Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 0 / 2 0 2 6

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 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 (...), en su condición de esposa de (...) y en representación de la hija menor de ambos, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 146/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización pretendida [ni en la reclamación inicial, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo], la Administración sanitaria ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los sesenta mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones [*v.gr.,* Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril, 493/2021, de 14 de octubre o 535/2025, de 19 de diciembre]. En idénticos términos se pronuncia el Fundamento de Derecho sexto de la Propuesta de Resolución.

Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera

[*] **Ponente: Sra. de León Marrero.**

para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir 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 debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

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

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 451/2025, de 30 de octubre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 66/2020, de 3 de marzo, 449/2021, de 23 de septiembre, 504/2021, de 21 de octubre y 16/2023, de 18 de enero]:

««4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de

2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa [(...)] y de la hija [(...)] de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposo y padre, respectivamente [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo «*sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en los Dictámenes 460/2025 y 464/2025, de 4 de noviembre, y 530/2025, de 18 de diciembre.

Por lo demás, se ha de advertir que la reclamación extracontractual de la madre –(...)- se realiza, simultáneamente, en defensa e interés de los derechos de su hija menor de edad –(...)-, al haber sufrido unos daños por los que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Y ello al amparo de las facultades de representación que le confiere legalmente el art. 162 del Código Civil a los padres que ostenten la patria potestad respecto a sus hijos menores de edad no emancipados.

Finalmente, y según consta en el expediente administrativo, las interesadas actúan mediante representante -abogada-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

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.

Asimismo, se encuentra legitimada pasivamente la entidad mercantil *«Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias»* -en adelante, (...)-, tal y como ha tenido ocasión de manifestar este Consejo Consultivo en asuntos sustancialmente idénticos al planteado en las presentes actuaciones [*v.gr.,* Dictamen 393/2023, de 5 de octubre, con cita del anterior Dictamen 405/2021, de 29 de julio]:

« (...) como se indica en la Propuesta de Resolución (...), la legitimación pasiva también le corresponde a la entidad mercantil «Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias» (en adelante, (...)), empresa pública del Gobierno de Canarias, adscrita a la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad y la Consejería de Sanidad, que tiene encomendada en su objeto social una amplia gama de actividades, como son, entre otras, las urgencias y el transporte sanitario o la coordinación de las emergencias. La legitimación pasiva de la empresa pública se deriva de su intervención con motivo del

accidente de motocicleta sufrido por (...), siendo, a juicio de los reclamantes, responsable -junto con el propio Servicio Canario de Salud- de los daños irrogados a su hijo.

Así pues, la legitimación pasiva recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó no sólo por el Hospital Universitario de Canarias (HUC), sino también por el Servicio de Urgencias Canario (SUC), servicio gestionado por la empresa pública (...), concertado con el Servicio Canario de la Salud. Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 LRJSP, es de aplicación el art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Como ha manifestado en diversas ocasiones este Consejo Consultivo (por todos, véanse los DDCCC 59/2014, 406/2016, 287/2017): « (...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCSP»».

En atención a lo expuesto anteriormente, el órgano instructor ha llamado a la empresa pública (...) al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado-, le ha solicitado informes sobre los hechos alegados como fundamento de la reclamación y le ha dado vista del expediente y trámite de audiencia.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 15 de marzo de 2022 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el día 16 de agosto de 2021.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

En este sentido, la pretensión resarcitoria ejercitada se basa en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. Con fecha 07 diciembre de 2011 contrajeron matrimonio (...) y (...) . Del referenciado matrimonio nace la menor (...) .

SEGUNDO. Con fecha de 2 de agosto de 2021, el paciente (...), paciente con 43 años, recibe atención primaria de forma presencial en el centro de salud sito en Doctoral. El motivo por el que acude al centro médico es por un malestar general, sin fiebre, diarreas durante el día y cefaleas. Negando sintomatología covid. Se le realiza exploración en cuanto a tensión arterial, porcentaje de oxígeno, temperatura corporal y frecuencia cardiaca.

TERCERO. Con fecha 4 de agosto acude nuevamente al centro de salud de Doctoral. Según el informe de esta fecha se contradice afirmando que el día 2 de agosto existe sintomatología de fiebre siendo erróneo.

Debido a esto los facultativos deciden realizar una prueba de antígeno pdia 4/80, para el diagnóstico de coronavirus. Con fecha de 05 agosto de 2021 a las 10:00 horas se notifica por parte del Servicio Canario de Salud, vía SMS que el resultado de dicha prueba es NEGATIVO.

Sin embargo, con la misma fecha a las 15:32 horas se notifica un nuevo SMS comunicando que el resultado de la prueba es POSITIVO.

Además, el mismo día se le realiza una toma de muestra de PCR, solicitada por la doctora (...), a las 13:51 horas, reflejando un resultado NEGATIVO, como bien especifica y corrobora en el propio historial médico emitido por el Servicio Canario de Salud de Gran Canaria, concretamente en su página quince. Además, notificación vía SMS al interesado. Dicho extremo aparece documentado en la página quince del informe médico aportado. (...) .

En definitiva, con fecha 4 de agosto el diagnóstico que se reflejaba en los informes médicos es enfermedad por Coronavirus, no verificando resultados fiables de la prueba, ni las contradicciones entre resultados. Considerando que son pruebas diferentes, con validez de fiabilidad distintas. Como resultado de este diagnóstico el plan de actuación médico, es indicar aislamiento en su domicilio y valoración por el equipo de rastreo por contacto telefónico.

El día 6 de agosto acude al Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria, por empeoramiento, motivo consulta Disnea, se procede a la realización de un Rx tórax con resultado normal, sin encontrar neumonía, ni otras patologías. Se procede dar alta y aislamiento domiciliario. (...) .

