Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 5 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de marzo 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. 18/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 24 de enero de 2026 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 27 de enero de 2026), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización solicitada ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo, la Administración sanitaria ha solicitado el presente dictamen; por ello se puede presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, igualaría o superaría los 60.000 € [art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-].

Así, ello determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC y en 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].

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento deber ser dictada por la Dirección del Servicio Canario de la Salud, a propuesta de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante, como esposa del fallecido, ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP)], como familiar directo de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado Dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es

ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado" (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020)».

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, la esposa del fallecido está legitimada exclusivamente por el daño moral que le ha causado la muerte de su esposo.

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP, por cuanto el fallecimiento se produce el 20 de diciembre de 2023, y la reclamación se presenta el 18 de julio de 2024.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo (...), presuntamente causado por el servicio público sanitario competencia del Servicio Canario de Salud, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos:

«(...), acude a urgencias del Centro de Salud de Tías con dolor en el tórax, el día 19 de diciembre de 2023 a las 07:06 horas, donde es atendido por la Doctora (...), donde es diagnosticado según informe médico como "dolor de la pared anterior del tórax" dándole medicación y enviado a casa. Como el dolor continua pide cita médica para acudir por consulta el día 20 de diciembre de 2023 a las 12:00 horas y es atendido por el Doctor (...), el cual diagnostica de nuevo "Dolor de la pared anterior del tórax y remisión urgente al Hospital" y es enviado a casa para que un familiar le lleve al Hospital, sin activar el protocolo de ambulancia que lleva un paciente en estos términos. El paciente fallece sobre las 12:30 horas de ese mismo día, dándole tiempo solo de llegar a casa caminando desde el centro de salud a no tener carnet de conducir y estar su familia en horario de trabajo.

Por los hechos acaecidos y aquí descritos presento esta RECLAMACIÓN como bien se dice en el encabezado, por los daños y perjuicios ocasionados principalmente en el paciente fallecido y a los familiares que sufrimos a día de hoy este fallecimiento tan inesperado, que quizás se hubiese podido evitar si se le hubiese dado la asistencia oportuna en estos casos».

Por tanto, del contenido de la reclamación se deduce que el fallecimiento se imputa a la falta de activación de la ambulancia para el traslado del paciente al Hospital desde el Centro de Salud de Tías, al que fue derivado de forma urgente por su Médico de Familia.

No procede a cuantificar la indemnización que reclama.

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 18 de julio de 2024 por (...) solicitando una indemnización por el fallecimiento de su esposo (...), como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos indicados en el fundamento anterior.

2. Con fecha 9 de agosto de 2024 fue requerida la subsanación de la solicitud y el 12 de agosto la reclamante procede a dicha subsanación mediante la aportación de la documentación solicitada.

3. La reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución n.º 620/24 de 19/08/2024 de enero de 2024 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

4. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la Historia Clínica de Atención Primaria y del Hospital General de Lanzarote y los informes recabados:

- Informe del jefe de Servicio de Cardiología del Hospital General de Lanzarote.

- Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 9 de agosto de 2024.

- Informe de la Médico de Urgencias de Atención Primaria por la asistencia prestada el día 19.12.23.

- Informe del Médico de Urgencias de Atención Primaria por la asistencia prestada el día 20.12.23.

- Registro de incidente CECOES 1-1-2, ficha de aplicación informática.

5. El 5 de diciembre de 2024, se otorga a la interesada plazo de diez días proponga la prueba de que intente valerse en el citado procedimiento, manifestando la interesada mediante escrito presentado el mismo día, que no propone otra prueba que la documental ya aportada al expediente.

6. El 11 de diciembre de 2024 se dicta Acuerdo probatorio por el que se admite las pruebas propuestas por la parte interesada, así como la prueba documental que obra incorporada al expediente.

7. El 11 de diciembre de 2024 se confiere trámite de audiencia a la interesada, notificado el 16 de diciembre de 2024.

8. La interesada dentro del plazo conferido formula alegaciones cuestionando el informe del SIP, al considerar errónea la interpretación de los hechos acaecidos.

La reclamante alega, entre otros extremos, que la sintomatología que presentaba el paciente era inequívocamente la que se correspondía con un cuadro de infarto agudo de miocardio, según lo establecido en el Código de Infarto de Canarias (en adelante CODICAN), concretamente en su apartado 2.2 que establece los criterios clínicos de diagnóstico.

