



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 440/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 415/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 10 de mayo de 2017 a instancia de (...), como consecuencia de los daños morales derivados del fallecimiento de su madre en dependencias del SCS.

2. La reclamante solicita una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería 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 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).

También son de aplicación la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones

---

\* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

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

5. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004 y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Este Consejo ya tuvo oportunidad de intervenir en el presente procedimiento, advirtiéndolo en el Dictamen 135/2019 que la falta de documentos e información médica referidos a la asistencia practicada a la interesada, hacía oportuno retrotraer el procedimiento, a fin de que se aportaran al expediente y se diera nuevo trámite de audiencia.

Se constata que se ha remitido la documentación requerida y se han cumplido los demás trámites indicados, por lo que nada obsta a un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos alegada por la interesada es la siguiente:

La interesada reclama por el fallecimiento de su madre como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SCS. Concretamente, en el escrito de reclamación expresa sus alegaciones como sigue:

«(...) Mi madre estaba domiciliada en el centro de acogida (...), había sido dada de alta en el HU de La Candelaria, el viernes 12 de agosto, aquejada de una grave enfermedad. El fin de semana no lo pasó muy bien y el lunes 15, desde el propio centro se llama al 012 para que

asistan a mi madre, alrededor de las 20:00 horas, ya que no la veíamos muy bien, estaba perdiendo coordinación al hablar, se la veía confusa y con problemas al hablar, y con muy poca ingesta de alimentación y bebida. El personal de la ambulancia medicalizada, tomó las constantes vitales a mi madre, y valoraron que eran adecuadas para no ser trasladada al hospital.

El martes 16 de agosto, me indican inicialmente, que el médico contratado por el centro para visitar a los residentes, no viene hasta por la tarde, decido llamar al centro de salud, para hablar con el médico de cabecera y solicitarle asistencia, ya que encontraba a mi madre peor que el día anterior. La llamada la realicé desde mi teléfono móvil a las 11:21 (duración 7m 16seg).

El médico, que me dijo ser el sustituto de vacaciones de la titular, me escuchó atentamente, y me dijo, que tal como le explicaba podía ser grave, si se trataba de un exceso en la medicación administrada para el dolor. Me indicó que le llamara en 20 minutos, porque después del puente tenían muchos pacientes en el consultorio y que hablaba con su compañera, a ver si uno de los dos podía pasar a verla.

Transcurridos 20 minutos, a las 11:50 (duración 5m 24 seg.), vuelvo a llamar al centro, me identifico, y la persona que me coge el teléfono, la enfermera, me indica, que el protocolo no permite visitar a un paciente institucionalizado, como era el caso de mi madre, porque la residencia en la que estaba tenía sus propios enfermeros y médicos, y eran ellos los responsables de mi madre. Yo le comenté que el médico no venía hasta por la tarde, porque tenía unos días y horas contratados, y que mi madre necesitaba ser vista por un médico. Me insiste ella en el protocolo y a mi insistencia de hablar nuevamente con el médico, me pasa la llamada.

El médico, el cual en mi primera llamada estaba dispuesto a organizar la visita, me dice que lo ha hablado con su compañera la enfermera y que el protocolo que existe no le permite visitar a mi madre.

Ante mi preocupación vuelvo a preguntar en la residencia por la hora a la que viene el médico, y me dicen que probablemente sea el jueves ya que los días que tenía contratados eran lunes y jueves (¡y era martes!).

Me saltan las alarmas, llamo de nuevo al centro de salud de Igueste (11:58) y comunicaba, así que cojo el coche y subo. El médico estaba en ese momento entrando a un paciente y la enfermera queda al poco libre. Toco y entro en su despacho, me identifico y le explico situación y el hecho de que el médico contratado por la residencia de mi madre no viene hasta el jueves (...).

No esperé, me fui con mi madre. La ayudé como pude. Le di de comer (nadie supervisó que con la parálisis que tenía no debía comer). El médico de la residencia finalmente vino a

las 18:00 horas. La enfermera del centro llegó a las 15:00 y le puso un suero para que estuviera hidratada.

Cuando llegó el médico de la residencia de mayores, le expliqué lo que me había ocurrido en el Centro de Salud, y él me dice que el responsable de mi madre es el médico de cabecera, él es quien revisa o ajusta la medicación y quién toma las decisiones sobre sus pacientes, y que él cómo médico de la residencia, puede aconsejar, asesorar, en base a lo que el observa en las visitas.

