropatía. TA 85/56 mmHg, FC 95 lpm, Temperatura 35º C, Sat. 99 %

En las pruebas complementarias solicitadas: la analítica mostró alteraciones con deterioro de la función renal, elevación de las transaminasas y enzimas musculares.

Llama la atención que el paciente esta hipotenso, taquipneico en reposo, con SatO2 conservada, signos de mala perfusión periferica y cianosis distal. Reflejo hapatoyugular positivo. La auscultación cardiopulmonar mostró ruidos cardíacos rítmicos de bajo tono y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

En la radiografía de tórax se observo un corazón en gota. Y una imagen nodular en lóbulo pulmonar superior izquierdo.

La ecografia transtorácica confirmó la sospecha clínica de taponamiento cardíaco (ECG bajos voltajes, alteraciones eléctricas, alternancia eléctrica. Hipotenso, ingurgitación yugular a 45º, taquipneico en reposo, datos de mala perfusión periférica). derrame pericardico severo con datos de compromiso hemodinámico (ventriculo derecho parcialmente colapsado, variación del patrón de llenado transcuspideo, cava dilatada sin colapso (...)).

Se realizo una pericadiocentesis evacuadora, vía subxifoidea, ecoguiada se extrajeron más de 1000 cc de líquido pericárdico serohemático, y se dejó el drenaje suturado a piel. Se remitieron muestras a citología, bioquímica y cultivo.

Juicio diagnóstico: Taponamiento cardíaco por derrame secundario a neo de pulmón.

Con el diagnóstico de masa pulmonar a estudio, derrame pericárdico, polineuropatía axonal y alteraciones iónicas. Se ingreso en la UCRI del Servicio de Neumología, recomendandose monitorización al menos 24 horas hasta ver evolución.

Se cubre empíricamente con antibioterapia. Valorado por Neurología, que no considera realizar más estudios en de momento. Se solicito TC de cuello toráx abdomen pelvis con contraste.

2.- El día 13 de enero de 2023 El paciente refiere encontrarse mejor, sin disnea, piel algo sudorosa, bien perfundido. Eupneico, regular estado general. Consciente y orientado. ACP rítmico y sin soplos. MVC sin sonidos añadidos. Abdomen anodino. Drenaje de líquido

pericárdico de unos 400 cc. Diuresis conservada, orina clara. Taquicardia sinusal en telemetría. Rx de tórax con masa superior izquierda. Virus respiratorios negativos. Pendiente de completar estudio.

Sobre las 11:30 h avisa enfermería por desconexión del medio. Cuando acudimos presenta parada cardiorespiratoria por lo que se activa busca de parada y se inicia reanimación cardiopulmonar. Posteriormente acude Unidad de Medicina Intensiva, Cardiología (que descarta empeoramiento del derrame pericárdico) y Anestesiología. Se realiza RCP sin éxito, se confirma exitus a las 12.20 h».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 13 de enero de 2024.

El día 23 de febrero de 2024, se dictó la Resolución n.º 131/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, el informe del Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), los informes emitidos por la doctora (...) Médico de Vigilancia de la Salud. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del HUNSC y, finalmente, el informe emitido por el doctor (...). Médico sustituto de Atención Primaria del Centro de Salud Ofra-Miramar.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de los interesados.

4. Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, formulando alegaciones.

En su escrito de alegaciones, la representante de los interesados manifiesta que los informes médicos emitidos en este caso, incluido el informe del SIP, no han sido objetivos e imparciales debido al vínculo laboral de los informantes con el SCS, razón por la que solicita que «*se recabe dictamen pericial médico de especialista en oncología a emitir por un profesional externo e independiente del Servicio Canario de Salud*».

A ello se le contesta por el SCS, en escrito emitido al efecto lo siguiente:

«En relación con el Expediente de Responsabilidad Patrimonial nº 10/24 formulado por (...) y (...), se requiere a la parte interesada a fin de que, en el plazo de un mes, aporte el informe pericial que propone en escrito de alegaciones de 25 de marzo de 2025

Respecto a la carga de la prueba, la jurisprudencia señala como regla general: " (...) en un ámbito tan técnico como es la responsabilidad sanitaria, adquiere gran importancia la correcta aplicación de las normas sobre la carga de la prueba, de modo que corresponderá a quien sostiene que la Administración ha incurrido en responsabilidad patrimonial acreditar la concurrencia de los requisitos a los que nos hemos referido, incluidos los distintos conceptos por los que reclama una indemnización y el importe de los mismos (art. 217.2 de la LEC) siendo carga de la Administración probar los hechos impeditivos u obstativos a la pretensión de la parte actora" (STSJ de Galicia nº 139/2025 de 31 de marzo)».