CUARTO. Con fecha 10 de agosto de 2021, el familiar directo del paciente decide llamar 112 y ambulancia por empeoramiento, acude al Hospital Insular de Gran Canaria, especialidad de urgencias. Presenta dificultad respiratoria (disnea), indicando el informe estado general muy débil, fiebre elevada. Nuevamente se le realiza una prueba PCR para detección del COVID-19, mostrando resultado NEGATIVO. (...) .

QUINTO. El día 12 de agosto, el paciente presentó los mismos síntomas sin mejoría. Refiere el propio facultativo que el día anterior no procedieron a un ingreso hospitalario y refiere la diferencia de resultados en las pruebas. Aún así deciden repetir la prueba diagnóstica PCR, con resultado NEGATIVO.

SEXTO. Que con fecha 16 de agosto tras numerosas asistencias médicas y hospitalarias, el paciente se remite al domicilio, únicamente realizada las pruebas por coronavirus, descartando cualquier otro diagnóstico.

Su esposa tras la gravedad de su estado de salud decide llamar al servicio de ambulancia por cuadro sincopal en domicilio, ella hace referencia a un paro. El traslado al transporte lo tuvo que realizar su familiar debido a que el equipo técnico de ambulancia no quería mantener contacto alguno con paciente. Las causas alegadas son por el diagnóstico de la enfermedad COVID-19. Incluso el paciente sufre un decaimiento y finalmente acaba en el suelo antes de acceder a la ambulancia. Levantado con posterioridad por su esposa y en presencia de su hija menor de edad.

Se refiere en el propio informe que durante el trayecto sufre una parada cardiorespiratoria PCR, iniciando una maniobra RCP básica llegando al Centro de Salud a las 8:30 horas aproximadamente en parada cardiorrespiratoria. Se intenta reanimar con soporte vital avanzado SVA, durante 30" persistiendo la asistolia en todo momento durante la estancia en servicio, suspendiendo maniobra a las 8:30 horas.

El informe médico se hace referencia en el apartado de plan general de actuación por el propio facultativo (...), "Que se decide judicializar el fallecimiento del paciente dada la poca información que tenemos y las dudas sobre el diagnóstico COVID (Tst ag positivo el 4/8 y varias Pcr negativas días 4 y 11/8, valorado en el hospital siendo dado de alta en varias ocasiones con un Rx tórax informadas como NORMAL, pero su esposa refiere la persistencia en fiebre, disnea y debilidad desde el principio del proceso". (DOCUMENTO nº6 certificado de defunción).

SÉPTIMO. En virtud del informe preliminar de autopsia, realizado en Las Palmas por el Institución de M. Legal, concretamente el servicio de patología. Con número de expediente

0000543/2021, mediante procedimiento de diligencias previas en el Juzgado de Instrucción nº3 de San Bartolomé de Tirajana. (...), autopsia preliminar).

Expone en sus conclusiones preliminares el médico forense, que se trata de un fallecimiento pendiente de estudio. La causa fundamental de la muerte está pendiente de estudio de laboratorio, siendo inmediato un edema agudo en el pulmón.

Que el mencionado fallecimiento se determina el día 16 de agosto a las 8:58 horas.

OCTAVO. Con fecha de 3 de septiembre de 2021, tras el fallecimiento de su progenitor (...), acude de forma regular a consultas psicológicas especialistas en la infancia y adolescencia y consultas psicológicas sanitarias. (...) .

FONDO DEL ASUNTO

PRIMERO. Que en el servicio médico de urgencias del complejo Hospitalario Insular de las palmas tienen dos ámbitos principales de asistencia, el hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales y el extrahospitalario, que puede integrar a su vez diferentes recursos (ambulancias, UVI móvil, teleasistencia, etc) y tipos de asistencia en Centros de Salud. Es absolutamente esencial la eficiente actuación de las ambulancias cuando deben asistir una urgencia vital. El tiempo de respuesta y la correcta valoración de la gravedad del caso son esenciales, por lo que no son aceptables retrasos injustificados, asistencias telefónicas imprecisas, carencia de medios técnicos o humanos en la ambulancia, etc.

Esta parte considera que se ha cometido una negligencia debido a un deficiente proceso asistencial inicial, debido a la no realización de las pruebas adecuadas o bien originadas por un inadecuado o tardío diagnóstico, circunstancias todas ellas que repercuten directamente en la enfermedad del paciente que se vio agravado su cuadro clínico o incluso produciéndose el fallecimiento.

En este caso concreto la urgencia del tratamiento adecuado suponía un inmediato compromiso vital para la salud del paciente, por lo que no es admisible errores con pruebas de diferentes Resultados, para obtener certeza mediante las pruebas diagnósticas adecuadas e investigar en otros campos como era el edema pulmonar y no enfermedad por Coronavirus.

Por todo ello nos encontramos ante un diagnóstico erróneo ocasionando múltiples consecuencias incluso provocando el fallecimiento del paciente.

Por un lado, dicho error fue motivado por una falta de empleo de medios, es decir, que no se emplearon todas las pruebas y recursos posibles para dar con un diagnóstico correcto. Entendiendo la parte interesada insuficiente únicamente hacer en numerosas canciones hacer PRC con resultados todas negativos, salvo un antígeno. Además de un simple Rx, con resultado normal.

SEGUNDO. En referencia a la valoración de las pruebas diagnósticas especifican desde los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en la actualidad existen tres modos de diagnosticar SARS, el virus causante de la enfermedad del coronavirus Covid-19. En cuestión a las dos pruebas realizadas al paciente en cuestión podemos mencionar;

Test PCR coronavirus: Conocida como la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Está considerado el test más fiable y el prioritario para las autoridades sanitarias españolas porque su fiabilidad es superior al 90 por ciento. La prueba detecta la presencia del virus a partir de muestras respiratorias tomadas en la zona posterior de la faringe. Si la prueba es positiva (detecta ARN viral) se entiende que existe multiplicación viral. Esta prueba confirma la existencia de una infección activa y si el individuo es capaz de contagiar a otros. Hasta que la PCR no es negativa, se considera que el individuo es potencialmente contagioso.