Por otra parte, alega que los dos electrocardiogramas realizados los días 19 y 20 de diciembre de 2023, no se encontraban dentro de la normalidad, por cuanto se aprecia taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular izquierda.

Considera, que el hecho de que el médico de Atención Primaria, lo derivara con urgencia al hospital y que se le recomendara la realización de una prueba de enzimas cardíacas, implica que debió activarse el Código Infarto y activarse el transporte en ambulancia para su transporte supervisado al hospital.

Se señala así mismo que no se han tenido en cuenta los antecedentes del paciente «*patologías previas relacionadas con el corazón*» que lo convertían en un paciente de riesgo y que el informe del Servicio de Inspección y prestaciones pone en duda el certificado de defunción, que hace una interpretación sesgada de los hechos (...) que en definitiva de haberse activado el CODICAN y el Servicio de ambulancia, se podría haber evitado el fallecimiento del paciente.

9. A la vista de las citadas alegaciones fue solicitado informe complementario al Servicio de Inspección y Prestaciones que lo emitió con fecha 3 de junio de 2025 y del que se dio traslado a la interesada con fecha 16 de junio de 2025.

10. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

11. Con fecha 10 de julio de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

12. Mediante oficio de 10 de julio de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo al día siguiente, se solicita la evacuación del dictamen del

Consejo Consultivo de Canarias, el cual es emitido el 16 de septiembre de 2025 (DCC 359/2025), por el que se dictamina desfavorablemente la citada Propuesta de Resolución debiéndose retrotraer las actuaciones de acuerdo con su fundamento IV a fin de recabar los siguientes informes:

«A la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria -como centro distinto al que prestó la asistencia- se informe sobre las siguientes cuestiones:

- Si en las condiciones en que se encontraba este paciente, con los síntomas y antecedentes cardiológicos que presentaba, el día 20 de diciembre de 2023, cuando acude a consulta en el Centro de Salud de Tías, y habiendo remitido al paciente con carácter urgente al Hospital, debió activarse la ambulancia para su traslado al centro hospitalario. En caso contrario, y refiriendo el paciente a su MAP que le podían recoger en el centro de salud y llevarlo al servicio de urgencias del hospital, debió permanecer en observación hasta su recogida para su traslado al Hospital.

A Facultativo Especialista en Cardiología de Hospital Público distinto del HGJMO:

- En el informe de la Especialista en Cardiología que obra en el expediente se manifiesta: «La actitud clínica a seguir, por tanto, dependería de otros criterios como las características clínicas del dolor torácico y el estado general del paciente», se solicita un informe complementario por especialista en Cardiología que manifieste si a la vista de los síntomas que presentaba este paciente, el resultado de las pruebas y exploración física y sus antecedentes cardiológicos, el día 20 de diciembre de 2023, cuando acude a consulta en el Centro de Salud de Tías, y habiendo remitido al paciente con carácter urgente al Hospital, debió activarse la ambulancia para su traslado al centro hospitalario».

13. El 22 de septiembre de 2025 se dicta Resolución de retroacción del procedimiento acordando recabar los informes solicitados por este Consejo Consultivo.

14. El SIP emitió informe complementario el 17 de noviembre de 2025 adjuntando informe de la Dirección Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria de 24 de octubre de 2025, así como Informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de 3 de noviembre de 2025.

15. Los citados informes fueron debidamente remitidos a la interesada, otorgando plazo de diez días para formular las alegaciones que estimara oportunas, constando su efectiva notificación el 3 de diciembre de 2025. Transcurrido el plazo conferido no se formulan alegaciones.

16. El 15 de enero de 2026 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

17. Mediante oficio de 24 de enero de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 27 de enero, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ***ex*** art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. Tras la retroacción del procedimiento acordada según lo indicado en nuestro Dictamen 359/2025, se emitieron los siguientes informes:

- Informe de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria de fecha 21.10.25.

- Informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de fecha 03.11.25.

- Informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones de 17.11.2025.