Además, en la Propuesta de Resolución se afirmó sobre esta cuestión que:

«En relación con la falta de objetividad de los informes recabados, basta señalar la jurisprudencia al respecto: " (...) tampoco las críticas vertidas hacia el informe de la Inspección Médica resultan estimadas. La Inspección Médica y concretamente el Inspector que confecciona el informe necesario en estos casos no es un órgano dependiente de Osakidetza. La Ley 8-1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi lo configura como ente con personalidad jurídica propia y diferente por tanto de la Administración General de la Comunidad Autónoma Vasca a cuya Consejería de Sanidad pertenece la Inspección Médica, consejería regulada en la Ley también autonómica 7-1981. Por lo tanto esa independencia orgánica y funcional en que se fundamenta la Sentencia apelada para asumir el criterio del facultativo resulta inmune a la crítica de dependencia en que se basa la Apelación.

(...) Pero es más y es que aún si fuese dependiente no por ello, por esta única razón, el informe resultaría descartable y es que para que esto último ocurriese habría que verificar que efectivamente se presentaban datos o valoraciones o conclusiones contrarias a la razón o a la ciencia médica o claramente parciales y esto no ocurre así que el valor del informe es el que corresponde al ejercicio de una potestad discrecional técnica fundamentada, como es razonable, en los informes de quienes vengan tratando al apelante y que se valoran además de forma razonable e integral". (STSJ del País Vasco nº 232/2024 de 22 de mayo)

En el mismo sentido se pronuncia el TSJ de Extremadura en su sentencia nº 67/2024 de 8 de febrero: "En el expediente administrativo consta el dictamen de la Inspección de los Servicios Sanitarios, cuya finalidad es esclarecer de forma imparcial la existencia o no de responsabilidad sanitaria. No olvidemos que el informe de la Inspección Médica es emitido por un empleado público, sometido al principio de imparcialidad, y constituye un servicio especializado en este tipo de procedimientos puesto que su cometido es precisamente valorar la actuación médica con arreglo a los criterios de la responsabilidad patrimonial. El

dictamen recoge de forma detallada y clara todas las asistencias, consultas y pruebas realizadas a (….).

(…) El dictamen de la Inspección de los Servicios Sanitarios es muy claro en cuanto a las pruebas, seguimiento del paciente y mala evolución del mismo que, realmente, tiene lugar a partir del día 21-1- 2021. Damos por reproducido este informe y concluimos que ofrece mayor precisión e información sobre las pruebas procedentes y sobre la evolución del enfermo que el dictamen presentado por la parte actora, prevaleciendo sobre el dictamen pericial de la parte demandante que se centra en el Procedimiento de actuación frente a casos de covid-19 y no en el examen individualizado de los síntomas del paciente"».

En primer lugar, no se observa en el expediente la concurrencia de ninguna circunstancia que indique que los profesionales médicos informantes hayan incumplido el deber de imparcialidad que como empleados públicos que son les corresponde.

En segundo lugar, como correctamente le contesta el SCS a los interesados, estos están en su derecho de aportar los informes periciales que estimen convenientes, lo que harán por cuenta de ellos y no del SCS, como no puede ser de otra manera (arts. 77 y ss. LPACAP).

Así, este Consejo Consultivo ha manifestado en multitud de ocasiones, como por ejemplo, en el Dictamen 128/2025, de 27 de marzo, entre otros muchos, que:

«5. En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (…) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de 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)», doctrina aplicable a este supuesto.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 27 de junio de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.*

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

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, por ser correcta la actuación sanitaria prestada al paciente fallecido.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«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 con 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".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

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 el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. En el presente asunto, los reclamantes consideran que no se le dio al afectado un diagnóstico adecuado de su patología oncológica con el tiempo necesario para evitar el resultado final.

4. Pues bien, en el informe del SIP se afirma con carácter general sobre la actuación médica objeto del presente asunto que:

«El paciente contaba con un historial de asistencia médica prolongado debido a patologías osteomusculares, principalmente relacionadas con la columna vertebral. Durante los últimos 27 años, las consultas médicas fueron mayormente por procesos de incapacidad laboral relacionados con discopatía cervical y lumbar, radiculopatía y lumbociatalgia. En todo este tiempo, no consta en la historia clínica síntomas respiratorios recurrentes, hemoptisis, disnea progresiva ni otros signos que hubiesen justificado estudios específicos de cribado oncológico pulmonar.

En los últimos dos años, los episodios de baja médica se debieron principalmente a patología musculoesquelética, sin evidencia de infecciones respiratorias de repetición ni síntomas sistémicos que hicieran sospechar un proceso neoplásico en curso. No se detectó en ningún momento una indicación clínica que justificara la realización de pruebas complementarias para descartar una neoplasia pulmonar».

En segundo lugar, en dicho informe se señala sobre la actuación médica dispensada al paciente a partir del 12 de enero de 2023, que:

«1.- (...), varón de 55 años, con antecedentes de tabaquismo activo, hipertensión arterial, espondiloartrosis lumbar con radiculopatía lumbosacra, cervicobraquialgia derecha y antecedentes quirúrgicos de safenectomía, consultó el 12 de enero de 2023 en el Servicio de Urgencias por un cuadro de malestar general, debilidad en miembros inferiores de tres semanas de evolución, dolor lumbar limitante para la deambulación, tos, disnea de esfuerzos y vómitos en las últimas 72 horas.