Siendo los resultados de todas las pruebas de este tipo negativas.

Además, se reconocen los test Serológicos rápidos de coronavirus: Test rápidos: Los test rápidos, también conocidos como test rápidos de antígeno, son pruebas de diagnóstico rápido que se realizan a través de una muestra de sangre o nasofaríngea y puede identificar la proteína del virus. Estos test ofrecen resultados de forma casi inmediata, similar a un test de embarazo; no obstante, tienen una sensibilidad y especificidad muy inferior a las PCR, por lo que se suelen complementar. Uno de los puntos débiles de los test rápidos de coronavirus, es que no identifican el ARN del virus sino que simplemente detectan la presencia de anticuerpos producidos frente al virus en sangre sin cuantificarlos.

En conclusión, el CDC, con respecto a la fiabilidad de cada test de coronavirus depende del momento de la infección. Así, en pacientes sintomáticos con pocos días de evolución, las pruebas más fiables son los PCR.

TERCERO. Incluso esta parte considera que se ha producido un retraso en el diagnóstico. Debido a que el paciente acudió en numerosas ocasiones a los servicios médicos, siempre se le remite al domicilio con un cuadro evidente de empeoramiento. Esto a su vez ocasiona retrasar las pruebas convenientes para dar con un resultado sanitario en claro y, la demora, en realizar pruebas pertinentes para detectar la causa del fallecimiento. El mal causado se podría haber evitado. Realizando las pruebas pertinentes y un diagnóstico correcto.

En resumen, la cuestión es la pérdida de oportunidad y la relación de causalidad entre el hecho generador del daño producido consecuentemente. Tanto el error del diagnóstico como el retraso del mismo en los servicios de urgencia por no hacer las pruebas de diagnóstico necesarias, ya no se puede aplicar un tratamiento que hubiera resultado efectivo.

De acuerdo con los informes médicos aportados anteriormente y corroborado en el mismo por el facultativo con fecha de 16 de agosto, el cual incide en la poca información y

dudas sobre el diagnóstico COVID, siendo dado de alta en varias ocasiones. Además, está presentando disnea y empeoramiento.

En virtud de la sentencia, 508/2008 del Tribunal Supremo, en su SALA 1ª, de lo Civil de 10 DE junio de 2008 indica que, para que exista responsabilidad médica es necesario cumplir con los siguientes requisitos: como proceden en este presente caso, la acción u omisión voluntaria, no intencional o maliciosa. Además de una conducta o actuación negligente que psicológicamente supone una conducta indiferente ante los resultados de una actividad que comporta un riesgo.

Incluso como es en este caso el fallecimiento del paciente y el daño moral a la familia, como es la producción de un daño o perjuicio.

Finalmente existe una relación de causa a efecto entre el acto u omisión ilícito y el resultado antijurídico ocasionado, de tal forma que lo segundo aparezca física y moralmente.

Por todo lo expuesto,

SUPLICO (…) Que se otorgue la indemnización por daños y perjuicios ante la negligencia médica o mala praxis, a la demandante en calidad de esposa y su hija menor del paciente por los daños sufridos y al pago de los intereses (…) (en su caso: de mora producidos desde la fecha del siniestro). Además de resarcir el daño moral de la esposa (…) e hija menor (…) ».

Así pues, la presente reclamación es presentada por (...), en su condición de esposa de (...) —fallecido el 16 de agosto de 2021— y en representación de la hija menor de ambos, frente al Servicio Canario de Salud, en solicitud de indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del paciente, que atribuye a una presunta actuación sanitaria negligente.

2. De acuerdo con lo expuesto en el escrito de reclamación, el proceso asistencial se inicia el día 2 de agosto de 2021, cuando el paciente acude a su centro de salud por un cuadro de malestar general, sin signos evidentes de infección por COVID-19. Dos días después, el 4 de agosto, vuelve a ser atendido, realizándose pruebas diagnósticas para la detección del virus. En este punto, la reclamante pone de relieve la existencia de resultados contradictorios, en la medida en que un test de antígenos arrojó inicialmente resultado negativo y, posteriormente, positivo, mientras que la prueba PCR practicada en la misma fecha resultó negativa, sin que —a su juicio— dicha discrepancia fuera adecuadamente valorada por los facultativos. Pese a ello, se estableció como diagnóstico la enfermedad por coronavirus y se indicó aislamiento domiciliario.

La reclamación continúa señalando que, en los días posteriores, el paciente acudió en varias ocasiones a los servicios sanitarios ante la persistencia y progresivo agravamiento de los síntomas, fundamentalmente disnea, fiebre y debilidad general. Así, el 6 de agosto fue atendido en el Hospital Insular de Gran Canaria, donde, tras realizarse una radiografía de tórax con resultado normal, fue dado de alta sin ingreso hospitalario. Asimismo, los días 10 y 12 de agosto volvió a ser valorado en urgencias, practicándose nuevas pruebas PCR que resultaron negativas, manteniéndose, sin embargo, el criterio clínico previo y la indicación de seguimiento domiciliario.

Según se expone, el cuadro clínico del paciente continuó deteriorándose hasta que el 16 de agosto de 2021 sufrió un empeoramiento crítico en su domicilio, requiriendo asistencia urgente. Durante su traslado, presentó una parada cardiorrespiratoria, sin que las maniobras de reanimación lograran revertir la situación, produciéndose su fallecimiento ese mismo día. La reclamante destaca que el propio informe médico evacuado por el Dr. (...) hace constar las dudas existentes en torno al diagnóstico de COVID-19, atendiendo a la discordancia de las pruebas realizadas y a la evolución clínica del paciente.

