



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 8 / 2 0 2 0

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de diciembre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 506/2020 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. En este asunto la cuantía reclamada asciende a 70.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, de conformidad con el art. 4.1.a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

En relación con esta legitimación activa, que reclama por el daño que le ha supuesto el fallecimiento de su padre, y se ha demostrado que es el heredero del fallecido. Es necesario recordar que este Consejo Consultivo ha señalado, en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, como ocurre en este caso, lo siguiente (Dictamen 501/2020, de 26 de noviembre):

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, 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 si 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`”.

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

Esta doctrina, por tanto, resulta ser plenamente aplicable al supuesto de hecho que aquí se analiza.

4. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la citada LPACAP así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 11/1994 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.

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

8. Por último, se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presenta el día 3 de diciembre de 2018 respecto de un daño producido el día 8 de diciembre de 2017 (art. 67 LPACAP).

II

1. En su escrito de reclamación la representante (...) manifiesta acerca de los hechos lo siguiente:

Que el padre del interesado sufrió un accidente de tráfico el día 4 de diciembre de 2017, presuntamente por sentirse mal mientras circulaba por la vía pública, acudiendo en su auxilio una unidad del Servicio Canario de Urgencia (SUC), quienes bajo la sospecha de que el paciente había sufrido un ictus cerebral mientras circulaba y no a consecuencia del accidente, lo trasladaron de inmediato al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

En dicho Hospital los doctores le trataron conforme a las sospechas de los sanitarios del SUC, es decir de un ictus cerebral, interviniéndolo quirúrgicamente y haciendo constar que el paciente también sufría traumatismo cervical y torácico. Sin embargo, la evolución del paciente fue desfavorable, presentando incluso problemas respiratorios y, finalmente, el día 8 de diciembre de 2017 falleció en dicho Hospital.

El interesado reclama una indemnización total de 70.000 euros, pues considera que el fallecimiento de su padre se debe exclusivamente a un mal funcionamiento del Servicio. Del escrito de reclamación presentado se deduce que se considera que el diagnóstico de ictus cerebral que dieron los doctores del SUC fue erróneo y que tal diagnóstico fue el que se tuvo en cuenta por los doctores del CHUC, actuando, por tanto, incorrectamente al hacerlo con base en tal diagnóstico erróneo.

Y, además, considera que de haberse producido realmente un ictus el tratamiento aplicado al paciente no se efectuó con la diligencia y la urgencia que el caso requería.

2. Así mismo, para efectuar una adecuada exposición de los antecedentes de hecho, es necesario incorporar la transcripción de lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS, en los siguientes términos:

«1.- Según la historia clínica, el paciente de 79 años tenía antecedentes de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda, diabetes Mellitus, dislipemia) y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con sintrom.

2.- Según informe del SUC e Informe de Asistencia del Recurso de Soporte Vital Básico, a las 10:51h del día 04/12/2017, se recibe llamada de alerta en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 112), solicitando asistencia sanitaria para el conductor de un vehículo que había sufrido un accidente de tráfico al chocar frontalmente contra otro vehículo que estaba aparcado. Inmediatamente la llamada es transferida al Médico Coordinador del Servicio de Urgencias Canario (SUC), que es quien interroga al alertante sobre el estado del paciente, indicando el alertante que el paciente se encuentra aturdido. Al mismo tiempo el alertante habla con el propio afectado indicándole que no se levante y

que se quede quieto, preguntándole la edad. El Médico pregunta si está mareado, el alertante le repite que está aturdido y que están intentando hablar con él. También le interroga el Médico sobre si tiene alguna herida o golpe en la cabeza, indicando el alertante que sólo tiene algunos rasguños, y, quizás un golpe en la boca porque había "saltado la dentadura". Con esta información el Médico le confirma que se estaba enviando una ambulancia y la policía al lugar del incidente.

