Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 4 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de mayo 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 (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 141/2026 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 31 de marzo de 2026 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 6 de abril de 2026), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (179.593,31 €) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

4. 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.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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.

5. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

5.1. Los reclamantes, como esposa e hijos, respectivamente, del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares 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 (LRJSP)], como familiares directos 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, los reclamantes está legitimados exclusivamente por el daño moral que le ha causado la muerte de su esposo y padre, respectivamente.

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

6. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, por cuanto el fallecimiento se produce el 25 de junio de 2020, y la reclamación se presenta el 15 de marzo de 2021.

7. 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

Los reclamantes instan 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 (...), presuntamente causado por el servicio público sanitario competencia del SCS, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, que se extraen de la reclamación presentada:

«- (...) venía sufriendo de Hipertensión Arterial (HTA) desde el año 2018 constando en su historial médico tal padecimiento así como la medicación inicial con Losartan 50 mg y Captropril 50 mg.

- El Sr. (...) precisaba acudir al Servicio Canario de Salud para su control y pautas aumentando lo que hizo que, en febrero de 2019, se aumentase el a 100 mg el medicamento denominado Losartan.

- Con fecha 13 de abril del año 2020, ante el incremento de la HTA se decide, el facultativo, subir la dosis de Losartan 100 mg conforme a lo siguiente: 1-0-1/2.

- En fecha 15 de abril de 2020, el Sr. (...) fue diagnosticado de cefaleas frontales que se acentuaban con el movimiento de cabeza, atribuyéndolo el facultativo a una sinusitis.

- Con fecha 17 de abril de 2020 se comunica la persistencia de dolor frontal supraciliar, cosa que se diagnostica como sinusitis aguda y se administra tramadol 50 para el dolor.

- Con fecha 20 de abril de 2020 y pese a la persistencia del dolor, se mantiene el diagnóstico y acuerda, por el facultativo, añadir al tratamiento cefuroxima 50 mg (budesonida, cefuroxima, paracetamol, tramadol).

- Con fechas 24 y 27 de abril se mantiene el diagnostico de sinusitis aguda.

- Con fecha 31 de mayo de 2020 (...) acude al Centro de Salud de San José siendo atendido por (...) (medicina de familia) por dolor en cuello y nauseas, emitiendo diagnóstico de CERVICALGIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL aplican como tratamiento CAPTOPRIL 25 + ½ NOLOTIL con control por el facultativo (...) con TA 120/80.

- Al día siguiente 01.06.2020 precisa nueva visita a la que acude en ambulancia por vómitos y cefaleas, y a pesar de la situación se mantiene el diagnóstico del día anterior de CERVICALGIA, el Sr. (...) se encontraba afebril, fue atendido por Dr. (...) en el Centro de Salud del Cono Sur, precisando, posteriormente, y tras encontrarse cada vez peor, la asistencia médica a través del servicio de urgencias 112 siendo prestada por el facultativo Dr. (...)

- Ante la persistencia de la sintomatología de cuadro de cefaleas nuevamente acude al Centro de Salud del Cono sur siendo atendido nuevamente por el Dr. (...) quien le diagnostica de HTA prescribiendo AMLONIPINO 5 mg y LOSARTAN 100 mg recibiendo un trato pésimo.

- El Sr. (...), finalmente, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Insular, constando como fecha de ingreso de 05.06.2020, emitiendo informe, en el que, entre otras cosas, se refleja lo siguiente:

MOTIVO DE CONSULTA: Cefalea

HISTORIA ACTUAL: Varón de 70 años que acude por cuadro de cefalea de 1 semana de evolución. Refiere cefalea opresiva frontal, no irradiada, acompañada de fotofobia y sensación de opresión ocular. Refiere no alivio de la sintomatología con analgesia. Comenta además vómito alimenticio hace 3 días, autolimitado, no nauseas, no mareos, no sincope, no otra sintomatología. Niega fiebre, ni tos, ni expectoración, ni clínica miccional no alteraciones del hábito deposicional, ni otra clínica acompañante (...)

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: cefalea sin signos ni síntomas de alarma, dándole de alta, y remitiéndolo nuevamente al seguimiento por parte del médico de atención primaria y procediendo a darle de alta, constando en el informe de alta los Drs. (...), (...) y (...) ".

