Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de enero de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 521/2025 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 pues, pues el interesado lo cuantifica en su reclamación, reclamando entre 650.000,00 y 1.000.000,00 euros, de acuerdo con 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con 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; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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 el afectado la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 2 de enero de 2024 en relación con un proceso médico relacionado con una patología, consistente en padecimiento de acúfenos, cuya determinación se produjo en su visita al servicio especializado en la materia del Hospital de Getafe el 29 de septiembre de 2023, sin perjuicio de su mala evolución posterior.

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 este caso, los hechos que comprenden la reclamación del interesado se exponen en su escrito de alegaciones correspondiente al trámite de vista y audiencia en los siguientes términos:

«1. EXPOSICIÓN FÁCTICA Y CRONOLOGÍA (HECHOS FUNDAN TES)

1. El compareciente inició su actividad laboral como repartidor de plataformas digitales en 2019.

2. En agosto del 2021 sufrió una epicondilitis por su actividad laboral (como autónomo, con la Mutua (...)), que inicialmente denegó la enfermedad laboral y no asumió la atención que le correspondía como entidad colaboradora de la S.S. Hecho que dio inicio al primer conflicto. Que consistió en una guerra de oposición y poder administrativo de la Mutua, que terminó perdiendo el reclamante con la retirada de la prestación (mediante protocolos habituales de mutua). Lesionado, sin prestación, sin trabajo (debido a la inspección laboral y cambio de ley) obligado a buscar atención médica privada que sustituya a la mutua. Ya que tanto la mutua como el medico de cabecera crearon e hicieron seguimiento de la enfermedad de epicondilitis con pruebas, diagnósticos y tratamiento privado y pagados por el demandante. Este, sufrió estrés, ansiedad y violación de derechos de toda índole y tiempo después el INSS dio la razón al demandante en determinación de contingencia. Pero no se hizo nada, ya era tarde.

3. Por todo lo expuesto, en febrero de 2022 se diagnostica por primera vez el Tinitus por lo privado. Pese a comunicar dicho diagnóstico al médico de cabecera (…) de la S.S, no se adoptó seguimiento especializado, no fue derivado a un especialista ni se inició ningún protocolo beneficioso para el paciente (ni protocolario, ni medico). La derivación a Madrid, al Instituto Otorrinolaringológico especializado en Tinitus, fue recomendada por el Otorrino privado. El viaje, estancia y demás gastos, fueron soportados por un enfermo sin apoyo publico de la SS. Solo entonces el paciente recibe la atención adecuada y fue finalmente derivado a los servicios de psiquiatría y psicología privadas, donde se inició su tratamiento integral para el Tinitus. En Madrid fue informado (salud laboral de Mostoles) de que sus derechos como usuario del SCS no se habían atendido. Desde la detección inicial de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento efectivo transcurrió más de un año y fue todo por lo privado, evidenciándose una clara falta de diligencia y demora asistencial por parte del sistema público de salud. La Seguridad Social y la Mutua no gestionaron derivaciones, provocando una inacción de más de un año sin tratamiento adecuado. Ocasionando la segunda determinación de contingencia a la Mutua (...) (esta vez fue denegada por el INSS. El juicio será el 3 de noviembre).

4. Durante el período 2019-2024 existieron: altas/bajas administrativas e inspecciones laborales incorrectas, enfermedades/accidentes laborales, 3 años de precariedad económica y falta de continuidad asistencial y legal, traslados a Madrid por salud, decenas de errores administrativos y notificaciones tardías que constan en el expediente.

5. En 2024/25 el reclamante consigue derivaciones y atenciones que, de forma manifiesta, no se hubieran producido sin la actividad pro-activa, sin el seguro privado y sin sus ahorros personales. Reclama desesperada e insistentemente la intervención de la dirección hospitalaria, para que actúe, en ausencia de acción de la SCS, Seguridad Social y la Mutua, que no gestionaron derivaciones y provocaron durante más de un año la ausencia de

un tratamiento adecuado. Sufriendo por ello: insomnio prolongando, malos tratos administrativos, depresión y demás afectaciones recogidas en informes médicos.