Igualmente, se hace referencia al informe preliminar de autopsia, en el que se indica como causa inmediata de la muerte un edema agudo de pulmón, quedando pendiente la determinación de la causa fundamental, extremo que la reclamante considera indicativo de la existencia de un diagnóstico inicial erróneo o incompleto.

3. Sobre la base de estos hechos, la parte reclamante imputa al servicio sanitario una actuación asistencial incorrecta, caracterizada por la existencia de un diagnóstico inadecuado, la insuficiencia de las pruebas diagnósticas practicadas y el retraso en la adopción de las medidas terapéuticas oportunas, lo que habría impedido identificar y tratar adecuadamente la patología que finalmente provocó el fallecimiento del paciente, generando así una pérdida de oportunidad asistencial.

En consecuencia, solicita que se declare la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud y se reconozca su derecho, así como el de la hija menor, a percibir la correspondiente indemnización por los daños y perjuicios sufridos, incluidos los de carácter moral derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente. A este respecto, se ha de indicar, como ya se ha dicho, que la reclamante no cuantifica el importe de la indemnización pretendida.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada de 15 de marzo de 2022, (...), actuando en nombre y representación de (...) y (...), interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) [esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes] y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

2. Consta en el expediente la formulación de diversos requerimientos por parte de la Administración sanitaria que fueron convenientemente atendidos por la representante de las reclamantes.

A este respecto, resulta especialmente relevante destacar que, mediante escrito de alegaciones de 27 de abril de 2022, se aporta a las actuaciones testimonio de las Diligencias Previas n.º 1917/21 -sobreseídas provisionalmente mediante auto judicial de 20 de octubre de 2021 del Juzgado de Instrucción n.º 3 de San Bartolomé de Tirajana-, y se añade, por parte de la representante de las perjudicadas, otro motivo en el que fundamentar su reclamación indemnizatoria: *« (...) la asistencia de recurso para soporte vital básico no fue el adecuado o no corresponde con el protocolo establecido»*.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 11 de mayo de 2022, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a las interesadas.

4. Con fecha 12 de junio de 2025 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante,

SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente, teniendo en cuenta, a tal fin, la siguiente documentación:

«1.- Información facilitada por la reclamante (esposa).

2.- Información obrante en Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria (AP).

3.- Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI).

4.- Documentación relativa a la asistencia prestada por el SUC (Servicio de Urgencias Canario) el día 16/08/2021:

- Grabaciones de las conversaciones registradas en la Sala Operativa del servicio de emergencias 1-1-2.

- Partes asistenciales correspondientes a los recursos sanitarios movilizados, tanto de soporte vital básico como de soporte vital avanzado.

- Ficha generada en la aplicación informática PGE (Plataforma de Gestión de Emergencias)

5.- Informes emitidos por los Dres.:

- (...), Jefe de Sección del Servicio de Urgencias del CHUIMI.

- (...), Director Territorial SUC Las Palmas.

6.- Informe de los técnicos de ambulancia de soporte vital básico».

Asimismo, y como se indica en la Propuesta de Resolución, junto al informe del SIP se incorpora *« (...) el preceptivo informe de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias de 31 de mayo de 2022 y documentos de la asistencia prestada en su ámbito:*

- Grabación de la Sala Operativa del 1-1-2.

- Incidente de PGE.

- Partes asistenciales de los recursos de SVB y SVA.

- Informe solicitado a los técnicos de la unidad de SVB sobre su actuación».

5. Con fecha 18 de junio de 2025 se requiere a la reclamante para que, en el plazo de diez días, formule la proposición de prueba de que intente valerse en el presente procedimiento. Trámite que es debidamente cumplimentado por la

representante de las interesadas con fecha 24 de junio de 2025, proponiendo prueba documental -la ya incorporada junto a la reclamación inicial-.

6. Con fecha 2 de septiembre de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que se admite a trámite la prueba documental propuesta tanto por la reclamante como por la Administración sanitaria.

7. Como señala el órgano instructor en la Propuesta de Resolución -y así se constata en el expediente instruido-, *«con (...) fecha 2 de septiembre de 2025 se acordó conferir trámite de Audiencia. Ambos acuerdos fueron notificados a la interesada quien no formuló alegaciones. (...) .*

Toda vez que (...) ((...)), responsable del transporte sanitario, está legitimada pasivamente en el mismo. Advertida la omisión de la solicitud de proposición de prueba a (...) así como la omisión de las notificaciones a dicha entidad de los actos posteriores (Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia), a fin de no generar indefensión, mediante Resolución n.º 3861/2025 de la Secretaria General se procedió a la retroacción del procedimiento.

El nuevo Acuerdo probatorio y Trámite de Audiencia fueron acordados con fecha 19 de diciembre de 2025 y debidamente notificados a (...) y a la reclamante».

8. Con fecha 14 de enero de 2026 la empresa (...) formula escrito de alegaciones sosteniendo la regularidad de la actuación del servicio de transporte sanitario.

9. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], 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.

10. Con fecha 4 de marzo de 2026 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...) en nombre y representación de (...) al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

11. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 8 de abril de 2026, 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 Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención médica dispensada al paciente.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 18/2026, de 21 de enero, con cita del anterior Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos], sobre la regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

En el mismo Dictamen recuerda también el Consejo su doctrina sobre la especificidad y peculiaridad de la responsabilidad en el caso de la asistencia sanitaria:

«En este sentido la STS de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración

sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Asimismo, entiende el TS en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) "que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".

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

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

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

Por tanto, y como ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo en su Dictamen 9/2026, de 9 de enero -entre otros-, *« (...) en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o incumplimiento 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 sin que quepa exigírsele garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la lex artis, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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 es el que 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)».

Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 521/2025, de 12 de diciembre [con cita de los anteriores Dictámenes 29/2025, de 22 de enero, 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil

acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo*

según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, entiende este Consejo Consultivo que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En primer lugar, y en relación con la supuesta existencia de un error o retraso diagnóstico, ha de señalarse que la actuación de los profesionales sanitarios se ajustó en todo momento a los estándares clínicos exigibles, teniendo en cuenta el contexto asistencial concreto. Así, el cuadro clínico presentado por el paciente a partir del 4 de agosto de 2021 —caracterizado por fiebre elevada, anosmia, ageusia, cefalea y disnea leve— constituía, de forma inequívoca, un supuesto altamente sugestivo de infección por SARS-CoV-2, lo que justificó la adopción de las decisiones diagnósticas y terapéuticas correspondientes, mediante la realización de pruebas virológicas [test de antígenos y PCR] y el establecimiento del diagnóstico clínico de COVID-19.

En este sentido, no puede considerarse que la existencia de resultados discordantes entre dichas pruebas implique una actuación negligente o contraria a la *lex artis*, habida cuenta de que, conforme a los conocimientos científicos disponibles en ese momento, la PCR no excluye completamente la infección en presencia de clínica compatible, mientras que el test de antígenos presenta una elevada especificidad, de modo que un resultado positivo posee un alto valor confirmatorio. De ello se sigue que la decisión clínica adoptada —basada en la integración de datos clínicos y resultados diagnósticos— fue técnica y científicamente correcta, sin que pueda apreciarse desviación alguna respecto del estándar de diligencia exigible.

En segundo lugar, desde la óptica de la suficiencia de medios diagnósticos, el expediente evidencia que el paciente fue objeto de un seguimiento continuado y de una atención sanitaria adecuada y proporcionada a la sintomatología que presentaba en cada momento. En particular, se practicaron exploraciones físicas reiteradas, seguimiento en Atención Primaria y valoraciones en urgencias hospitalarias, incluyendo pruebas complementarias pertinentes, como radiografías de tórax en dos

ocasiones, ambas con resultado normal y sin evidencia de patología cardiopulmonar relevante.

Resulta especialmente relevante destacar que, a lo largo de todo el proceso asistencial, no concurrieron signos o síntomas clínicos que permitieran sospechar un tromboembolismo pulmonar, entidad finalmente constatada en la autopsia. El paciente se mantuvo, según consta documentado, hemodinámicamente estable, eupneico, con saturaciones de oxígeno normales y sin dolor torácico ni datos de insuficiencia respiratoria o trombosis venosa profunda, lo que razonablemente excluía la indicación de pruebas específicas dirigidas a descartar dicha patología. Desde esta perspectiva, la actuación médica se revela plenamente acorde con el carácter de la medicina como obligación de medios, no pudiendo exigirse la realización de pruebas diagnósticas no justificadas por la clínica existente.

En tercer lugar, y en lo que respecta al elemento nuclear de la responsabilidad patrimonial, ha de concluirse la inexistencia de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento del paciente. La autopsia determina que la causa del óbito fue un tromboembolismo pulmonar de carácter *«agudo»*, cuyo desarrollo temporal, según los hallazgos histopatológicos, se sitúa en un intervalo de escasos días, compatible con un evento sobrevenido con posterioridad a las últimas valoraciones médicas efectuadas. Tal circunstancia impide afirmar que la actuación de los servicios sanitarios haya sido condición necesaria o determinante del resultado lesivo, rompiéndose así el presupuesto causal exigido por la normativa aplicable.

Asimismo, desde una perspectiva técnica, debe ponerse de relieve que el tromboembolismo pulmonar constituye una patología de aparición frecuentemente súbita, que puede debutar con muerte súbita extrahospitalaria, lo que limita de forma determinante las posibilidades de diagnóstico precoz e intervención terapéutica eficaz. Este elemento refuerza la conclusión de que, aun en el plano hipotético, no cabe establecer una pérdida de oportunidad jurídicamente relevante.

Finalmente, y como bien señala el órgano instructor, la valoración del caso debe efectuarse conforme a la doctrina de la *«prohibición de regreso»*, que impide enjuiciar la actuación médica a partir del resultado final conocido con posterioridad, exigiendo que el juicio sobre la corrección de la praxis se realice atendiendo exclusivamente a la situación clínica existente en cada momento de la asistencia. Desde esta óptica, las decisiones adoptadas por los profesionales sanitarios que intervinieron con el paciente aparecen como plenamente razonables, proporcionadas

y ajustadas a los datos disponibles, sin que el posterior conocimiento del diagnóstico anatomopatológico permita reconstruir retrospectivamente un supuesto error inexistente.

En consecuencia, a la vista del conjunto de circunstancias concurrentes, cabe concluir que la actuación del servicio público sanitario se desarrolló conforme a la *lex artis ad hoc*, con utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados y sin que exista relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el fallecimiento del paciente.

Esta adecuación de la prestación del servicio público sanitario a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, queda perfectamente reflejada -y razonada en detalle- en las conclusiones formuladas por el SIP en su informe de 12 de junio de 2025 -y que no han sido desvirtuadas mediante prueba en contrario-:

«1. Respecto a las pruebas PDIA realizadas, se reclama la inadmisibilidad de errores ante resultados discordantes, así como la necesidad de obtener certeza mediante la realización de las pruebas diagnósticas adecuadas.

1a.- En pleno contexto pandémico (agosto de 2021), el paciente presentaba, el 04/08/2021, un cuadro clínico muy sugestivo de infección por COVID-19: dolor de garganta, pérdida del olfato (anosmia), pérdida del gusto (ageusia), cefalea intensa, disnea leve, fiebre elevada y diarrea autolimitada. Por este motivo, ese mismo día se le realizaron dos pruebas diagnósticas para la detección de la infección por SARS-CoV-2: un test rápido de antígenos y una PCR.