Ese día permanece en el servicio de urgencias desde las 16:00 a las 23:00 horas aproximadamente, sin hacer caso alguno a las necesidades del paciente, sin prestar atención a lo que le decía el paciente y su familiar y sin hacer las pruebas necesarias para determinar el origen de los padecimientos y ofrecer un diagnóstico del problema cerebrovascular que había sufrido, por lo que lo remiten, finalmente, y sin darse cuenta de la gravedad de las lesiones, para su casa, saliendo solo y se le prescribe Paracetamol 1 g alternado con Nolotil si no mejoría de la sintomatología, control de cifra de PA en domicilio, se recomienda seguimiento por su médico especialista en medicina familia y comunitario, si se complica acudir a un servicio de urgencias.

El Sr. (...) tenia problemas ya para abrir los ojos, tenía lapsus de memoria cosa que nunca había padecido, y consideraron que solo era una migraña.

- Al día siguiente (06.06.2020) (...) se desploma a las 06:45 horas cuando trataba de ir al baño, con vómitos e ido, precisando su ingreso de urgencias en centro hospitalario, derivándolo finalmente al Hospital Dr. Negrín recogiéndose en el informe lo siguiente:

MOTIVO DE INGRESO: Traslado de Hospital Insular por HSA por rotura aneurismática.

HISTORIA ACTUAL: Varón de 70 años que acude el 05/06/2020 al Hospital Insular por cefalea de >1 semana de evolución. Definida como frontal, opresiva, no irradiada, acompañada de fotofobia y opresión ocular, que no cede a pesar de analgesia. Vómitos desde el 02/06. Se pautó tratamiento sintomático y posterior alta a domicilio. El 06/06 sufre caída

en el baño, sin estigmas de trauma craneal acude de nuevo a urgencias del Hospital Insular. Durante su estancia en Urgencias sufre deterioro de nivel de consciencia (GS 6) procediéndose a IOT-VM, y se realiza TAC y angio TAC craneales, donde se informa Hemorragia subaracnoidea Fisher IV e imagen compatible con aneurisma de la arteria comunicante anterior. Se inicia perfusión de nimodipino y se consulta a neurocirugía de nuestro hospital para valoración de tratamiento endovascular, aceptando traslado previa inserción de drenaje ventricular externo. Se ingresa en la UMI.

Fue en ese día cuando se le realizan las pruebas correspondientes para determinar cual era el padecimiento y lograr un diagnóstico certero de lo que venía padeciendo desde el 15 de abril, con TAC craneal catéter de derivación con entrada frontal derecha, alojado en el sistema ventricular. Material de embolización a nivel de la comunicante anterior. No se identifican lesiones isquémicas agudas. HSA de distribución difusa conocida (Fisher IV) con apertura al sistema ventricular. Dilatación de estas temporales en relación con signos de hidrocefalia incipiente. No se identifican herniaciones (...) determinado así gracias a las pruebas realizadas, un diagnóstico certero, cosa que pese a las insistencias del enfermo y su familia no se había hecho, remitiéndolo una y otra vez a su casa con un problema vascular cerebral.

Que, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo el Hospital Dr. Negrín en los días siguientes a la determinación del diagnóstico real que sufría con HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FISHER IV POR ROTURA DE ANEURISMA EN ACOA-ACTA IZQUIERDA. EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMA, VASOESPASMO CEREBRAL, HIDROCEFALIA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR, y VENTRICULITIS desgraciadamente se produjo el fallecimiento de (...) a las 11:00 hora del día 25 de junio de 2020 por muerte encefálica.

En orden a lo anterior, evidenciada en (...), cefalea persistente desde mediados del mes de abril de 2020, que precisa acudir asiduamente a la atención médica, con persistencia de los síntomas, incremento del dolor y de síntomas, con derrames en los ojos, en definitiva evidencias claras que se trataba de un aneurisma, sin embargo, lo diagnostican, de manera errónea una y otra vez, inicialmente de una sinusitis para posteriormente volver a diagnosticarlo erróneamente de cervicalgia, y después achacarlo a la HTA.