2. Recordando los motivos en que la reclamante fundamenta su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, es la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada a su esposo los días 19 y 20 de diciembre de 2023 en el Centro de Salud de Tías, al considerar que no fueron convenientemente valorados los síntomas que presentaba el paciente y sus patologías previas cardíacas, de modo que no se activó el CODICAN y el servicio de ambulancias, lo cual, según la reclamante, hubiera evitado probablemente que una hora después de su salida del Centro de Salud el paciente hubiera fallecido por un infarto agudo de miocardio.

La cuestión, por tanto, que se plantea consiste en determinar si fue conforme a la buena praxis médica la interpretación de los signos y síntomas que presentaba el paciente en los días señalados, así como la actuación posterior por parte del centro de salud y, en concreto, por su médico de atención primaria, quien remitió de manera urgente al paciente al HSJM sin activar el CODICAN y el servicio de ambulancias para su traslado al centro hospitalario.

Por lo que, resulta necesario analizar las siguientes cuestiones:

1.- En cuanto a los antecedentes cardiológicos del paciente:

Del historial clínico del paciente consta que éste presentaba patologías cardíacas previas, y que, por tanto, debían ser conocidas por los Médicos de Atención Primaria cuando valoraron al paciente los días 19 y 20 de diciembre de 2023. Así consta que presentaba hipertensión arterial esencial, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia aórtica leve-moderada central secundaria a dilatación leve de raíz aórtica (40mm), dilatación aórtica ascendente leve (42 mm), clase funcional NYHA I/IV, hipercolesterolemia. Tenía un riesgo cardiovascular moderado.

A pesar del contenido de la historia clínica, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, en este punto, llama la atención que en el informe del SIP sólo se señale como antecedentes hipertensión arterial y dislipemia, omitiendo la existencia de enfermedades cardíacas que consta documentadas en la propia historia de Atención Primaria previo a los hechos, como es la cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, dilatación de aorta ascendente y dilatación de la raíz aórtica.

No obstante, tales patologías cardíacas fueron tenidas en cuenta por el Médico de Atención Primaria que lo atendió el día 20 de diciembre, por cuanto, señala en su informe que por sus antecedentes patológicos y por la sintomatología que presentaba decidió remitir al paciente al HJMO para mejora de estudio y tratamiento.

2.- Sobre la clínica que presentaba el paciente y el resultado de las pruebas realizadas.

2.1.- Sobre la clínica que presentaba el paciente.

El 19 de diciembre de 2023 presenta dolor en el tórax, concretamente en la cara anterior del tórax que aumenta con el esfuerzo y el movimiento, sin otra clínica asociada, niega haber realizado esfuerzos, no cortejo vegetativo. Se alivia algo con paracetamol. En la exploración física, se practica toma de constantes, auscultación y se realiza Electrocardiograma (EKG). TA (180/100), FC (76xmin) Saturación O2 (97 %). Presenta buen estado general e hidratación, eocénico sin dificultad respiratoria, sin ruidos patológicos.

Al día siguiente, el 20 de diciembre de 2023, alrededor de las 11:30 h el paciente manifiesta (anamnesis) que desde ayer se encuentra con dolor precordial el cual no mejora con analgesia, hoy refiere sentirse algo mejor del dolor, pero aún persiste. Se practica toma de constantes TA 140/80, FC: 102 lat/min. piel y mucosas normales,

apcv: ruidos cardíacos de buen tono ritmo e intensidad se ausculta soplo sistólico 4/6 en todos los focos.

La Historia Clínica del paciente indica el estado general del paciente era bueno en el momento de la consulta del día 20 de diciembre y el Médico de Atención Primaria informa que los parámetros vitales, examen físico, estado general del paciente, nivel de conciencia, eran normales.

2.2.- Sobre el resultado de las pruebas realizadas.

Según alega la reclamante en los informes médicos de los días 19 y 20 de diciembre de 2023 se hace constar una valoración de los Electrocardiogramas (EKG) donde no se indica que esté dentro de los parámetros normales, pues se aprecia taquicardia sinusal e hipertrofia ventricular izquierda.

En la Historia Clínica consta anotado por el Médico de Atención primaria que lo valoró el día 20 de diciembre, «se le realiza electrocardiograma donde se observan signos de hipertrofia ventricular izquierda, taquicardia sinusal».