3.- La Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB), que quedó activada a las 10:54h, llega al lugar de los hechos a las 11:00h. Tras realizar la valoración del paciente, al que se describe en el informe de asistencia: desorientado, somnoliento, no responde a órdenes verbales ni al dolor, y está rígido. Presenta arritmia. Comunica el estado de este a la Sala de Coordinación, indicando que se trató de un choque frontal contra otro vehículo y que no presenta signos evidentes de traumatismo, pero sí una hemiparesia derecha (parálisis parcial-pérdida de fuerza en miembros superiores e inferiores del lado derecho), también se describe que presenta afasia (incapacidad/dificultad para comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica) y pupilas mióticas. La tensión arterial (TA) es de 166/93 mm/Hg, la frecuencia cardíaca oscila entre 71-86 latidos por minuto (lpm), la saturación de oxígeno es de 98% y la glucemia de 128 mg/dl. Con estos datos tras la valoración del estado del paciente, la Gestora del SUC, le comenta al técnico de la Ambulancia que podría tratarse de un Ictus, que ocasionó luego, el accidente.

4.- Según Informe de Asistencia e Informe del SUC una vez valorado el paciente, es inmovilizado y trasladado en camilla al Hospital de referencia, en este caso, el CHUC donde es admitido a las 11:43 horas.

5.- A su llegada, a las 11:43h al hospital de referencia, se describe que es portador de collarín cervical, a la exploración física está consciente y alerta pero no verbaliza, normohidratado, con ruidos cardíacos arrítmicos a la auscultación cardiopulmonar. El abdomen está blando depresible, no doloroso. No deformidades en las extremidades. La exploración realizada por Neurología a una vez fue avisada, a las 12:05h, describe presenta preferencia oculocefálica a la izquierda. Lenguaje mutista, obedeciendo una orden sencilla. Hemianopsia (desaparición del campo visual) homónima derecha por reflejo de amenaza ausente. Paresia facial (parálisis parcial-debilitamiento) central derecha. Hemiparesia grave derecha. Reflejo cutáneo plantar (RCP) extensor derecho (patológico). La escala NIHSS: 18.

6.- Dado el antecedente de accidente de tráfico con colisión frontal y la clínica que sugiere Ictus agudo de la arteria cerebral media izquierda (ACM), se le realizan diferentes pruebas complementarias y de neuroimagen como parte del código ictus.

7.- A las 12:19 horas se le realiza analítica, que es normal para biomarcadores de síndrome coronario/infarto agudo de miocardio, no presentando hipoglucemia ni daño

renal ni otros trastornos funcionales, siendo el INR de 1.77 en relación con la toma de sintrom.

8.- El electrocardiograma realizado mostró arritmia por fibrilación auricular (antecedente conocido por el que tomaba sintrom) a 96 lpm.

9.- La Radiografía de Tórax no mostró hallazgos relevantes.

10.- A las 12:20h le es realizado TAC craneal donde se objetiva discreta hipodensidad en segmentos M1 y M2 izquierdos en relación con ASPECTS: 8 puntos. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal, sin desplazamiento de la línea media. En la actualidad no se visualiza presencia de material hemático.

11.- También se realiza estudio de Angio-TAC de troncos supraórticos polígono de Willis con reconstrucción MIP, coronales y sagitales, observándose placa calcificada en la bifurcación de la carótida izquierda que causa estenosis del 40%. Se aprecia hipodensidad del tramo petroso de la carótida interna izquierda con ausencia de contraste en segmento M1 en relación con trombosis, visualizándose realce filiforme del resto de los segmentos por relleno retrógrado. Arterias vertebrales permeables. Fractura del primer arco costal izquierdo.

12.- Una vez se conoce que el paciente presenta un Ictus isquémico agudo de la circulación anterior izquierda con oclusión-trombosis de la carótida interna izquierda distal y dado que se desestimó la trombolisis intravenosa por estar en tratamiento con sintrom, debido al alto riesgo de hemorragia, se optó por la realización de intervención mediante trombectomía mecánica primaria para dar respuesta terapéutica al hallazgo de trombosis en el Angio-TAC, intervención que fue iniciada a las 13:10h, previo consentimiento informado que es firmado por familiar, en donde consta la explicación del procedimiento, las alternativas, y los riesgos tanto del propio Ictus como del tratamiento, entre las que destacan hemorragias, lesiones de las paredes de las arterias, trombosis, nuevos infartos, edema cerebral y muerte.