6. En 2023-2025 se reconoce judicialmente la condición de falso autónomo del reclamante frente a la empresa ((...)), lo cual altera la titularidad y la responsabilidad en relación con la gestión de contingencias y cobertura mutua desde los inicios del problema.

7. El reclamante ha sufrido perjuicios clínicos, psicológicos, económicos y morales por la concatenación de las anteriores circunstancias desde la fecha inicial del daño (3 de agosto de 2021) hasta la actualidad.

Hechos que deben constar, probarse y valorarse: la existencia de denegaciones de la Mutua, las fechas concretas de altas/bajas y traslados, la fecha DOC 13 y naturaleza de cada atención recibida (pública y privada), los gastos privados asumidos, y la relación cronológica entre las demoras y el empeoramiento del cuadro.

Es un hecho probado, que el SCS no solo no ha detectado, derivado y tratado en tiempo y forma la enfermedad del reclamante, sino que ha empeorado su enfermedad y calidad de vida, bloqueando sistemáticamente y alargando cada proceso hasta el día de hoy. La necesidad de esta alegación, es parte de la estrategia de un sistema ineficiente, caótico y toxico que omite, excusa y tergiversa hechos documentados (diagnósticos, derivaciones, enfermedades,por cuestiones que escapan al razonamiento y a la ley. de una claridad y derechos que se vulneran».

2. Además, en relación con los hechos, en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el día 26 de septiembre de 2029, se manifiesta lo siguiente:

«RESUMEN CLÍNICO PRELIMINAR

El paciente, (...), varón de 45 años de edad en el momento de los hechos, inició su actividad laboral como repartidor autónomo en plataformas digitales en 2019. Desde 2021 presenta episodios de ansiedad vinculados inicialmente a epicondilitis en el brazo derecho y a conflictos con la mutua por el reconocimiento de contingencia. A partir de 2022 refiere acúfenos bilaterales de alta intensidad, con hipoacusia neurosensorial en frecuencias agudas, insomnio y ánimo depresivo.

Ha sido valorado en atención primaria, en consultas de otorrinolaringología del SCS y en unidades especializadas de Madrid (Móstoles y Getafe), además de mantener seguimiento por psiquiatría privada. Se constata tratamiento farmacológico con antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, junto a recomendaciones de terapia sonora y técnicas de afrontamiento.

Los informes coinciden en señalar la influencia del componente psicológico sobre la percepción y el impacto de los acúfenos, lo que está en consonancia con la literatura

científica, que subraya el papel modulador de la esfera emocional en la intensidad del tinnitus percibido (McFerran et al., 2019) [1]

RELACIÓN DE HECHOS

1. 2019: Inicio de actividad como repartidor autónomo.

2. 2021-2022: Episodios de epicondilitis, baja laboral y reclamaciones a mutua; se reconoce finalmente accidente de trabajo. Aparición progresiva de ansiedad y, posteriormente, tinnitus.

3. 2022 en adelante: Seguimiento en atención primaria y consultas privadas de ORL y psiquiatría. Inicio de múltiples reclamaciones administrativas y judiciales.

4. 2023: Traslados autorizados a Madrid para consulta en unidades especializadas de acúfenos. Se documentan errores administrativos (alta por traslado) que son subsanados por Salud Laboral, manteniendo la baja en vigor.

5. 2023-2024: Persistencia de acúfenos con impacto subjetivo elevado. Informes de ORL y psiquiatría señalan relación con factores ansioso-depresivos. El paciente amplía reclamaciones y solicita indemnización por daños y perjuicios, fundamentando su queja en una supuesta mala praxis y descoordinación asistencial».

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 2 de enero de 2024, como ya se dijo.

El día 7 de abril de 2025, se dictó la Resolución n.º 248/2025 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y un posterior informe complementario de este Servicio y el informe del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria.