1b.- El test de antígenos NO es un test serológico, como se sugiere en el escrito de la reclamación, ya que no detecta anticuerpos, sino proteínas virales específicas (antígenos) del SARS-CoV-2, presentes en el tracto respiratorio durante la infección activa.

Tiene la ventaja de ofrecer resultados en un corto plazo, lo que permite adoptar de inmediato medidas de aislamiento y protección de los convivientes. Aunque en casos con evolución clínica inferior a cinco días —como el presente— podría justificarse el uso exclusivo del test de antígenos, en el caso que nos compete se optó también por realizar una PCR.

Si bien la PCR es, en general, más sensible —es decir, capaz de detectar un mayor número de casos—, el test de antígenos presenta buena sensibilidad en fases iniciales de la infección y en pacientes con síntomas compatibles, es decir, cuando la carga viral es elevada. No obstante, están bien documentados los casos falsos negativos incluso con la PCR (hasta en un 30 % de los casos), especialmente si la muestra no es adecuada, si el virus no está presente en la zona anatómica analizada o dependiendo del tipo de ensayo RT-PCR empleado. Por lo tanto, un resultado negativo en PCR no excluye con total seguridad la infección, sobre todo si existen síntomas clínicos compatibles. Por su parte, la especificidad

de los test rápidos de antígenos para COVID-19 suele ser alta, generalmente superior al 97-99%, es decir un resultado positivo tiene un alto valor predictivo y es poco probable que se trate de un falso positivo.

1c.- En este contexto, el médico de Atención Primaria diagnosticó enfermedad por COVID-19 basándose en el resultado positivo del test de antígenos, a la espera del resultado de la PCR.

Aunque esta última resultó negativa, ello no excluye completamente la posibilidad de infección, ya que la negatividad de ninguna prueba diagnóstica —ni siquiera la PCR— puede garantizar con absoluta certeza su ausencia. En presencia de síntomas clínicos compatibles, un resultado positivo en una prueba viral (ya sea PCR o test de antígenos) es indicativo de infección activa por SARS-CoV-2. En este caso, la clínica era muy sugestiva de infección por COVID-19, el paciente no había completado la pauta de vacunación, por lo que no contaba con protección adecuada frente al virus, y había resultado positivo en una prueba viral, por lo que existían todos los elementos para considerarlo un cuadro derivado de una infección por COVID-19.

Coherentemente se realizó seguimiento estrecho en AP.

1d.- En relación con la PCR para SARS-CoV-2 realizada el 11/08/2021 y posteriores, no puede descartarse completamente una infección por COVID-19 previa, ya que un resultado negativo podría deberse a una carga viral insuficiente en las mucosas faríngeas, fenómeno habitual a medida que avanza de la enfermedad, cuando el virus ha dejado de replicarse activamente en el tracto respiratorio superior.

2.- Con respecto al punto sobre la necesidad de obtener pruebas diagnósticas adecuadas e investigar en otros campos, como en el caso del edema pulmonar y no de la enfermedad por coronavirus, así como sobre el retraso diagnóstico y el supuesto error diagnóstico.

2a.- La reclamante no detalla a qué pruebas diagnósticas hace referencia.

2b.- La realización de pruebas serológicas para detección de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 no habría resultado útil como herramienta diagnóstica en la fase aguda de la enfermedad, ya que estas pruebas no permiten identificar con fiabilidad una infección activa. La producción de anticuerpos suele ser detectable a partir de los 7-14 días desde el inicio de síntomas, por lo que no constituyen un método adecuado para diagnóstico temprano o en fases iniciales.

En el momento de la evaluación, no existían pruebas diagnósticas adicionales que pudieran confirmar con mayor certeza la infección por COVID-19 en fase aguda, más allá de las pruebas virológicas disponibles (PCR o test antigénicos).

2c.- El 11/08 se realizó una prueba virológica con el objetivo de descartar las infecciones víricas más probables en ese contexto clínico, como gripe o virus respiratorio sincitial.

2d.- Durante las asistencias al Servicio de Urgencias, no se evidenciaron signos clínicos que sugirieran enfermedad cardiaca y/o de edema pulmonar. El paciente se mantuvo estable hemodinámicamente, eupneico- respirando normalmente y sin necesidad de oxigenoterapia-, sin edemas periféricos, con auscultación cardiaca normal y con auscultación pulmonar que mostraba a la auscultación signos compatibles con una infección por COVID-19 (crepitantes bibasales el 5/08).

La radiografía de tórax, realizada en ambas ocasiones en el Servicio de Urgencias, es una prueba complementaria útil para identificar signos sugestivos de edema pulmonar de origen cardiogénico, tales como redistribución vascular, líneas B de Kerley o derrame pleural bilateral, así como para descartar otras patologías pulmonares como infecciones, neumotórax, lesiones ocupantes de espacio o problemas vasculares. Además, esta exploración puede ofrecer indicios indirectos de insuficiencia cardíaca, como una silueta cardíaca aumentada compatible con cardiomegalia. Ninguno de estos hallazgos radiológicos estuvo presente en las radiografías realizadas.

Aunque la radiografía de tórax no es la prueba de elección para diagnosticar embolia pulmonar o infarto pulmonar, puede mostrar signos indirectos o secundarios, tales como atelectasias, derrame pleural, elevación del hemidiafragma u opacidades triangulares periféricas que sugieren infarto pulmonar. Ninguno de estos hallazgos radiológicos estuvo presente en las radiografías realizadas.

2e.- Con respecto a la entidad clínica evidenciada posteriormente en la autopsia: tromboembolismo pulmonar (TEP), se procede a analizar las asistencias al Servicio de Urgencias y la evolución clínica del paciente:

Premisa: La causa más común de embolia pulmonar se da cuando parte del coágulo formado en las venas profundas de la pierna (trombosis venosa profunda) se rompe y se traslada a través del torrente sanguíneo hacia otras partes del cuerpo.