El Sr. (...) y su familia tuvieron que pasar un largo periplo por distintos facultativos y servicios de atención primaria, domiciliaria y hospitalaria hasta que finalmente tuvo que ser ingresado de urgencias en Hospital Insular, y aún así procedieron a darle de alta y precisando su nuevo ingreso al día siguiente en centro hospitalario Dr. Negrín quienes si que llevan a cabo las pruebas diagnósticas correspondientes y evidencian, el verdadero diagnóstico, y la gravedad del mismo, no siendo otro que HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FISHER IV POR ROTURA DE ANEURISMA EN ACOA-ACTA IZQUIERDA con más de mes y medio de evolución, que derivó en HIDROCEFALIA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR, y VENTRICULITIS con resultado del fallecimiento posterior, existiendo una clara causalidad entre el error diagnóstico, la

falta de realización de pruebas médicas, y el fatal desenlace, ya que, amén del tiempo transcurrido hizo que la situación del paciente se agravase al punto de no poderse recuperar de las mismas, pese a los intentos de salvarle la vida».

Solicitan una indemnización de 106.503,31 euros para (...), 20.883,00 para (...) y 52.207 para (...).

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 13 de marzo de 2021 por (...) (...), (...) y (...) solicitando una indemnización por el fallecimiento de su padre y esposo (...), como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos indicados en el fundamento anterior.

Junto con la reclamación aportan certificado de defunción, libro de familia, informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y respuesta del Director de la Zona Básica de Salud Cono Sur a la reclamación presentada el 10 de julio de 2020.

2. Con fecha 18 de marzo de 2021 se requiere a los interesados para que subsanen la reclamación y el 13 de abril de 2021 los reclamantes proceden a dicha subsanación mediante la aportación de la documentación solicitada.

3. La reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución n.º 1355/2021 de 18 de marzo de 2021 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

4. Con fecha 18 de marzo de 2021 por el órgano instructor se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, emita informe en el que se concreten las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados y la actuación del servicio público sanitario, la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente y, por último, cualquier otro extremo que considere de interés.

5. El Servicio de Inspección y Prestaciones solicita al órgano instructor la siguiente documentación:

«Que por los reclamantes se aporte copia de la documentación clínica por la asistencia en régimen privado (Dr. (…)) del paciente Sr. (...), donde consten fechas de consulta, exploración, pruebas realizadas, diagnóstico y tratamiento pautado».

Documentación que es requerida a los reclamantes el 4 de junio de 2021.

6. El 16 de junio de 2021 los interesados aportan la documentación requerida, consistente en analítica de 3 de junio de 2020 e informe de RX de cráneo cervical lateral.

7. El 15 de diciembre de 2022 el órgano instructor reitera la solicitud de informe al SIP, al haber solicitado los reclamantes el impulso del procedimiento.

8. El 27 de enero de 2025 el SIP remite documentación clínica consistente en la historia clínica de Atención primaria, Informe del Dr. (...) sobre la reclamación presentada, e informe del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) en relación a la reclamación.

9. El 7 de febrero de 2025 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. Se otorga el plazo de 30 días a fin de que proceda a aportar el dictamen pericial que consideren pertinente para su incorporación al expediente y que propone como prueba.

10. El 22 de abril de 2025 se reitera al SIP la emisión de su informe, el cual es remito el 29 de abril de 2025.

11. El 17 de junio de 2025 se notifica a los reclamantes el preceptivo trámite de audiencia, sin que conste la formulación de alegaciones en el plazo conferido.

12. Con fecha 12 de septiembre de 2025 se dicta Propuesta de resolución por la Secretaria General del SCS por la que se propone Desestimar la reclamación de responsabilidad formulada por (...), (...) y (...) al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

13. Mediante oficio de 15 de septiembre de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 19 de septiembre, 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, el cual es emitido el 30 de octubre de 2025 (DCC 455/2025) en el que concluye la disconformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, debiendo retrotraer las actuaciones a fin de que se incorpore al expediente la historia clínica obrante tanto en el Hospital Insular Materno Infantil como en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, así como el Informe del Dr. (...),

Facultativo Especialista de Área Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular Materno–Infantil referido en el informe del SIP, tras lo cual debe darse nuevo trámite de vista y audiencia a los interesados y, tras ello, emitir una nueva Propuesta de Resolución, que será objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

14. Mediante Resolución de 11 de noviembre de 2025 de la Secretaria General se retrotrajo el Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial y se recabó la historia clínica obrante en el Hospital Insular Materno Infantil así como en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. En cuanto al informe del Dr. (...), Facultativo Especialista de Área, Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular Materno–Infantil, el Servicio de Inspección y Prestaciones señala que el informe del doctor (...) fue aportado por la reclamante junto con su reclamación, y que era el informe de alta hospitalaria tras el fallecimiento en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

15. El 11 de marzo de 2026 de confirió nuevo trámite de Audiencia a los interesados sin que dentro del plazo conferido al efecto se hubieren formulado alegaciones.