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

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, formulando alegaciones, la cuales dieron lugar a la emisión de un informe complementario del SIP, emitido el

día 27 de octubre de 2025, otorgándose tras el mismo un nuevo trámite de audiencia, lo que dio lugar a que el interesado formulara nuevas alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 19 de noviembre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«CUARTO.- 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, los Servicios Jurídicos emitirán informe preceptivo en materia de responsabilidad patrimonial, únicamente sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente. Asimismo, en el caso que nos ocupa, donde se subraya la " prohibición de regreso" o de la valoración "ex post de facto", le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 400/16- C (ERP 118/2014), que concluye: "La actuación médica implica una obligación de medios y no de resultados, y ello se traduce en que se deben aplicar al paciente todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento, debiendo estar ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia (...) "».*

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 interesado.

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, el interesado reclama porque considera que la asistencia médica prestada ha sido contraria a la *lex artis,* pues aduce que se ha producido un retraso en la atención médica especializada lo que agravó el mal estado de su salud física y mental, obligándole además a recurrir a la medicina privada, lo que le supuso un perjuicio económico que no tiene el deber de soportar.

4. En relación con la reclamación formulada por el interesado se manifiesta en el informe preceptivo del Servicio actuante que:

«- No se solicitaron pruebas complementarias pues el paciente ya aportaba con su documentación los resultados de las pruebas que habitualmente se solicitan en estas situaciones clínicas.

- De modo general, este tipo de acúfeno, siendo de percepción de un sonido sin estar relacionado con una fuente de sonido externa, es una patología con una lata prevalencia en la población general. Si bien en la mayoría de los casos tanto su intensidad como la forma personal de afrontarlo, o hacen tolerable, en algunos caso, tal como parece el de (...), el acúfeno pude llegar a ser muy invalidante y producir un gran afectación de la calidad de vida.

- La medición de la intensidad del acúfeno no es una prueba objetiva y depende de la valoración que hace de ella el propio paciente.

(…)

- Es de descartar que, según consta en la historia médica, la audiometría del paciente muestra una caída neurosensorial en las frecuencias agudas. Este hallazgo sugiere la existencia de un daño en la vía neurosensorial de la audición que es una reconocida causa de acúfenos. Desconozco cual pude haber sido el origen de este daño, pero a modo informativo, expongo las causas más comunes: exposición a ruidos intensos, presbiacusia, predisposición genética, toma de fármacos ototóxicos (...)

- Cabe resaltar que según la anamesis y la exploración realizada inicialmente, el paciente presenta una exostosis (crecimiento del hueso del conducto auditivo externo) y que ha sido buceador o al menos a practicado inmersiones de forma repetida. La práctica del buceo no se relaciona directamente con la aparición de hipoacusia neurosensrial y de acúfenos pero se sab que los episodios de disbarismo (problema de mala compensación de las presiones) pueden llegar a a afectar no solo el oído medio, sino también el oído interno y producir hipoacusia, vértigo y acúfenos. Desconocemos si el paciente ha sufrido episodios de barotraumatismo».

5. Además, en el primer informe del SIP se señala que:

«OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

El cuadro de tinnitus e hipoacusia es real, pero su vivencia incapacitante se encuentra fuertemente condicionada por el trastorno ansioso-depresivo. Diversos estudios han mostrado que la comorbilidad psiquiátrica, en particular la ansiedad y la depresión, constituye el principal factor pronóstico de la discapacidad asociada al tinnitus, más incluso que la intensidad objetiva del síntoma (Langguth et al., 2013) [2].

La atención prestada por el SCS incluye valoración en atención primaria, interconsultas a otorrinolaringología y autorización de derivaciones a centros especializados. Este itinerario asistencial es acorde a la práctica clínica habitual y no se aprecian omisiones graves ni falta de acceso a recursos diagnósticos.

Los problemas administrativos detectados (como el alta por traslado) fueron corregidos de forma inmediata, asegurando la continuidad de la baja y del proceso asistencial. No se identifican retrasos que pudieran haber influido de manera directa en la evolución clínica del cuadro.