En el informe del Médico de Atención Primaria que lo atendió el día 20 de diciembre, emitido tras la reclamación, se indica que en el ECG no se observan signos de isquemia aguda, no existen alteraciones de la repolarización, presenta ritmo sinusal, ligera taquicardia sinusal con frecuencia cardiaca 101 lpm, signos de hipertrofia ventricular izquierda (ya diagnosticada anteriormente).

Por su parte en el informe del jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín se señala lo siguiente:

«El paciente cuenta clínica de dolor torácico, según refiere la historia clínica se encuentra en el momento de la exploración estable hemodinámicamente y en el ECG se objetiva taquicardia sinusal con datos de hipertrofia VI más alteraciones de la repolarización sin datos evidentes de isquemia aguda coronaria. Fue dado de alta del Centro de Salud y pasado un tiempo acude nuevamente con la misma sintomatología donde es reevaluado. Persiste, según se refleja en la historia clínica, estable hemodinámicamente y se realiza un segundo ECG muy similar al primero sin datos de indicación de activación, en dichos momentos, de CODIGO INFARTO».

En el informe de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria se indica en relación con la actuación clínica del día 19 de diciembre de 2023, lo siguiente:

«El paciente acudió al Centro de Salud de Tías, refiriendo dolor en la cara anterior del tórax que aumentaba con el movimiento y el esfuerzo, sin otra clínica asociada ni cortejo vegetativo (ausencia de sudoración, náuseas, vómitos, disnea o palidez).

Dadas las características de la sintomatología, se trataba de un dolor torácico atípico.

En la exploración física, se constató buen estado general, respiración normal, sin signos de inestabilidad hemodinámica ni hallazgos relevantes en la auscultación cardiopulmonar.

Se practicó un electrocardiograma (ECG) en el que no identifico alteraciones en el segmento ST ni en la onda T, ni bloqueos de rama. No objetivo por lo tanto criterios electrocardiográficos compatibles con síndrome coronario agudo (SCA).

Ante la clínica de características musculoesqueléticas, se indicó tratamiento analgésico y seguimiento por su médico de familia.

En base a lo registrado en la Historia clínica sobre la anamnesis, exploración física y EKG realizado se puede descartar un síndrome coronario agudo».

En cuanto a la asistencia sanitaria del día 20 de diciembre de 2023 se señala, por la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria: *«El paciente acudió nuevamente al mismo centro sanitario, refiriendo que se encontraba algo mejor del dolor, aunque éste persistía parcialmente.*

Se realizó nueva toma de constantes vitales las cuales estaban dentro de parámetros normales, según lo reflejado en la Historia no presentó signos de disnea, ni cianosis ni alteración del nivel de conciencia. La auscultación cardiopulmonar fue normal. Se practicó un segundo ECG, no observo alteraciones compatibles con isquemia miocárdica. (no hay t negativas ni elevación del ST)».

En la valoración que realiza el SIP en el informe complementario de 17 de noviembre de 2025, se indica que:

(...) *«presentaba un dolor que se modifica con la postura o con los movimientos musculares y no presentaba síntomas asociados como sudoración, náuseas, vómito, disnea, palpitaciones, síncope, dolor epigástrico (...) . que indujera la sospecha de infarto agudo.*

Esto es, no presentaba dolor torácico típico que suele iniciarse en reposo con intensidad creciente, de características opresivas y localización retroesternal que se irradia a hombro, brazo izquierdo o garganta, aunque también puede irradiarse a ambos brazos, brazo derecho o espalda y se acompaña de cortejo vegetativo (mareo, náuseas, diaforesis). En ocasiones, puede presentarse con síntomas atípicos como dolor epigástrico, disnea aislada o síntomas similares a la indigestión, que tampoco presentó.

(...)

En este caso, por la clínica presentada, sin cortejo vegetativo (sudoración fría, náuseas, palidez (...)), ni por sus características siendo que el dolor torácico isquémico NO se modifica con los movimientos respiratorios o con los movimientos corporales y se corresponde con dolor de origen musculoesquelético».

Por tanto, la clínica que presentaba el paciente era de dolor torácico precordial que no cede con analgesia, de dos días de evolución, sin otros síntomas, y las pruebas de ECG sólo manifestaban las patologías ya conocidas, sin mostrar un cuadro coronario isquémico (no hay T negativas ni elevación del ST)

3.- Sobre la necesidad de activación del CODICAN.