13.- La intervención quirúrgica de trombectomía mecánica primaria realizada por Radiología Vasculat Intervencionista consigue retirar trombo pero presentó un resultado angiográfico (radiológico) desfavorable: se observó oclusión de carótida interna izquierda distal. Se realizan varios pases con sistema de aspiración "penumbra" y combinado con "stent retriever" con malos resultados calificados como TICI 1 (el material de contraste pasa más allá del área de obstrucción pero no logra opacificar todo el lecho cerebral distal a la obstrucción durante la angiografía): y una clínica sin mejoría con NIHSS: 18-20.

14.- Tras realización de trombectomía mecánica el paciente ingresa en la UVI, presentando estabilidad hemodinámica y respiratoria, experimentando una ligera mejoría neurológica presenta hemiplejía derecha, afasia global inicial con cierta mejoría llegando a abrir los ojos a la llamada, presentando posteriormente nuevo deterioro hasta la situación

previa. Dado el antecedente de politraumatismo, queda pendiente la retirada del collarín cervical, que se retira, una vez es reevaluado por Neurocirugía.

15.- Según procedimiento, en fecha 05/12/17, se realiza TAC de cráneo de control tras 24 horas de trombectomía, visualizándose hipodensidad fronto-temporoparietal izquierda que ocasiona desplazamiento de la línea media, en relación con infarto cerebral isquémico (ictus isquémico) del territorio de la ACM y anterior izquierdos, sin que se objetiven signos de sangrado.

16.- Dada la edad del paciente y la extensión del infarto que ocupa la región fronto-temporoparietal izquierdos, se inicia tratamiento con medidas antiedema con terapia hiperosmolar. Valorado por Neurocirugía no es subsidiario de beneficiarse de medidas neuroquirúrgicas. Se difiere el traslado a planta de Neurología otras 24 horas, tras las cuales no se observan cambios neurológicos, por lo que se decide en consenso con el Servicio de Neurología su traslado a planta para continuidad de cuidados.

17.- En la noche del día 06/12/17, inicia febrícula asociado a infiltrado pulmonar bilateral en radiografía y elevación de reactantes de fase aguda en analítica, por lo que se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico.

18.- En la mañana del día 07/12/17, el paciente está obnubilado comatoso, con Escala de Glasgow* de 4-5: ojos cerrados que no abre a la llamada ni al estímulo. No emite lenguaje, no obedece órdenes. Presenta respiración paradójica con buena saturación de O₂. Respuesta muy escasa al dolor. Reflejo corneal derecho ausente. Pupilas ligeramente reactivas a la luz. Hemiplejia derecha, no moviliza miembros izquierdos, pero se aprecia ligero tono muscular. RCP extensor derecho (patológico).

19.- *Escala que evalúa el nivel de consciencia, en base a tres aspectos fundamentales: respuesta motora, respuesta verbal y apertura ocular. Los valores aportados oscilan entre 3 y 15 puntos; 3 puntos corresponden al mínimo posible, compatibles con un estado de coma profundo, mientras que los 15 puntos se dan cuando el paciente no presenta ningún tipo de afectación a nivel cerebral.

20.- Dado que el paciente tiene mal pronóstico vital y funcional a corto-medio plazo, y no es subsidiario de medidas terapéuticas agresivas la familia queda informada tanto por el Servicio de UVI como por el de Neurología.

21.- No requiriendo ingreso en UVI, el paciente es trasladado a planta de Neurología, en la mañana del día 07/12/17, con los diagnósticos de Ictus isquémico agudo de territorio de ACM y Anterior Izquierdos. Trombectomía mecánica primaria. Trauma cervical. Trauma torácico (fractura del primer arco costal izquierdo), para continuar con sus cuidados.

22.- Ese día continuó afebril y hemodinámicamente estable, precisando de oxigenoterapia con gafas nasales para mantener buenas saturaciones de O₂. Porta una vía

central a través de la cual se administra sueroterapia con suero salino hipertónico, tiene colocadas medias compresivas en ambos miembros inferiores, y sonda nasogástrica para la nutrición enteral.