Mi madre empeora. A las 20:30, se llama desde el centro al 012 y se la traslada al HU de la Candelaria.

Mi madre había sufrido un ictus y presentaba fiebre por un cuadro infeccioso (...).

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«La paciente se hallaba domiciliada en una residencia de mayores (...). Estaba inscrita, a efectos de atención por médico de cabecera, en el Centro de Salud de Igueste.

El 12 de agosto de 2016, estando ingresada en el HUNSC por carcinoma de páncreas, recibe el alta a domicilio.

El 15 de agosto de 2016, se llama al 112 para que la asistan -alrededor de las 20:00 hs- ya que estaba perdiendo la coordinación al hablar, parecía confusa y con poca ingesta de alimento y bebida. El personal de la ambulancia medicalizada tomó las constantes y valoró que eran adecuadas para no ser trasladada al hospital.

El 16 de agosto de 2016, le indican que el médico de la residencia de mayores no vendría hasta por la tarde. Su hija contacta con el médico de familia del C.S de Igueste, quien le indica que puede tratarse de un exceso de medicación y que llamase en 20 minutos, porque tiene muchos pacientes y que hablaría con su compañera, para ver si alguno de los dos podría visitar a la paciente en la residencia.

En la residencia de mayores le indicaron que su médico no vendría hasta el jueves (y era martes). Sin embargo no fue así ya que acudió a las 18:00 hs del día 16 de agosto de 2016. La enfermera llegó antes, a las 15:00 hs y le administró suero para que estuviera hidratada.

A las 20:30 hs, la paciente empeora y se avisa al 112, siendo trasladada al HUNSC. Es atendida en urgencias, se le tomaron las constantes vitales, se realizó exploración física y se solicitaron pruebas complementarias. Se inició tratamiento con sueroterapia y antibioterapia.

Se propuso ingreso en el Servicio de Medicina Interna, con diagnóstico de ingreso de: Cáncer de Páncreas con lesiones sugestivas de metástasis en hígado y pulmón; Ictus subagudo en evolución en territorio de la Arteria Cerebral Media izquierda (ACM) y probable sepsis de origen respiratorio.

El 21 de agosto de 2016, cuatro días tras su ingreso y tratamiento, la paciente es exitus, a las 19:25 hs».

3. El SIP realiza las siguientes consideraciones:

1.- La reclamante -hija de la paciente fenecida- indicó en su escrito de fecha: 10-05-2017 lo siguiente: (...) El médico me dijo ser el sustituto de vacaciones del titular, me escuchó atentamente, y me dijo, que tal como lo explicaba, podía ser grave, si se trataba de un exceso de medicación administrada para el dolor. Me explicó que llamara dentro de 20 minutos, porque después del puente tenía muchos pacientes en el consultorio, y que hablaba con su compañera, a ver si uno de los dos podía pasar a verla. (Fuente: escrito de reclamación, Hechos, Primero, quinto párrafo).

Por este párrafo del escrito de reclamación, cabe deducir la sintonía entre la señora y el médico. No habría habido ningún desencuentro y cabría destacar que a la señora se le escuchó atentamente, de lo que se podría colegir que su petición sería atendida y existiría la intención -por parte del médico- de acudir a la residencia de acogida.

Evidenciamos que el médico de familia de Atención Primaria de Salud, tiene potestad facultativa para evaluar y valorar, diagnosticar, pautar órdenes de tratamiento y derivar pacientes, si lo considera conveniente. Por tanto, en el caso analizado, es quien acudiría a visitar a la madre de la señora. Para ello, el médico (en la conversación telefónica habida con la dicente) le rogó aguardar 20 minutos, puesto que la consulta estaba saturada de pacientes, (pacientes programados y fuera de hora), a causa de los días del puente y la enfermera no había llegado aún.

Estimamos, por lo relatado tanto en el escrito de reclamación como en el informe del médico de familia, que hubo aceptación -por parte de la señora- en esperar, ya que ésta se personó en el Centro de Salud al cabo de una media hora, aproximadamente.