3.1.- El SIP en su informe manifestó al respecto lo siguiente:

«la exploración física sin datos de alarma, que incluyó tensión arterial, frecuencia cardíaca, y auscultación cardiopulmonar normales en paciente hemodinámicamente estable, así como los dos E.K.G realizados con perfil claramente no isquémico, no justificaba solicitar otras pruebas complementarias y adoptar otra actitud por parte del médico de Atención Primaria que pudiera requerir activación del CODICAN (código infarto)».

3.2.- En el informe complementario el SIP de 17 de noviembre de 2025, manifiesta:

«En el caso que nos ocupa, se realizaron dos ECG 19.12.23 (07:00 h) y 20.12.23 (11:51 h) que no mostraron alteraciones compatibles con un cuadro coronario isquémico, como alteraciones en el segmento ST (elevación o depresión), en la onda T (bifásicas, negativas,) o bloqueos de rama, que siguiendo la guía mencionada por los reclamantes CODICAN justificara la activación de dicho protocolo.

Cuando un médico solicita realizar un electrocardiograma su primer objetivo es descartar un infarto agudo de miocardio, y por tanto lo primero que busca son los signos electrocardiográficos de infarto. Ello coincide con el informe remitido el 28 de agosto de 2024 a nuestra petición por la médico especialista en cardiología Dra. (...): " (...) No se cumplen criterios electrocardiográficos de síndrome coronario agudo con elevación de ST en ninguno de ellos. Tampoco presenta claras alteraciones sugerentes de síndrome coronario sin elevación de ST, no ondas T patológicas ni descenso de ST (...) "

La valoración del dolor torácico se basa en tres pilares fundamentales: la clínica, la exploración física y exploraciones complementarias básicas (ECG, radiografía de tórax (...)).

En este caso, ni por la 1) clínica, sin cortejo vegetativo (sudoración fría, náuseas, palidez,), ni por sus características siendo que el dolor torácico isquémico no se modifica con los movimientos respiratorios o con los movimientos corporales, como en este caso un dolor que se modifica con la postura o con los movimientos musculares. Que no se trataba de un dolor agudo, súbito, brusco. Y, por otra parte, la 2) exploración física sin datos de alarma,

que incluyó tensión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación cardiopulmonar normal, sin cianosis, en paciente hemodinámicamente estable, así como 3) Los ECG realizados con perfil claramente no isquémico, no justificaba adoptar otra actitud por parte del médico de Atención Primaria que exigiera activación del CODICAN (código infarto)».

Por su parte el jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín también afirma en su informe que no existían datos que indicaran la activación en esos momentos del CODIGO INFARTO.

Lo cual es confirmado por la directora Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria que afirma en su informe que *«de acuerdo con el protocolo de actuación del Código Infarto de Canarias (CODICAN), y ante la ausencia de clínica compatible junto con un ECG sin alteraciones del segmento ST ni de la onda T, no procedía la activación del código infarto».*

El CODICAN (CODIGO INFARTO DE CANARIAS) es una guía de actuación frente al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, «*código infarto*», que busca reducir el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento. En este documento se establece para la Comunidad Autónoma de Canarias la atención urgente y coordinada a una de las manifestaciones más graves de la cardiopatía isquémica: el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), mediante el código infarto.

Según este documento, diversos estudios han demostrado que el tratamiento precoz del IAMCEST, mediante una adecuada estrategia de reperfusión en las primeras 12 horas de evolución, angioplastia primaria y/o fibrinolisis, (tratamiento médico con fármacos para disolver coágulos que obstruyen arterias o venas en infartos restaurando el flujo sanguíneo) mejora significativamente la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad en la fase aguda, disminuye el tamaño del infarto, y disminuye la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca posterior.

Según este protocolo de actuación el Código infarto *«comienza en el lugar donde se produce el primer contacto del paciente, con signos y síntomas de dolor torácico de características isquémicas, con un profesional sanitario que valora inicialmente el cuadro clínico y detecta en un ECG de 12 derivaciones elevación persistente del segmento ST. Este diagnóstico es el que pone en marcha el "código infarto", con llamada urgente a los servicios de emergencia y traslado del paciente al hospital de referencia con capacidad para realizar angioplastia primaria y, dependiendo de las características del paciente y del tiempo de traslado a dichos centros, decidir la necesidad o no de tratamiento fibrinolítico previo».*

Por lo tanto, está destinado para pacientes que se presentan con síntomas clínicos compatibles con dolor torácico de características isquémicas y elevación persistente del segmento ST en el registro electrocardiográfico.