Presenta diuresis forzada con seguril, pauta de insulina y antibioterapia con amoxicilinaclavulánico.

23.- A pesar del tratamiento y las medidas de soporte, durante su estancia en planta presenta deterioro respiratorio, con evolución desfavorable, por lo que se inician las medidas de confort, falleciendo el paciente en fecha 08/12/17, dado su mal pronóstico vital».

III

Las principales actuaciones del procedimiento son las siguientes:

1. El procedimiento comenzó con la presentación en tiempo y forma de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la representante del interesado, efectuada el día 3 de diciembre de 2018.

2. El día 9 de enero de 2019, se dictó la Resolución núm. 63/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por el interesado.

3. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP y los informes de los Servicios de Neurología y Medicina Intensiva del CHUC, incluyéndose en el expediente el informe del SUC. Además, se acordó la apertura de la fase probatoria, practicándose las diversas pruebas testificales propuestas por el interesado, y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, formulando alegaciones.

Por último, el día 18 de noviembre de 2020 se dictó la Propuesta de Resolución, habiendo vencido el plazo resolutorio, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (art. 21 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, pues el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria.

Además, en dicha Propuesta de Resolución se afirma que «En este caso, a la vista de lo expuesto, cabe concluir que la asistencia prestada al paciente con carácter previo al accidente y tras éste fue conforme a la lex artis. El tratamiento farmacológico que seguía

(Simtrom) era el adecuado y contaba con los controles correspondientes, manteniéndose el INR entre 2 y 3 en la última revisión, el 1 de diciembre de 2017. Tras el accidente, se le presta una atención multidisciplinar, rápida y coordinada, activando el protocolo ictus, una vez descartadas otras dolencias y verificado dicho diagnóstico, mediante las pruebas pertinentes. La coordinación de los profesionales en aras de asistir eficaz y urgentemente al paciente, ha quedado totalmente acreditada, sin que pueda apreciarse mala praxis, ni afirmarse la existencia de relación causal entre la actuación del SCS y el fallecimiento del paciente».

2. En el presente asunto, los elementos probatorios incorporados al expediente, especialmente, los diversos informes médicos incluidos en él, permiten considerar como suficientemente probado, en primer lugar, que la actuación de los efectivos del SUC fue correcta y realizada con la urgencia y celeridad que las circunstancias del caso exigían, pues consta que la alerta se activó a las 10:51 horas, estando presente la ambulancia en el lugar del accidente a las 11:00 horas, la cual llegó al CHUC a las 11:43 horas, momento en el que comenzó la atención médica hospitalaria del paciente.

Además, se informa por este Servicio no sólo que la actuación consistente en ingresarlo en el CHUC con la mayor celeridad era la adecuada conforme a la *lex artis*, sino que *«Teniendo en cuenta esto se concluye que no existía al inicio de la alerta signos de gravedad que hubiesen determinado la activación de una ambulancia de mayor complejidad (ambulancia medicalizada o sanitizada). Que de haberse activado este tipo de ambulancia la situación del paciente no hubiese requerido en ese momento tratamiento médico complementario, por lo que no hubiese aportado beneficio a lo realizado por el personal de la ambulancia SVB.*

Una vez valorado el paciente y con la sospecha de un posible ictus, la conducta más adecuada es el traslado inmediato del mismo al hospital para no demorar su diagnóstico y tratamiento específico» (página 65 del expediente).

3. A su vez en el informe del SIP se afirma acerca de esta actuación que:

«1.- La alerta recibida por el SUC es de un accidente de tráfico en la que hay afectada una persona, que presenta unos rasguños, es decir, el único síntoma llamativo es que está aturcido. Ante esta situación, y sin que el alertante facilitara ninguna otra información que hiciera sospechar otra patología o estado de gravedad, se da respuesta inmediata, activando la ASVB más cercana a la zona para dar una respuesta rápida al incidente. Actuación adecuada y coherente a la situación del paciente.