No obstante, cuando el médico -luego de terminar de atender al paciente que estaba en ese momento en la consulta- salió a la sala de espera para localizar y recibir a la señora, ésta no se hallaba allí. Se desconoce la causa de su marcha, sin concretar y formalizar con el médico la solicitud de asistencia a domicilio por enfermedad, puntualizar la hora de asistencia, precisar lugar/localidad de la residencia de acogida, dirección, número de teléfono de contacto, filiación de la

paciente, analizar los Informes de alta hospitalaria que aportase la dicente, es decir, imprescindibles datos para una visita médica a domicilio.

2.- Según el Informe manuscrito del Director de zona básica de Salud de Candelaria, Tenerife, no existiría protocolo alguno en el que se advirtiese no permitir visitar a enfermos ingresados en residencias de mayores/tercera edad.

Lo cual resulta obvio y por tanto la paciente podía y debía ser visitada, atendida y valorada, por los médicos del Servicio Canario de la Salud, y en función de todo ello, valorada y tratada; y dependiendo de la gravedad del cuadro clínico, trasladada bien al Centro de Salud o al Hospital, como en cualquier otro requerimiento en el que existiese la obligación de atención domiciliaria por parte del Servicio Público. Aclarar que el domicilio de la paciente -en esas circunstancias de su vida- era la residencia/centro de acogida (...).

Claro está, todo ello debería cumplirse, siempre y cuando existiese una petición formal concretada y acordada con el médico de familia del Centro de Salud correspondiente.

3.- En la residencia/centro de acogida (...), la paciente fue atendida por la enfermera de esa residencia, quien tomó una vía periférica y administró suero fisiológico a la paciente, a fin de eliminar con más rapidez el medicamento: Tramadol.

4.- El médico de la residencia asistió y valoró a la paciente. Finalmente optó por contactar con el 112 y trasladar a la enferma en ambulancia al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, al tiempo que avisaría a Oncología Médica/Medicina Interna de guardia.

5.- Así pues, la paciente fue trasladada en ambulancia del SUC al Hospital el 16-08-2017 -la hija contactó con el Centro de Salud de Igueste, ese mismo día por la mañana- ingresando la paciente, a través del Servicio de Urgencias de Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de Santa Cruz de Tenerife, a las 21:52 hs.

6.-En el Hospital fue atendida por presentar decaimiento y somnolencia de cinco días de evolución, según manifestó su hija, desde el alta del día 12 de agosto de 2016. El tramadol pautado aliviaba el dolor pero causaba somnolencia progresiva y deterioro del nivel de conciencia, no pudiendo administrar el resto de la medicación, ni alimentación. La paciente era subsidiaria -por diagnóstico precedente- de Cáncer de Páncreas, con lesiones sugestivas de Metástasis en Hígado y Pulmón.

Al ingreso se le tomaron las constantes vitales, y tras la exploración física le fueron solicitadas radiografías de Tórax y TAC de Cráneo, así como hemograma, estudio de coagulación, perfil bioquímico general y hepatopancreático, sistemático de orina y urocultivo.

7.- Se inició tratamiento con sueroterapia y antibioterapia. Se propuso ingreso de la paciente en el servicio de Medicina Interna, como dijimos, con diagnóstico de Ingreso de: Cáncer de Páncreas, con lesiones sugestivas de Metástasis en Hígado y Pulmón; Ictus subagudo en evolución, en el territorio de la Arteria Cerebral Media izquierda (ACM) y probable sepsis de origen respiratorio.

8.- Asimismo, se solicitó valoración por el Servicio de Neurología quien indicó lo siguiente: La segunda ocasión que el Servicio de Neurología valoró a la paciente, fue el 19/08/2016 y durante el ingreso hospitalario que motivó el *exitus* de la paciente, por crisis parciales que ya habían sido controladas por la medicación antiepiléptica pautada por el Servicio de Medicina Interna en el momento de valoración por el Servicio de Neurología.

Consecuentemente entiendo que por parte del Servicio de Neurología se han seguido los protocolos asistenciales y se ha aplicado la *lex artis* sin que se haya omitido ningún tratamiento que hubiese podido modificar la evolución del proceso que motivó el *exitus* de la enferma.