En el apartado 2.2 de dicho documento se especifican los criterios para el diagnóstico de IAMCEST, que son los siguientes:

«*Criterios clínicos:*

• *Dolor torácico no traumático de más de 20 minutos de duración, descrito como opresivo e intenso, aunque no siempre, y que no cede con nitroglicerina sublingual.*

• *La localización suele ser precordial/retroesternal, con o sin irradiación. La irradiación suele ser a cuello/mandíbula, miembro superior izquierdo y/o espalda. En ocasiones se describen otras irradiaciones como al miembro superior derecho, epigastrio etc.*

• *Con frecuencia se acompaña de síntomas asociados como sudoración, náuseas, vómito, disnea, palpitaciones, síncope, dolor abdominal, etc.*

• *Los pacientes con síntomas atípicos (dolor epigástrico, dolor torácico no descrito como opresivo, disnea creciente etc.), suelen consultar más tarde y suelen ser mujeres, personas ancianas, personas diabéticas y pacientes postoperados o críticos*».

Sobre esto el SIP manifiesta que el dolor que presentaba era de origen musculoesquelético porque se modificaba con la postura o con los movimientos musculares. Y que no presentaba dolor torácico típico que suele iniciarse en reposo con intensidad creciente, de características opresivas y localización retroesternal que se irradia a hombro, brazo izquierdo o garganta, aunque también puede irradiarse a ambos brazos, brazo derecho o espalda y se acompaña de cortejo vegetativo (mareo, náuseas, diaforesis).

En este caso, el dolor era torácico precordial que no mejora con analgesia, niega haber realizado esfuerzos, no es traumático, pues apareció al despertarse, pero aumenta con el esfuerzo y el movimiento. La duración del dolor es de más de 20 minutos pues comienza al despertarse el día 19 de diciembre (por lo menos lo tenía desde las 7:00 de la mañana) y continuó con el dolor hasta el día siguiente. Al parecer no tener síntomas asociados no permite descartar el diagnóstico, pues el Código infarto utiliza la palabra «*con frecuencia*» que no siempre, por lo que puede ocurrir que no presente síntomas asociados como sudoración, náuseas, vómito, disnea, palpitaciones, síncope, dolor abdominal, etc. Por tanto, el dolor torácico cumplía los criterios clínicos.

Del mismo modo, aunque el SIP manifiesta que el dolor era osteomuscular, aplicando los criterios clínicos de la guía, pudiera considerarse que el dolor torácico que padecía era un dolor torácico de características isquémicas. Sin embargo, el informe de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, coincidente con el emitido por el SIP, describe el dolor torácico como atípico, sin características isquémicas.

«Criterios Electrocardiográficos:

• ECG con elevación persistente (>20 minutos) del segmento ST ≥ 1 mm en al menos dos derivaciones contiguas:

◦ Para V2 y V3 en varones, se requiere elevaciones de al menos 2 mm en mayores de 40 años y de 2,5 mm en menores de 40 años.

◦ Para V2 y V3 en mujeres, se requiere elevaciones de 1,5 mm. ◦Elevaciones > de 0,5 mm en V7 -V9 (> 1 mm en varones menores de 40 años).

• ECG con bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) de nueva aparición o desconocido. Criterios de Sgarbossa-Smith (ver anexo 8.5).

◦ Elevación del ST > 1mm en derivaciones con complejo QRS predominantemente positivo. ◦Elevación del ST > 5 mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V1 ,V2 o V3).

◦ Descenso del ST > 1mm en derivaciones con QRS predominantemente negativo (V1 ,V2 o V3), que indica isquemia inferobasal (especialmente si la onda T terminal es positiva).

• ECG con ritmo ventricular estimulado por marcapasos.

• También se considera IAMCEST cuando exista un descenso > 1 mm en 8 derivaciones con elevación del ST en aVR, o descenso en V1 -V3 sobre todo si hay elevación del ST > 0,5 mm en V7 -V9».