La formación de trombos ocurre generalmente en situaciones que provocan un estancamiento de la sangre y se asocia a factores de riesgo como:

- *Inmovilización de alguno de los miembros debido a cirugías o fracturas.*
- *Postoperatorios.*
- *Encamamiento prolongado, hospitalización.*
- *Edad >65 años.*
- *Presencia de varices o daño directo de las venas provocado por cirugía.*
- *Presencia de catéteres endovenosos.*

• Alteraciones genéticas (coagulopatías), algunas enfermedades generales y la presencia de cáncer.

• Insuficiencia cardiaca, infarto del miocardio.

• Obesidad.

• Trombosis venosa profunda previa

- El tromboembolismo pulmonar, si bien puede ser una complicación tardía de la infección por COVID-19 —con un debut promedio estimado de 19,2 ± 11,2 días desde el inicio de los síntomas—, suele asociarse a signos clínicos de trombosis venosa periférica (como la trombosis venosa profunda), que el paciente no presentaba. Además, se vincula con factores de riesgo predisponentes (ver arriba), ninguno de los cuales estaban presentes en este caso.

- Lo síntomas asociados a Tromboembolismo pulmonar incluyen: falta de aire, dolor torácico agudo, tos con sangre, ansiedad y agitación, taquipnea, desaturación de oxígeno y taquicardia significativa no atribuible a otras causas. Los primeros síntomas también pueden manifestarse como mareos, desvanecimientos o convulsiones.

- En este caso, a lo largo de las distintas asistencias médicas, el paciente no presentó síntomas clínicamente sospechosos de tromboembolismo pulmonar, como dolor torácico, tos y/o tos con sangre, ansiedad, agitación, taquipnea o desaturación de oxígeno. Aunque en algún momento refirió disnea leve, esta no se acompañó de signos de alarma ni se corroboró con datos objetivos de hipoxemia. En las exploraciones físicas se encontraba eupneico (respiración normal), con buena tolerancia al decúbito.

Durante la primera asistencia al SUH presentó normocardia, y en la segunda, taquicardia leve, no significativa, atribuible al contexto febril, sin disnea, sin desaturación ni necesidad de oxigenoterapia.

- El paciente se mantuvo eupneico, con saturaciones de oxígeno normales y sin requerimiento de oxigenoterapia, lo que indicaba una situación respiratoria estable y no alarmante, compatible con una evolución no complicada de la infección por COVID-19. En ninguna de las asistencias presentó signos de insuficiencia respiratoria ni una clínica que hiciera sospechar un tromboembolismo pulmonar.

- Durante las asistencias, no mostró signos o síntomas que justificaran la realización de pruebas complementarias más allá de la radiografía de tórax, justificada ante la sospecha clínica de infección pulmonar por COVID-19 y la auscultación de crepitantes bibasales compatibles con la infección. Una presentación clínica diferente, sugerente insuficiencia y/o objetiva dificultad respiratoria, habría motivado la realización de un diagnóstico diferencial más exhaustivo.

- El médico de Atención Primaria que realizó el seguimiento registró en múltiples ocasiones la ausencia de disnea, incluso durante la última asistencia el 12/08, en la que solo se mencionan síntomas como fiebre, falta de apetito y decaimiento, sin otros síntomas que pudieran alertar sobre un cuadro tromboembólico. En esa fecha se solicita analítica con motivo de fiebre prolongada y se inicia tratamiento antibiótico.

- Posteriormente al 12/08 y hasta el día del fallecimiento, no constan asistencias en Atención Primaria ni en atención especializada. Cabe destacar que fue en la mañana del 16/08, a las 8:35 horas, durante el traslado en ambulancia, cuando el paciente comenzó a presentar signos de desaturación e inestabilidad hemodinámica, manifestando una clínica que, en ese momento, podía hacer sospechar la necesidad de descartar un tromboembolismo pulmonar, entre otros posibles diagnósticos.

- Los hallazgos autópsicos (descritos posteriormente) apoyan la hipótesis de que el tromboembolismo pulmonar (TEP) se produjo tras las últimas asistencias médicas, ya que se describe como un evento "agudo". En el contexto clínico, el término "agudo" hace referencia a una obstrucción repentina de la arteria pulmonar o de alguna de sus ramas, lo que suele implicar una evolución de pocas horas, o como máximo de 24 horas.

Asimismo, según el estudio histopatológico incluido en el informe de autopsia, la ausencia de reacción entre los trombos y la pared de los vasos sugiere que el proceso tromboembólico tenía una evolución estimada entre 1 y 4 días, lo cual es compatible con un inicio posterior a las últimas valoraciones médicas.

"Tabla 4. Evolución temporal del tromboembolismo (modificado de Leu (...) y Fineschi et al).

Presentación: 1-4 días

Reacción de la pared vascular: Nada

(...) "

El TEP es una de las principales causas de muerte de origen vascular, cuya primera presentación clínica frecuentemente se manifiesta en forma de muerte súbita.

3.- Sobre los hallazgos autópsicos y diagnóstico "erróneo" de infección por COVID-19.

3a.- Las pruebas diagnósticas realizadas durante la autopsia —PCR y test de antígeno, sin que conste el lugar anatómico de la toma de muestra— arrojaron resultados negativos, lo cual concuerda con el resultado de la PCR realizada en vida el 11/08.

3b.- En el ámbito forense, la detección de una posible infección por SARS-CoV-2 post mortem suele basarse en una combinación de PCR en tejido fresco o fijado y pruebas serológicas, realizadas lo antes posible, para evaluar simultáneamente la carga viral y la respuesta inmunológica del fallecido. En este caso no consta ningún análisis serológico realizado durante la autopsia.