2.- Una vez valorado por el personal de la ambulancia y con la nueva información que se tiene del estado clínico de un paciente de 79 años, desorientado, con déficit neurológico: afasia, hemiparesia derecha, miosis pupilar, y sobre la base de estos datos, se plantea, que podría tratarse de un Ictus, es decir, se plantea un diagnóstico presuntivo, o sea, orientativo, frente a la clínica manifestada. Ante ello, y estando hemodinámicamente estable, el paciente es inmovilizado con el material adecuado, teniendo en cuenta el antecedente de accidente de tráfico y posibles traumatismos (lesiones), como prevención de otras complicaciones durante el transporte al hospital, traslado que es realizado adecuadamente, con collarín cervical, en camilla, y, sin pérdida de tiempo, por el mismo Recurso que le asistió, siendo la actuación sanitaria del personal de la ambulancia, adecuada, tanto ante un paciente con la sospecha de haber presentado un Ictus, como ante un paciente que ha sufrido un accidente de tráfico.

(...) 7.- Así vemos, que el paciente que se encontraba estable a nivel hemodinámico y respiratorio, sin precisar de ninguna otra acción sanitaria que no fuera la de su traslado, fue rápida y adecuadamente trasladado, en menos de una hora, siendo los elementos más importantes en este procedimiento dada su situación de estabilidad, el reconocimiento precoz de los síntomas y mediante los cuidados apropiados, la priorización de su traslado, que fue coordinado por el SUC, para no retrasar su diagnóstico y tratamiento específico. Actuación adecuada respecto a la clínica del paciente, y que fue realizada conforme a las buenas prácticas».

Por último y como se hará mención posteriormente, la sospecha de los sanitarios del SUC acerca de que el paciente podía padecer un ictus cerebral era exacta y en modo alguno errónea.

4. En segundo lugar, se ha demostrado que la actuación médica en el CHUC, durante todo el proceso médico, que finalmente acabó el día 8 de diciembre de 2017, con el inevitable fallecimiento del paciente, fue del todo correcta y adecuada a la *lex artis*, al respecto se afirma en el informe del SIP, teniendo en cuenta los informes de los servicios sanitarios actuantes, que:

«8.- Una vez en el hospital de referencia, el CHUC, hospital de tercer nivel, adecuado para asistir, diagnosticar y administrar los cuidados y tratamiento específico al paciente, este fue inmediatamente atendido, examinado y en correspondencia tanto con el antecedente de probable traumatismo debido al accidente de tráfico por colisión frontal, como por la clínica (afasia, hemiplejía), compatible con un Ictus le fue realizado las pruebas precisas, tanto analítica, como electrocardiograma, así como los estudios de imagen oportunos. Proceder adecuado y realizado de forma rápida y apropiada, dentro de los márgenes de tiempo más que suficientes dentro del Código Ictus, para tomar una decisión terapéutica, cualquiera que fuera la misma.

9.- Luego de saber los hechos ocurridos, los datos aportados por el examen físico y las pruebas complementarias, se conoce la presencia de correlación anatómica-clínica entre los síntomas-signos-déficits en el examen neurológico del paciente y la localización de la lesión hipodensa cerebral objetivada en el TAC cerebral, así como la arteria obstruida y el territorio vascular afectado en el TAC cerebral. Asimismo, queda descartado lesiones intracerebrales secundarias a traumatismo craneal como hematomas, hemorragias o disecciones arteriales traumáticas, siendo la lesión costal izquierda detectada en el TAC la única lesión secundaria al traumatismo, lesión que no requirió ningún tratamiento específico y que estaba controlada.

(...) 11.- Teniendo un diagnóstico dentro de los márgenes de tiempo más que suficientes dentro del Código Ictus, para tomar una decisión terapéutica y dado el antecedente de anticoagulación del paciente, queda desestimado, debido al riesgo de hemorragia, la realización de trombolisis (fibrinolisis) intravenosa, y se opta, con la conformidad del familiar por la realización de trombectomía mecánica primaria, dado que la otra alternativa sería sólo tratar con medidas de soporte vital. Trombectomía que fue iniciada a las 13:10 horas, dentro de un margen de tiempo adecuado, según las guías actuales.