9.- La enferma ingresó con el diagnóstico de ACV/Ictus de la Arteria Cerebral Media (ACM) izquierda e infección respiratoria de probable origen aspirativo. Desde su llegada al Servicio de Urgencias se inició tratamiento antibiótico endovenoso de amplio espectro para cubrir infección nosocomial, con mejoría inicial del cuadro respiratorio y escasa recuperación de la clínica neurológica. Tras 48 horas del ingreso comienza con mayor deterioro del estado general y crisis focales sintomáticas, por lo que se inició tratamiento antiepiléptico con desaparición de las mismas pero con deterioro progresivo del estado general y empeoramiento respiratorio. Por dicho empeoramiento y por la enfermedad de base de la paciente, y de acuerdo con la familia, se inicia tratamiento sintomático y medidas de confort, falleciendo el día 21 de agosto de 2016, a las 19:25 hs.

El diagnóstico principal fue: *Exitus letalis* por Carcinoma de cabeza de Páncreas, con Metástasis Hepáticas y Pulmonares; Ictericia obstructiva secundaria a colocación de endoprótesis; Ictus subagudo en evolución, del territorio de la Arteria Cerebral

Media izquierda (ACM); crisis focales motoras secundarias; probable Sepsis respiratoria de probable origen aspirativo.

El SIP llega a las conclusiones siguientes:

1.- Consideramos, por lo que se desprende del escrito de reclamación y de los informes del médico de familia y enfermera del Centro de Salud de Igueste, que hubo solicitud verbal -por parte de la dicente- para procurar asistencia domiciliaria a su madre enferma de cáncer, impedida e ingresada en una residencia de mayores.

2.- Clarificamos que la atención domiciliaria será prestada por el centro de salud de la zona básica donde el enfermo tenga fijada su residencia efectiva. La paciente estaba ingresada en la residencia centro de acogida (...) y por tanto, ese era su domicilio necesario-efectivo y su mejor lugar terapéutico.

3.- No conocemos la razón última por la que la señora reclamante optó por marcharse del Centro de Salud de Igueste, sin concretar con el médico de familia la atención domiciliaria para su señora madre.

4.- Consideramos, pese a lo anterior, que de existir urgencia o emergencia vital para la enferma, la residencia de mayores centro de acogida (...) -en la que estaba ingresada la enferma- o el familiar (hija) hoy reclamante, podrían haber contactado con el 112 para solicitar una ambulancia medicalizada, en la mañana del día 16 de agosto de 2016.

5.- Por todo lo expuesto, el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos devengados, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria y por tanto, carente de antijuridicidad, no hallando anormalidad alguna. En la petición expresada a la dicente -por el médico de familia del Centro de Salud de Igueste (Candelaria)- de aguardar 20 minutos con la finalidad de concretar formalmente la solicitud de asistencia domiciliaria; en el procedimiento de traslado en ambulancia al Hospital, desde la residencia de mayores centro de acogida (...) y en el Tratamiento realizado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

4. Por este Consejo Consultivo se solicitó nueva documentación al Servicio Canario de Salud, consistente en informe forense mencionado en el Decreto de la Fiscalía Provincial y parte de asistencia inicial de ambulancia de 15 de agosto de 2016. Junto con esta documentación, el SIP emite nuevo informe que concluye en lo siguiente:



- En los antecedentes personales de la paciente consta una fibrilación auricular crónica que como complicación puede presentar fenómenos tromboémbolicos. Por lo cual la paciente era tratada con apixaban, medicamento anticoagulante.

- Por lo que respecta a la cuestión del medicamento Tramadol, si ¿es sugestivo de causar un ictus en la paciente?, clarificamos lo siguiente: No está descrito en la ficha técnica del medicamento precitado que éste pueda causar eventos vasculares (entre los que se incluiría el ictus como el que presentó la enferma). Y no son atribuibles los tratamientos que tomaba la paciente como precipitantes del ictus.

- Por lo que se refiere a si el ictus fue el determinante fundamental del fallecimiento de la enferma, el día 21 de agosto del 2018, o lo fue la grave enfermedad anterior (neoplasia) que padecía, clarificar que no puede determinarse qué enfermedad fue la causante mayor del fallecimiento, aunque evidentemente el ictus pudo haber precipitado el desenlace fatal.

- En cuanto a la cuestión de si la paciente era candidata a presentar un ictus y si mediante la práctica de otras pruebas se podría haber determinado y tratado el mismo para evitar el resultado finalmente no deseado, indicar que la paciente por su edad y patología de base (fibrilación auricular e hipercoagulabilidad relacionada con su neoplasia) era candidata a ictus, aunque era tratada correctamente con apixaban.