16. El 27 de marzo de 2026 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.

En la Propuesta se resolución se concluye:

«En el supuesto que nos ocupa, resulta acreditado de la documental obrante en el expediente que la asistencia sanitaria prestada a (...) se ajustó a la lex artis y que a la vista de la sintomatología que presentó, la actuación sanitaria fue correcta no existiendo signos ni síntomas que indicasen la necesidad de adoptar medidas distintas.

Ni de los antecedentes del paciente ni de aquellos síntomas que manifestó en sus asistencias al médico de atención primaria o al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil por primera vez, podía inferirse la existencia del aneurisma intracraneal que finalmente condujo a su fallecimiento».

17. De la descripción que acaba de hacerse de la tramitación de este expediente se deduce que la misma ha tenido una duración excesiva, que no figura justificada, y que no responde al principio legal de celeridad de los procedimientos administrativos.

18. Mediante oficio de 31 de marzo de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 6 de abril, 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. La responsabilidad de las Administraciones Públicas tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional , al disponer que «*los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en

la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las

limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras). Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis,* en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP, requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, 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).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- (...), varón de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial esencial en tratamiento. El 16 de noviembre de 2018 se diagnostica por su Médico de Familia del Centro de Salud Cono Sur Hipertensión arterial benigna y se prescribe losartan 50 mg y controles.

Por ello acude regularmente a su centro de salud para toma de tensión arterial y control durante el período de noviembre de 2018 hasta mayo de 2019.

- En el período de mayo de 2019 hasta finales de 2019 acude por herida en pierna, que provoca eritema y cuadro de celulitis.

- En marzo de 2020 vuelve a acudir a su Centro de salud por reaparición de lesiones periungeales en dedo de la mano derecha con diagnóstico de celulitis tejido subcutáneo.

- Es el 11 de abril de 2020 cuando el paciente acude a su Centro de Salud por tensión arterial elevada y leve cefalea sin otro síntoma asociado. No presente focalidad neurológica ni signos meningeos.

- El 12 de abril de 2020 el paciente llama por teléfono por HTA altas y se decide subir la dosis de Losartan.

- El 14 de abril de 2020 tras subir la dosis de Losartan refiere cefaleas frontales que se acentúan con movimientos de cabeza. Se diagnostica Sinusitis aguda y se pauta budesonida.

- El 16 de abril de 2020 de nuevo en consulta con Médico de cabecera refiere que persiste dolor frontal supraciliar. Con el mismo diagnóstico de Sinusitis aguda se pauta tramadol para el dolor.

- 19 de abril de 2020 de nuevo en consulta con Médico de cabecera refiere que persiste dolor con escasa mejoría tras una semana. Con el mismo diagnóstico de sinusitis aguda se añade cefuroxima.

- En la siguiente consulta el día 23 de abril de 2020 tras tres días de tratamiento con cefuroxima empezó a encontrarse mejor y el 26 de abril refiere clara mejoría con pequeñas molestias mínimas en región ciliar. Se mantiene el diagnóstico de sinusitis aguda y se mantiene budesonida nasal.

- El 30 de mayo de 2020 debuta con dolor en el cuello y náuseas y acude a su centro de salud donde le diagnostican cervicalgia e hipertensión arterial. Se pauta captopril y nolotil.

- El 31 de mayo de 2020 es llevado al Centro de salud en ambulancia y refiere cefalea y dos vómitos durante la noche. Está consciente, orientado y afebril. Se administra tratamiento para el dolor (nolotil) y para los vómitos(IV FISIO 250 CC, buscapina, primperan) y se mantiene el diagnóstico de cervicalgia.

- El 2 de junio de 2020 acude a consulta con su Médico de Familia y refiere haber acudido a médico privado Dr. M. que prescribe nuevo tratamiento frente a la HTA y retirar Losartan. Se hace cambio de tratamiento.

- El día 5 de junio de 2020, el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular por cefalea frontal opresiva de días de evolución, acompañada de fotofobia y sensación de opresión ocular y vómitos hace tres días. Refiere no alivio de la sintomatología con analgesia. No presenta náuseas, ni mareos, ni síncope, ni tos, ni fiebre, ni otra clínica acompañante.