El paciente vincula reiteradamente sus síntomas con conflictos laborales, demandas judiciales y expectativas indemnizatorias. Este patrón de atribución externa es consistente con lo descrito en la literatura, que señala cómo factores psicosociales y contextuales pueden amplificar la percepción negativa del tinnitus y su repercusión funcional (McFerran et al., 2019) [1].

La evidencia disponible no permite establecer una relación causal entre la actuación de los servicios sanitarios y el agravamiento del tinnitus. Por el contrario, la evolución clínica observada se ajusta a lo descrito en la literatura en casos de tinnitus crónico con comorbilidad ansiosodepresiva, donde el pronóstico depende fundamentalmente de la respuesta al tratamiento psicológico y de habituación (Langguth et al., 2013) [2].

Las guías europeas para el manejo del tinnitus recomiendan un abordaje multidisciplinar que incluya la evaluación otorrinolaringológica, el apoyo psicológico y las técnicas de habituación sonora, más que intervenciones farmacológicas específicas. Este enfoque reconoce la naturaleza multifactorial del tinnitus y prioriza la atención integral del paciente (Cima et al., 2019) [3].

En el caso analizado, la asistencia prestada por el SCS —con valoración en atención primaria, interconsultas a otorrinolaringología y derivación a unidades especializadas— se ajusta a estas recomendaciones internacionales. La incorporación de tratamientos sintomáticos y de medidas de afrontamiento psicológico responde igualmente a lo establecido en dichas guías.

Por tanto, la práctica asistencial seguida en este proceso no sólo se encuentra dentro de lo habitual, sino que está alineada con los estándares europeos más recientes en el manejo del tinnitus crónico.

CONCLUSIONES

Del análisis conjunto de la documentación clínica y administrativa se concluye lo siguiente:

1. El paciente presenta un cuadro de tinnitus asociado a hipoacusia neurosensorial y comorbilidad psiquiátrica ansioso-depresiva.

2. La atención sanitaria recibida se ajusta a la práctica clínica habitual, incluyendo valoración en atención primaria, derivaciones a otorrinolaringología y acceso a unidades especializadas.

3. Las incidencias administrativas detectadas (alta por traslado) fueron corregidas de forma adecuada, garantizando la continuidad asistencial.

4. La intensidad e impacto del tinnitus se encuentran fuertemente condicionados por factores psicológicos y contextuales, lo que explica la vivencia incapacitante descrita por el paciente.

5. No se acreditan deficiencias asistenciales que guarden relación causal con la aparición o el agravamiento del cuadro.

6. En consecuencia, la reclamación de responsabilidad patrimonial resulta desfavorable a las pretensiones del reclamante»

6. Asimismo, en el informe complementario del SIP se expone que:

«1. Sobre la motivación de la atención prestada

La afirmación de que "la atención se ajusta a la práctica clínica habitual" se fundamenta en la revisión completa de la historia clínica, los informes de atención primaria, las interconsultas a otorrinolaringología y psiquiatría, así como las autorizaciones de traslado a centros especializados (Móstoles y Getafe).

El itinerario asistencial registrado cumple con las recomendaciones establecidas en las guías clínicas europeas para el manejo del tinnitus crónico [Cima et al., 2019; Langguth et al., 2013], que priorizan la evaluación multidisciplinar, el apoyo psicológico y las medidas de habituación sonora frente a intervenciones farmacológicas específicas.

2. Sobre la valoración del componente psicológico

La referencia al impacto del componente ansioso-depresivo no constituye una "reducción causal", sino el reconocimiento de un factor pronóstico ampliamente documentado en la literatura científica [McFerran et al., 2019].

El informe original señala que el tinnitus y la hipoacusia son reales, pero que su vivencia incapacitante se ve modulada por el trastorno ansioso-depresivo, en coherencia con el consenso clínico actual.

No existen datos objetivos que permitan atribuir el agravamiento del cuadro a demoras o actuaciones concretas del sistema sanitario.