Sobre este punto, de los dos EKG, realizados, uno el 19 y otro el 20 de diciembre, se ha concluido que los criterios electrocardiográficos del CODICAN, según lo informado por dos especialistas en cardiología y por la Dirección médica de Atención Primaria de Gran Canaria, en este paciente no se cumplían.

Volviendo a los motivos en que la reclamante fundamenta su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, 1) existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada a su esposo los días 19 y 20 de diciembre de 2023 en el Centro de Salud de Tías, al considerar que no fueron convenientemente valorados los síntomas que presentaba el paciente y sus patologías previas cardíacas, 2) de modo que no se

activó el CODICAN y el servicio de ambulancias, lo cual, según la reclamante, hubiera evitado probablemente que una hora después de su salida del Centro de Salud el paciente hubiera fallecido por un infarto agudo de miocardio.

Resta analizar, por último, si fue conforme a la *lex artis ad hoc* la no activación por el Médico de Atención Primaria del servicio de ambulancias para su traslado al centro hospitalario.

Tampoco parecía exigible la activación del SUC, el día 20 de diciembre de 2023, puesto que el CODICAN señala que es necesaria la presencia de dolor torácico de características isquémicas junto con ECG con signos de isquemia, y en este caso, el ECG no presentaba signos de isquemia, según los informes emitidos.

En efecto la no exigencia de activación del recurso se confirma en el informe emitido, por la Directora médica de la Gerencia de Atención Primaria al señalar que *«dada la ausencia de criterios clínicos y electrocardiográficos de síndrome coronario agudo y, principalmente, la estabilidad clínica del paciente, no parece ser necesaria la activación de una ambulancia, pudiendo realizar el desplazamiento al hospital por sus propios medios. Según consta en la documentación adjunta, se indicó que el paciente acudiera directamente al Hospital Dr. José Molina Orosa para completar estudio».*

El SIP en su informe de 17 de noviembre de 2025 manifiesta al respecto:

«En cuanto al traslado en vehículo ambulancia desde el centro de salud hasta el hospital consideramos que no existe indicación médica para el uso de transporte sanitario por tratarse de paciente estable, sin limitaciones, con constantes normales y estabilidad hemodinámica. La situación clínica no requería transporte en camilla ni vehículo acondicionado al efecto, no se precisa atención sanitaria ni monitorización durante el recorrido, sino tan solo su traslado, no estando incapacitado ni con imposibilidad física para desplazarse empleando medios convencionales de transporte.

Cuando se le indica que va a ser derivado al hospital, es el mismo paciente que había acudido solo sin limitación alguna para desplazarse por sí mismo quien indica que le pueden recoger en el centro de salud para llevarlo al hospital. El paciente, se desplaza a su domicilio por sus propios medios».

Procede resaltar que, por los informes requeridos a través de nuestro anterior Dictamen 359/2025, de 16 de septiembre de 2025, no se ha atendido, de forma expresa, el requerimiento de información relativo al siguiente extremo:

«A la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria -como centro distinto al que prestó la asistencia- se informe sobre las siguientes cuestiones:

- Si en las condiciones en que se encontraba este paciente, con los síntomas y antecedentes cardiológicos que presentaba, el día 20 de diciembre de 2023, cuando acude a consulta en el Centro de Salud de Tías, y habiendo remitido al paciente con carácter urgente al Hospital, debió activarse la ambulancia para su traslado al centro hospitalario. En caso contrario, y refiriendo el paciente a su MAP que le podían recoger en el centro de salud y llevarlo al servicio de urgencias del hospital, debió permanecer en observación hasta su recogida para su traslado al Hospital».

No obstante, del informe del SIP de 17 de noviembre de 2025, se deduce una respuesta en el sentido de que tal observación no era necesaria durante la estancia del paciente en el centro sanitario, previo a su desplazamiento al hospital, dado que tal informe afirma que «*la situación clínica no requería transporte en camilla ni vehículo acondicionado al efecto, no se precisa atención sanitaria ni monitorización durante el recorrido, sino tan solo su traslado, no estando incapacitado ni con imposibilidad física para desplazarse empleando medios convencionales de transporte*».