En la anamnesis y exploración neurológica no se evidencian signos focales ni deterioro del nivel de consciencia. Presenta dolor a la presión ocular, sin lagrimeo ni secreciones. Tras administración de analgesia, se produce mejoría sintomática, siendo dado de alta con diagnóstico de cefalea sin signos ni síntomas de alarma.

- El 6 de junio de 2020 acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular por sus propios medios por cuadro de cefalea frontal, fotofobia de al menos una semana de evolución, náuseas y vómitos autolimitados hace 4 días, respuesta irregular a la analgesia común. Su hija refiere que en la mañana sufre una caída en el baño. Al recogerle ha estado consciente, desorientado, sin embargo no describe episodios fluctuantes de desorientación.

Una vez valorado en el Box correspondiente, paciente presenta deterioro rápido de consciencia, no respuesta a órdenes verbales. Se solicita TAC craneal para descartar ictus hemorrágico.

Se realiza TAC craneal urgente que muestra hemorragia subaracnoidea (Fisher IV) por rotura de aneurisma de la arteria cerebral anterior. Es trasladado a la sala de emergencias, donde se procede a intubación orotraqueal (IOT). Se consulta a Neurocirugía quien decide colocación de catéter para PIC y derivar al Hospital Dr. Negrín.

- Ingresa en el Hospital Dr. Negrín el día 6 de junio de 2020 y se realiza arteriografía cerebral. Se objetiva aneurisma muy irregular y grande (11 mm) y se realiza embolización del mismo. Tras el procedimiento se realiza TAC craneal donde se objetiva signos de hidrocefalia incipiente.

- En los días posteriores se constata buena evolución clínica con apertura de ojos espontánea y capacidad de relación, persistiendo hemiparesia izquierda que también inicia recuperación. Se mantuvo estable con soporte ventilatorio a la espera de mejoría del nivel de alerta y capacidad para mantener vía aérea permeable para extubación.

- El 17 de junio presente disminución del nivel de consciencia, tiritona y necesidad de soporte hemodinámico. Presenta ventriculitis por Serratia marcescens, sepsis y fallo multiorgánico progresivo.

- El 25 de junio de 2020 se certifica el fallecimiento por muerte encefálica.

3. El motivo en que los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, es la existencia de un error de diagnóstico por falta de pruebas médicas, lo que derivó que se agravase su situación clínica hasta producirse el fallecimiento.

Según los términos expuestos en la reclamación el paciente fue atendido tanto en el ámbito de Atención Primaria, como en el Servicio de Urgencias del CHUIMI y en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Los reclamantes imputan el fallecimiento del paciente a una supuesta mala praxis en la atención dispensada en el Centro de Salud de San José y de Cono Sur, así como en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular Materno Infantil.

Debemos, por tanto, analizar si se ha producido o no una actuación médica ajustada a dicha *lex artis*, es decir, si el paciente, con los síntomas que presentaba y su evolución clínica, fue diagnosticado adecuadamente y tratado tempestivamente, de acuerdo con la *lex artis* y utilizando todos los medios disponibles al alcance del servicio sanitario.

En cuanto a los informes recabados por el Servicio Canario de Salud, consta como informe preceptivo del servicio (art. 81.1 LPACAP), los siguientes:

- Informe del Dr. (...), Médico de Atención Primaria de Centro de Salud Cono Sur, en el que se limita a indicar la asistencia en consulta en dos visitas, una el 1 de junio y otra el 3 de junio de 2020.

- Informe de la Dra. (...), Jefa de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular Materno–Infantil.

Consta, además informe del SIP, en el que el Inspector Médico manifiesta lo siguiente:

«Según consta en la historia clínica, el paciente fue atendido el 5 de junio de 2020 en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular, refiriendo una cefalea frontal opresiva, acompañada de fotofobia y vómitos autolimitados, con exploración neurológica normal. En dicho momento se le clasificó como nivel de triage (sic) 4, se administró tratamiento analgésico con mejoría clínica, y fue dado de alta con diagnóstico de cefalea inespecífica. Al día siguiente, tras presentar síncope y fluctuaciones del nivel de consciencia, se confirmó mediante TAC la existencia de una HSA grave secundaria a rotura de aneurisma cerebral, iniciándose atención intensiva urgente.