3. Sobre la incidencia de los errores administrativos

Los episodios administrativos detectados (alta por traslado y notificaciones tardías) fueron revisados y corregidos, asegurando la continuidad asistencial y de la incapacidad temporal. No se ha podido establecer un vínculo clínico entre estas incidencias y una pérdida de oportunidad terapéutica objetivable.

En consecuencia, las irregularidades formales no comportaron repercusión clínica acreditada ni alteraron el curso del proceso asistencial.

4. Sobre los informes externos aportados por el reclamante

La documentación complementaria (IOM, GomerMedi, Hospital Parque) ha sido revisada. Dichos informes confirman la existencia de tinnitus bilateral y la coexistencia de ansiedad y depresión, pero no aportan nuevos hallazgos otoneurológicos ni elementos que modifiquen la valoración etiológica o asistencial previa.

Los tratamientos y recomendaciones recogidos en ellos son coincidentes con los aplicados en el sistema público.

5. Sobre la interpretación de las reclamaciones del interesado

El informe previo describió, sin valoración de intencionalidad, la relación entre los síntomas referidos y los conflictos laborales y administrativos vividos por el interesado.

Dicha observación se incluyó únicamente como dato contextual clínicamente relevante, no como cuestionamiento de la veracidad del cuadro ni de su sufrimiento subjetivo.

6. Valoración clínica final

El conjunto de los datos revisados confirma que:

• El paciente presenta tinnitus crónico bilateral e hipoacusia leve en frecuencias agudas, con comorbilidad ansioso-depresiva de curso prolongado.

• La asistencia sanitaria recibida fue adecuada y acorde con la práctica clínica habitual.

• No se identifican omisiones asistenciales relevantes ni pérdida de oportunidad terapéutica atribuible al Servicio Canario de la Salud.

◦ Las incidencias administrativas registradas no tuvieron repercusión clínica demostrable.

◦ *El manejo terapéutico aplicado se encuentra alineado con las recomendaciones de las guías europeas para el tratamiento del tinnitus [Cima et al., 2019].*

7. Conclusión

A la vista de la información disponible, se ratifican las conclusiones del informe de 26/09/2025, considerando que la evolución del cuadro responde a un proceso multifactorial, con predominio de factores psicológicos y sociales, sin relación causal acreditada con deficiencias asistenciales».

7. Pues bien, todo lo expuesto en los informes reproducidos anteriormente demuestran suficientemente que la actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS ha sido conforme a *lex artis.*

Ello es así, en primer lugar, porque ha resultado demostrado que la asistencia médica prestada al interesado ha sido totalmente adecuada, en modo alguno ha habido desatención, pues no sólo se le atendió en Atención Primaria, sino que se efectuaron interconsultas a otorrinolaringología y psiquiatría, derivándole cuando fue necesario a Centros hospitalarios en Móstoles y Getafe, a solicitud del interesado.

En segundo lugar, tampoco ha acreditado que sus dolencias o el agravamiento de las misma se debiera a una presunta inatención del SCS, pues, al contrario, resulta probado en virtud de los informes médicos incorporados al expediente que su agraviamiento tiene tanto un origen físico, como psíquico, es decir, su agravamiento se debe a la natural evolución de sus dolencias, lo que se produjo pese a la actuación médica adecuada dispensada por el SCS, que puso a su disposición todos los medios personales y materiales de los que dispone, no siendo razonable exigir una actuación médica diferente de la habida.

A mayor abundamiento, el interesado no ha aportado ningún elemento probatorio que desacredite o desvirtúe los informes médicos obrantes en el expediente.

8. En relación con la carga de la prueba en el ámbito de la responsabilidad patrimonial cabe señalar, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 137/2025, de 3 de abril), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, 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 que

establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, RJ\2013\2430).

9. Por todo lo expuesto, procede señalar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el interesado, sin que se haya observado infracción alguna de la *lex artis* en este supuesto que nos ocupa.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.