En la anamnesis dirigida se documentó opresión centrotorácica, pérdida ponderal de 2-3 kg en los últimos meses, astenia e hiporexia. A la exploración física destacaba hipotensión arterial, cianosis distal, datos de mala perfusión periférica e ingurgitación yugular a 45°. Se

iniciaron los estudios pertinentes, que permitieron identificar un derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico, realizándose pericardiocentesis con extracción de más de 1000 cc de líquido serohemático. Posteriormente, se identificó una masa pulmonar en el lóbulo superior izquierdo y se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar en estadio avanzado (cTxNxM1a).

El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI), evolucionando favorablemente en las primeras horas. Sin embargo, el 13 de enero de 2023 presentó una crisis de desconexión del medio con movimientos tónicos, desaturación y posterior paro cardiorrespiratorio. Se realizaron maniobras de reanimación sin éxito, confirmándose el exitus a las 12:20 h.

2.- Tras el análisis y estudio de la documentación aportada, se pueden establecer los siguientes puntos:

• Desde su llegada a Urgencias hasta su ingreso en la UCRI, se realizaron todas las pruebas complementarias pertinentes según la clínica presentada. Se identificó la presencia de un derrame pericárdico de forma precoz y se llevó a cabo el tratamiento indicado.

• No se aprecia ninguna actuación que se haya apartado del estándar de cuidado aceptado. Se tomaron todas las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas según los hallazgos clínicos en cada momento.

• En la revisión de la historia de salud previa del paciente, no se documentaron signos ni síntomas persistentes que justificaran la sospecha de un proceso oncológico antes del ingreso. Su atención médica anterior se centró en patología osteomuscular crónica, sin evidencia de manifestaciones clínicas que obligaran a realizar estudios de imagen torácicos de manera anticipada.

• Los estudios epidemiológicos han demostrado que el adenocarcinoma pulmonar puede progresar de manera silenciosa hasta estadios avanzados. En este caso, el primer signo evidente de la enfermedad fue el derrame pericárdico, lo que indica un estadio avanzado con diseminación a distancia.

• La literatura indica que el derrame pericárdico maligno puede estar presente en hasta el 21% de los casos de cáncer de pulmón en estadios avanzados, lo que refuerza que este hallazgo fue parte de la evolución natural de la enfermedad y no consecuencia de una atención inadecuada. 10

3.- No hubo mala praxis en la atención proporcionada al paciente, ya que las actuaciones médicas fueron acordes a los estándares científicos y protocolos vigentes.

No existe relación de causalidad entre la atención sanitaria prestada y el desenlace del paciente. La muerte del paciente se debió a la progresión de un adenocarcinoma pulmonar en estadio avanzado, sin que se hayan identificado oportunidades de intervención temprana no realizadas.

El desenlace era previsible dado el estadio avanzado del tumor en el momento del diagnóstico. La aparición de un derrame pericárdico severo fue una manifestación de la enfermedad y no consecuencia de una actuación médica incorrecta.

Por todo lo expuesto anteriormente se informa desfavorablemente a los reclamantes».

5. En este caso, ha resultado acreditado que el paciente, hasta el día 12 de enero de 2023 solo presentaba síntomas propios de sus patologías crónicas de carácter osteomuscular, especialmente las generadas por las discopatías cervicales y lumbares que sufría, entre otras patologías de similar naturaleza ya referidas, sin que hubiera presentado hasta dicho momento ningún signo evidente de padecer la patología oncológica pulmonar anteriormente expuesta, no habiéndose demostrado que concurriera un diagnóstico erróneo o tardío imputable a los profesionales médicos por actuación alguna contraria a la *lex artis*.

El derrame pericárdico maligno, fruto del adenocarcinoma pulmonar en estadio avanzado que padeció, fue el primer síntoma propio de dicha patología que presentó el paciente y al que se le hizo frente por los doctores del SCS con todos los medios humanos y materiales de los que dispone la Administración sanitaria, pero pese a la correcta actuación de los doctores no fue posible evitar el resultado final.

6. Asimismo, en lo que se refiere al diagnóstico erróneo que aducen los interesados, con base en lo expuesto con anterioridad, procede señalar que es de aplicación la doctrina de la «*prohibición de regreso*», a la cual nos hemos referido, entre otros, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 222/2025, de 20 de mayo, en el que se señala que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)"».

Esta doctrina, unida a lo ya expuestas, permite considerar que no ha habido error de diagnóstico, dándose al paciente diagnósticos correctos y relacionados todos ellos con la sintomatología que fue presentando durante el proceso médico relatado.

7. Por lo tanto, no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por los interesados, motivo por el que procede la desestimación de la reclamación formulada.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.