La cefalea constituye un motivo de consulta frecuente en Urgencias y en Atención Primaria, siendo en la mayoría de los casos de origen benigno o funcional [1]. Esta presentación, pese a la edad, no reunía criterios de banderas rojas suficientes para justificar neuroimagen urgente según las guías clínicas vigentes [2].

Desde el punto de vista técnico, la valoración de la primera consulta debe realizarse con base en los elementos clínicos disponibles en ese momento, sin condicionarse por el desenlace final. La cefalea aislada es un motivo de consulta muy prevalente en los servicios de urgencias, con etiología primaria en la gran mayoría de los casos. En el episodio del día 5/06/2020, aunque existían signos de alerta como la edad del paciente y los vómitos recientes, no se documentó deterioro del nivel de consciencia, rigidez de nuca, focalidad neurológica ni otros elementos que justificaran, en ese contexto, la solicitud urgente de una prueba de imagen. Cabe señalar además que el paciente presentó mejoría tras la administración de analgésicos.

Desde una perspectiva retrospectiva, y conocida la evolución posterior, puede sostenerse que existía un riesgo latente no identificado de patología vascular intracraneal. Sin embargo, la lex artis no exige prever lo imprevisible, sino actuar conforme al estado del conocimiento y los estándares clínicos razonables. En este caso, el episodio se ajusta a una presentación inicialmente ambigua, en la que la actuación profesional no puede calificarse de manifiestamente inadecuada ni alejada del estándar habitual de atención médica en urgencias. Indicar pruebas diagnósticas sin justificación razonable podría constituir un ejemplo de medicina defensiva, entendida como la adopción de medidas no necesarias desde el punto de vista clínico, motivadas por el temor a una eventual reclamación [3]. En este caso, la no realización de un TAC en la primera consulta fue una decisión clínica justificada y coherente con la sintomatología descrita y la buena respuesta al tratamiento.

Por otra parte, la actuación sanitaria en la segunda consulta fue inmediata y correcta, activándose los protocolos de diagnóstico y tratamiento ante el deterioro clínico. La evolución fue rápidamente desfavorable pese a la atención especializada, con medidas intensivas adecuadas, confirmándose finalmente el fallecimiento por muerte encefálica».

En primer término, la valoración que hace el Inspector Médico, parece centrarse en la asistencia sanitaria dispensada a partir del 5 de junio de 2020 en Urgencias hospitalarias, cuando lo cierto es que el paciente acudió en repetidas ocasiones (hasta un total de 9 consultas) a su Centro de Salud en el período del 11 de abril de 2020 al 2 de junio de 2020, por cuadro de cefaleas persistentes, a las que se van añadiendo diversos síntomas, según la siguiente cronología:

- HTA y leve cefalea (11 abril).

- Cefaleas frontales que se acentúan con movimientos de cabeza (14 de abril).

- Persiste dolor frontal supraciliar (16 abril).

- Persiste dolor con escasa mejoría tras una semana (19 abril).

- Mejoría tras toma de antibióticos (cefuroxima) (23 abril).

- Dolor en el cuello y náuseas (30 de mayo).

- Cefalea y vómitos (31 de mayo).

En todas esas consultas de Atención Primaria no se pauta ninguna prueba complementaria, sino tratamiento farmacológico, con diagnósticos de Sinusitis aguda, cervicalgia, HTA.

Por su parte, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Insular el 5 de junio de 2020 por cefalea frontal opresiva de días de evolución, acompañada de fotofobia y sensación de opresión ocular y vómitos hace tres días. Refiere no alivio de la sintomatología con analgesia. No presenta náuseas, ni mareos, ni síncope, ni tos, ni fiebre, ni otra clínica acompañante. En la anamnesis y exploración neurológica no se evidencian signos focales ni deterioro del nivel de consciencia. Presenta dolor a la presión ocular, sin lagrimeo ni secreciones. No se realiza ninguna prueba, se administra analgesia, se produce mejoría sintomática, siendo dado de alta con diagnóstico de cefalea sin signos ni síntomas de alarma.