En definitiva, en este caso, no se daban los criterios exigidos para la activación del Código Infarto, ni tampoco para la activación de una ambulancia del SUC; ello, no obstante, no supuso que el Médico de AP diera el alta a su domicilio, sino que lo derivó urgente al Hospital para mejor estudio y tratamiento, recomendando realizar enzimas cardíacas. Ahora bien, por el estado general del paciente, que no presentaba inestabilidad, no activó la ambulancia para su traslado, y según manifiesta el MAP, en su informe, el paciente le comunicó que le podían recoger en el centro de salud y llevarlo al servicio de urgencias del hospital, lo cual según indica la reclamante no tuvo lugar, pues alega que el paciente se fue caminando a casa desde el centro de salud, al no tener carnet de conducir y estar su familia en horario de trabajo.

Desgraciadamente, cuando se encontraba en su domicilio sufre una parada cardiorrespiratoria con resultado de muerte.

En conclusión, la valoración de los Especialistas en Cardiología es que el trazado ECG no permite establecer de forma indubitada la existencia de un IAMCEST y, por tanto, su evaluación coincide con la interpretación realizada por el MAP. En estas circunstancias, es claramente el cuadro clínico lo que, acertadamente, hace que la MAP indique como necesario su estudio en el Servicio de Urgencias Hospitalario, pues derivó a urgencias del HJMO para mejor valoración y tratamiento. La actitud del MAP fue adecuada a las circunstancias presentes en el momento de asistir al paciente. Aunque el trazado ECG no indicaba claramente la existencia de un infarto de

miocardio, la valoración de la clínica explica la indicación de estudio de enzimas en el Servicio de Urgencias hospitalario. Los resultados de las pruebas pusieron de manifiesto que no procedía la activación en aquel momento del código infarto, pero manifestó al paciente la importancia de acudir a urgencias hospitalarias, no ofreciéndole una ambulancia para su traslado inmediato, por las propias manifestaciones del paciente en cuanto a la posibilidad de su traslado en coche particular, según refiere su MAP y su estabilidad clínica.

En base a ello el informe de inspección sanitaria concluye que el paciente fue correctamente atendido y derivado a urgencias para valoración, sin que los síntomas y la clínica del paciente, así como el resultado de las pruebas acordes practicadas, permitieran anticipar la causa del fatal desenlace pese a haberse aplicado las técnicas oportunas de diagnóstico y tratamiento.

Por tanto, la actitud del Médico de Atención Primaria fue adecuada a las circunstancias presentes en el momento de asistir al paciente. Aunque el trazado ECG no indicaba claramente la existencia de un infarto de miocardio, la valoración de la clínica explica la indicación de estudio de enzimas en el Servicio de Urgencias hospitalario. Los resultados de las pruebas pusieron de manifiesto que no procedía la activación en aquel momento del código infarto, pero manifestó al paciente la importancia de acudir a urgencias hospitalarias, no ofreciéndole una ambulancia para su traslado inmediato, por las propias manifestaciones del paciente en cuanto a la posibilidad de su traslado en coche particular, según refiere su Médico de Atención Primaria y su estabilidad clínica.

En base a ello el informe de inspección sanitaria concluye que el paciente fue correctamente atendido y derivado a urgencias para valoración, sin que los síntomas y la clínica del paciente, así como el resultado de las pruebas acordes practicadas, permitieran anticipar la causa del fatal desenlace pese a haberse aplicado las técnicas oportunas de diagnóstico y tratamiento.

Ante este fatal desenlace resulta plenamente entendible el pesar de la familia, en un asunto ciertamente desgraciado, donde *a priori* es llamativo que un paciente sufra un infarto con resultado de muerte tan sólo una hora después de ser atendido en su centro de salud, pero en este caso, con la información que se dispone, y analizando la actuación sanitaria en el momento temporal en que se produce, aplicando la doctrina de la «*prohibición de regreso*», podemos concluir que la asistencia sanitaria fue ajustada a la *lex artis*.

En este caso 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)"»

Por tanto, de la documentación existente en el expediente junto con la valoración de las pruebas practicadas, no podemos concluir que se haya producido en el presente caso una defectuosa asistencia sanitaria que haya sido la causante del fatal desenlace, lo que determina conforme a Derecho la desestimación de la reclamación.

En definitiva, no concurre el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.