5. En el informe médico forense elaborado como consecuencia de las diligencias abiertas por la Fiscalía Provincial de Santa Cruz de Tenerife, se concluye en la inexistencia de actuación negligente por parte de los profesionales sanitarios que atendieron a la paciente, ajustándose la misma a la *lex artis*.

6. En el trámite de vista y audiencia del expediente la interesada aporta escrito de alegaciones, en el que insiste en lo ya expuesto en su reclamación inicial: que el Centro de Salud se negó a atender a su madre porque, según le indican, esa competencia debe asumirla los médicos y enfermeras de la residencia donde se encuentra, sin embargo, el médico de la residencia no acudiría al centro hasta el jueves y están a martes. Que acude al centro de salud para explicar la situación y vuelven a indicarle que, de acuerdo con el protocolo el responsable para la asistencia de su madre es el médico del centro.

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue

prestada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 366/2019, de 10 de octubre), según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general 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 únicamente 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la interesada reclama por la asistencia recibida por su madre los días 15 y 16 de agosto por los servicios sanitarios, ya que el día 15 el personal de la ambulancia, pese a los evidentes signos de ictus que padecía su madre, decidió no trasladarla al hospital, mientras que el 16 el personal del Centro de Salud denegó la asistencia, lo que fue determinante, según ella, para su posterior *exitus*.

Sin embargo, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de ese hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los

que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente está acreditado lo siguiente:

Por lo que se refiere a la prescripción del medicamento Tramadol, está indicada para el dolor de intensidad moderado-severo, como era el caso de la paciente y entre sus efectos secundarios, no está descrito que puedan causar eventos vasculares, entre los que se incluiría el ictus.

En cuanto a la asistencia del personal de la ambulancia, tras su valoración se descarta sintomatología neurológica, por lo que se decide no trasladar a la paciente al HUNSC y que sea el médico del centro quien la valore posteriormente. Es decir, no se detectan signos de déficit neurológico que hagan sospechar de un cuadro de ictus, por lo tanto el traslado al centro hospitalario no está justificado y la actuación es la correcta.

Por su parte, en cuanto a que no se deja parte de urgencias en el centro, es cierto que, por error, así fue, pero ello no desacredita la correcta actuación sanitaria, ni el desconocimiento de las pautas a seguir ya que a través de la llamada conocían las indicaciones, aunque no las tuvieran por escrito.

En cuanto a la reclamación basada en la negativa del centro de salud a prestarle asistencia, no existe acreditación alguna de la desatención a la que alude la interesada. Al contrario, es atendida en el centro de salud, primero telefónicamente y luego, cuando es viable, personalmente y es la propia interesada la que no se halla en el mismo cuando va a ser atendida, haciendo inviable continuar con cualquier actuación.

La propia reclamante admite que cuando el médico del Centro de Salud le pidió esperar veinte minutos no esperó y se fue con su madre. Por ello se coincide con el SIP en que no se concretó ni formalizó la solicitud de asistencia a domicilio por enfermedad, ni la hora de asistencia, ni la dirección de la residencia de acogida, ni ningún otro dato necesario para una visita médica a domicilio, como los de filiación de la paciente. En definitiva, no hubo desatención.

3. De lo anterior se ha de descartar tanto que hubiera ictus cuando el personal de la ambulancia la atendió el día 15 de agosto, como que hubiera desatención el día 16 por parte del personal del Centro de Salud de Igueste.

Antes al contrario, de lo actuado se deduce que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis*, pues se realizaron todas la pruebas y tratamientos adecuados a la situación que presentaba: valoración neurológica, TAC craneal, etc.

La paciente por su edad y patología de base (fibrilación auricular e hipercoagulabilidad relacionada con la neoplasia) era candidata a presentar un ictus, aunque se tratara correctamente con apixaban y ambas circunstancias motivaron el fatal desenlace.

De ello se deriva la inexistencia de nexo causal entre el daño alegado y esa asistencia sanitaria, pues el *exitus* no fue consecuencia de la asistencia recibida, sino de la propia patología de la madre de la reclamante.

La ausencia de ese elemento necesario impide el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, lo que lleva a este Consejo a concluir, con la Propuesta de Resolución, que se ha de desestimar la pretensión resarcitoria de la reclamante.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.