Según el SIP el paciente fue atendido en múltiples ocasiones en el ámbito de Atención Primaria entre 2018 y 2020 por cifras tensionales variables y sintomatología asociada como cefaleas, molestias cervicales o bronquitis. Sin embargo, se objetiva

en la Historia Clínica que en el período indicado, se constata que a finales de 2018 se diagnostica de hipertensión arterial y por ello acude regularmente a su centro de salud para toma de tensión arterial y control durante el período de noviembre de 2018 hasta mayo de 2019. En el año 2019 acude a su centro de salud por motivos que nada tiene que ver con la reclamación (herida, eritema, celulitis). Es a partir de abril de 2020 cuando acude por HTA elevada y cefaleas. En mayo aparece el síntoma de dolor en cuello y náuseas.

El SIP manifiesta: Al día siguiente, 6 de junio de 2020, acude de nuevo a Urgencias tras un episodio de síncope y alteración fluctuante del nivel de consciencia, lo que motiva una rápida activación del protocolo diagnóstico. En cambio, en el informe de urgencias se anota: *«al comunicarnos con familiar (hija) nos refiere que en la mañana de hoy se ha caído en el baño, de sus propios pies, al recogerle ha estado consciente, desorientado, sin embargo no describe episodios fluctuantes de desorientación. Una vez valorado en el Box correspondiente, paciente presenta deterioro rápido de consciencia, no respuesta a órdenes verbales».*

Respecto de la atención en Atención Primaria el SIP se limita a concluir: *«1. El paciente (...) fue atendido correctamente en los servicios de Atención Primaria y Urgencias, con los medios disponibles en el momento de cada consulta y conforme a la sintomatología presentada. En la primera valoración urgente (5/6/2020), no se evidenciaron signos neurológicos focales ni alteración del nivel de consciencia que obligaran a una exploración complementaria urgente, existiendo una mejoría clínica tras tratamiento analgésico.*

2. Si bien posteriormente se constató una hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma cerebral, con evolución catastrófica, no puede afirmarse con certeza que en el momento de la primera consulta existieran criterios clínicos suficientes que justificaran la solicitud de una prueba de imagen urgente».

Por su parte, el informe de la Jefa de Urgencias del CHUIMI se centra en el análisis de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias los días 5 y 6 de junio.

Por todo ello, se estima que los informes recabados no analizan convenientemente la asistencia dispensada en Atención Primaria, en particular si los síntomas y evolución del paciente requerían la realización de pruebas complementarias, como son pruebas de neuroimagen, para establecer un diagnóstico correcto, a la vista de la persistencia de las cefaleas y la aparición de otros síntomas. Todo lo que llevó al paciente a acudir a su centro de salud en 9 ocasiones en un período de casi dos meses, y la edad del paciente (70 años) que tal y como informa la

Jefa de Servicio de Urgencias del CHUIMI constituye una bandera roja o señal de alarma.

En este sentido, obra en el expediente remitido a este Consejo, documento en el que la Jefa de Servicio del Servicio de Inspección y Prestaciones considera que el informe del SIP no es satisfactorio, destacando algunos errores en el mismo y que, a pesar de que la reclamación se centraba en Atención Primaria, no se analiza convenientemente esta asistencia, conclusión que también comparte este Consejo Consultivo.

Por tanto, de los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, no se puede valorar convenientemente la corrección desde el punto de vista de la *lex artis* de la atención otorgada, al analizar sólo una parte de la asistencia (la hospitalaria). Siendo necesario la emisión de informe complementario del SIP.

Por otra parte, se advierte la necesidad de recabar, con carácter previo, informe de Especialista en Neurología que analice la actuación sanitaria de Atención Primaria, a fin de que, mediante el análisis de la historia clínica de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias del CHUIMI, emita informe sobre si los síntomas y evolución del paciente requerían la realización de pruebas complementarias para establecer un diagnóstico correcto, a la vista de la persistencia de las cefaleas y la aparición de otros síntomas y la edad del paciente (70 años), es decir si se cumplieron las guías prácticas sobre el manejo de las cefaleas en Atención Primaria y en urgencias hospitalarias (síntomas y signos de alarma, Indicación de pruebas complementarias en cefaleas, etc.). Además, señale la probabilidad de revertir el proceso en caso de un diagnóstico más temprano del aneurisma cerebral y las posibilidades de curación.

4. Por todo lo dicho, a la vista de la incompleta tramitación del procedimiento al faltar documentación relevante para el análisis de la cuestión de fondo, y en aras a garantizar los derechos de los interesados, resulta necesario retrotraer el procedimiento a fin de recabar la documentación indicada, la cual deberá ser trasladada a los reclamantes, con un nuevo trámite de audiencia y tras ello, se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.