12.- La situación clínica del paciente era grave, con una evaluación inicial del déficit neurológico de 18, según la Escala NIHSS, lo que quiere decir que el déficit neurológico era importante, previo a la trombectomía.

13.- El NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) es una escala para la evaluación cuantitativa del déficit neurológico tras un accidente vascular cerebral agudo, la cual nos da información sobre la gravedad clínica valorando las funciones neurológicas básicas. Los valores del NIHSS se han clasificado en cinco grupos: donde 0 indica paciente sin déficit, 1-4 déficit leve, 5-15 déficit moderado, de 16 a 20 déficit importante, y más de 20 déficit grave.

14.- La intervención mediante trombectomía mecánica primaria realizada por Radiología Vascular Intervencionista consigue retirar trombo pero presentó un resultado angiográfico (radiológico) desfavorable y una clínica sin mejoría con NIHSS: 18-20.

15.- Se hace un seguimiento clínico adecuado del paciente y 24 horas tras trombectomía se realiza TAC cerebral, cumpliendo con el procedimiento, visualizándose hipodensidad fronto-temporo-parietal izquierda que ocasiona desplazamiento de la línea media, en relación con infarto cerebral isquémico extenso del territorio de la ACM y anterior izquierdo. El paciente nunca presentó signos de sangrado cerebral en las pruebas de imagen realizadas, por lo que se descartan complicaciones de este tipo en relación con el traumatismo, o con el propio procedimiento.

16.- La infección respiratoria presentada en la noche del día 06/12/17 fue inmediatamente diagnosticada y adecuadamente tratada con antibioterapia. 17.- Dada la edad del paciente y la extensión del infarto que ocupa la región fronto-temporo parietal

izquierdos, con una valoración clínica (escala NIHSS 21 y Glasgow 3) y dado que no es subsidiario de medidas neuroquirúrgicas, se continúa tratamiento conservador y medidas de cuidado y soporte vital, informando a los familiares de su mal pronóstico a corto-medio plazo a pesar de las medidas adoptadas y en relación con su mal pronóstico vital el paciente fallece en fecha 08/12/17».

Por tanto, todo ello demuestra que el paciente sufría un ictus isquémico agudo de la circulación anterior izquierda con oclusión-trombosis de la carótida interna izquierda distal y que esta lesión como el resto de policontusiones que padecía se trataron debidamente por los facultativos del SCS, pero, pese a ello, no fue posible salvar la vida del paciente.

5. En conclusión, en este caso, desde el inicio de la actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS, que se produjo con la intervención de la unidad del SUC en el lugar del accidente, siempre se dio un diagnóstico adecuado de la patología del paciente, sobre la que no existe duda alguna, convirtiéndose la sospecha del SUC en una realidad tras las pruebas diagnósticas efectuadas en el CHUC, siendo siempre la actuación de dichos servicios adecuada a las circunstancias del caso y prestada con la mayor celeridad posible, lo que demuestra que siempre se pusieron a disposición del interesado la totalidad de los medios personales y sanitarios con los que cuenta el SCS.

Por el contrario, el interesado no ha demostrado en ningún momento que se haya actuado de forma contraria a la *lex artis*, como tampoco ha demostrado la existencia de diagnóstico erróneo por parte de ninguno de los Servicios que trataron al paciente, ni ello se deduce tampoco de las pruebas testificales practicadas durante este procedimiento.

6. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante, como se hace en el reciente Dictamen 501/2020, de 26 de noviembre, en relación con la obligación de medios que le es propia al SCS que:

*«A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en*

definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

*Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).*

*Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)», todo lo cual es aplicable a este caso.*

7. También se ha señalado por parte de este Consejo Consultivo en el Dictamen anteriormente mencionado, entre otros muchos, sobre la carga de la prueba que:

«4. También hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que 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, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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)».

Esta doctrina también resulta ser aplicable al presente supuesto por lo ya expuesto.

8. En definitiva, no ha quedado demostrada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño alegado por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen, que desestima la reclamación, es conforme a Derecho en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.