3c.- La autopsia realizada no permite esclarecer la causa y el origen del tromboembolismo pulmonar (TEP). Ya que se descarta una posible infección por covid-19, la ausencia de descripción de trombos en venas periféricas, neoplasias, traumatismos, coagulación intravascular diseminada o trombos sépticos descarta otras posibles etiologías comunes. Tampoco se evidenció una causa cardíaca. Solo se describieron placas ateroscleróticas coronarias, sin signos de infarto agudo o crónico, y sin hallazgos morfológicos compatibles con sobrecarga ventricular o insuficiencia cardíaca.

No se describe dilatación ni hipertrofia del corazón como respuesta aguda al TEP, ni datos de insuficiencia cardíaca derecha. Esta ausencia de signos reactivos, junto con la descripción anatomopatológica de tromboembolismo agudo, sugiere un cuadro de instauración muy reciente.

3d.- En cuanto a que se descarte infección por COVID-19 en la muestra histológica pulmonar, es importante resaltar que la prueba inmunohistoquímica se realizó sobre un fragmento periférico de ambos pulmones. Si bien es una técnica valiosa, que consiste en detectar antígenos virales específicos mediante anticuerpos dirigidos contra proteínas del SARS-CoV-2, su resultado puede verse afectado por múltiples factores, entre ellos la técnica de fijación, el manejo de la muestra y, especialmente, el hecho de que la infección por COVID-19 suele ser parcheada, lo que implica que las áreas infectadas podrían no haber sido incluidas en las muestras analizadas. Por lo tanto, un resultado negativo no descarta con certeza absoluta la infección por COVID-19.

Además, en autopsias de pacientes con COVID-19 se ha observado que un hallazgo característico es la presencia de trombos en vasos arteriales de pequeño calibre (diámetro < 1 mm), y se ha registrado una asociación estadísticamente significativa entre la infección por SARS-CoV-2 y la distribución periférica del tromboembolismo pulmonar (TEP), hallazgos que se describen en la autopsia del caso analizado ("trombos de fibrina en arteriolas; tromboembolismo en vasos distales").

4.- Sobre la reclamada actuación por parte del 112 y ambulancia.

4ª.- El relato telefónico inicial era ambiguo y no permitió establecer la existencia de una parada cardiorrespiratoria en curso. Si bien la esposa inicialmente habla de un "paro cardíaco", ante preguntas directas sobre el estado de conciencia y la respiración del paciente, en ningún momento indica que este hubiera dejado de respirar ni que estuviera realizando maniobras de reanimación. En la declaración posterior ante la policía, se recoge que, al momento de llamar al 112, el marido se había sincopado (pérdida de conocimiento) pero no parado, y que ella lo reanimó entre la llamada y la llegada de la ambulancia.

En base al relato telefónico y a los datos clínicos, sugerentes un cuadro de sincope parcialmente recuperado y dificultad respiratoria, en paciente probable covid, se decidió activar una ambulancia básica (ver informe correspondiente del director del SUC) que a su

llegada registra paciente alerta, febril, normotenso, con saturación de oxígeno normal, y taquicardia. Todo ello es coherente con el diagnóstico inicial de sincope.

4b.- Los tiempos de respuesta de la ambulancia fueron adecuados, registrándose su llegada al domicilio a los 10 minutos de la llamada al 112. Consta en el informe la toma de constantes vitales, lo que implica que se llevó a cabo una valoración directa del paciente, descartándose así que el personal técnico rehusara el contacto con el paciente. Según las conversaciones telefónicas registradas, al menos uno de los dos técnicos se encontraba equipado con las medidas de protección, al tratarse de un posible caso de COVID-19.

4c.- El paciente presentó los primeros signos de inestabilidad hemodinámica alrededor de las 8:35 horas, momento en que ya estaba siendo trasladado por la ambulancia al centro médico más cercano, produciéndose la parada cardiorrespiratoria aproximadamente diez minutos después, según consta en el registro de intervención de la ambulancia. Esto evidencia una evolución clínica repentina.

El manejo eficaz del tromboembolismo pulmonar (TEP) requiere una alta sospecha diagnóstica, la realización de pruebas complementarias específicas y, en los casos graves, la disponibilidad inmediata de soporte vital avanzado, como la administración de trombolíticos o el ingreso en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, estos recursos no están disponibles en el entorno extrahospitalario, y la progresión tan rápida hacia la asistolia y la parada cardiorrespiratoria no habría permitido una intervención más efectiva, incluso con una dotación médica avanzada presente desde el inicio.

El TEP agudo es una entidad ampliamente documentada como causa de muerte súbita extrahospitalaria, siendo esta, en muchos casos, su primera manifestación clínica. En este contexto, el desenlace resulta difícilmente evitable, dada la naturaleza súbita del cuadro.

5.- La hija del paciente estaba en seguimiento psicológico desde octubre de 2019, 2 años antes del fallecimiento del padre, con un total de 21 sesiones, registrándose la última el 3/09/2021.

En las sesiones posteriores al fallecimiento del progenitor, se observa que "la menor experimenta la reacción natural ante la pérdida de su ser querido, siguiendo el proceso de duelo psicológico correspondiente". Es decir, no se objetiva un duelo patológico ni vivencias postraumáticas.

Se recomienda continuar con la terapia psicológica para seguir trabajando en la gestión emocional y los síntomas ansiosos relacionados con un diagnóstico previo (poliuria emocional), y para acompañarla en el proceso de duelo, que es la vivencia menor en la actualidad.

6.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo

tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento».

4. En conclusión, los argumentos expuestos anteriormente determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. Y es que, por un lado, la reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente administrativo, lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc* -tal y como ha quedado descrito en las fundamentaciones precedentes-. Por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria se entiende que es conforme a Derecho, en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.