



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 6 / 2 0 2 3

### (Sección 1.ª)

**San Cristóbal de La Laguna, a 18 de enero de 2023.**

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 (...), por asistencia sanitaria que prestada a (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 494/2022 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

**1.** El presente dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 07-12-2022, con entrada en el Consejo Consultivo el 9 de diciembre de 2022, tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución de 2 de diciembre de 2022 formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

**2.** El reclamante solicita una indemnización de 91.668,60 euros; esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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.

**3.** 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.

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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

**4.** Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, (...), esposo de (...).

En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 66/2020, de 3 de marzo:

*«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 propio. 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 propio, al no poder suceder 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’ ” (...) ».

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».*

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa del reclamante para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposa.

Además, según consta en el expediente administrativo, el reclamante actúa mediante la representación, debidamente acreditada, de abogado.

**5.** 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.

**6.** Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. La reclamación se interpuso el 5 de junio de 2019, con entrada en el Servicio Canario de la Salud el 7 de junio de 2019, mientras que el fallecimiento se produjo el 11 de junio de 2018.

**7.** Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver, lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada (art 91.3 de la LPACAP); sin embargo, aún expirado el plazo, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido (art 24.3 b) LPACAP), sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

**8.** En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, la Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y el art. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común; asimismo, 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 en materia de Información y Documentación Clínica y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## II

El reclamante insta el 7 de junio de 2019, un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa fallecida. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

*«PRIMERO. (...) falleció el 11 de junio de 2018 en el Hospital General de Fuerteventura Puerto del Rosario.*

*(...), en adelante señor (...), estaba casado con (...) de la que además era heredero como acredito como escritura notarial de aceptación de herencia debidamente apostillada junto con su traducción al español como documento número dos. Aporto como documento número 3 certificado matrimonial del señor (...) y la Sra (...)*

*SEGUNDO. La señora (...) tenía una dolencia cardíaca desde 2007 y había recibido un trasplante de corazón el 25 de agosto de 2009.*

*Los años posteriores al trasplante no había tenido problemas y podía funcionar de manera normal en su vida cotidiana y desarrollar su trabajo.*

*A comienzos de 2018 tuvo algunas molestias, pero su cardiólogo en la ciudad holandesa de Utrecht al que visitó el 3 de mayo de 2018 le dijo que no había motivo para preocuparse. Y que nuevos análisis o diagnósticos podían esperar a la revisión anual que estaba prevista para el 21 de agosto de 2018. El cardiólogo de la señora (...) no veía ninguna razón por la que ésta no pudiera viajar de vacaciones a las Islas Canarias tal como había planeado.*

*TERCERO. El 3 de junio la Sra (...) y su marido el señor (...) viajaron a Fuerteventura. El día 4 de junio la Sra (...) se despertó con molestias como tobillos hinchados ojos lacrimosos y dolor de barriga. La señora (...) visitó al doctor (...).*

*CUARTO. Los días 6 y 8 de junio volvió a visitar al Dr. (...) porque su ritmo cardíaco era muy alto, estaba muy mareada y sentía dolores (sensación de ardor) en el pecho. Después de un escáner completo el doctor (...) vio que el hígado estaba ensanchado y que la válvula del corazón goteaba.*

*El doctor (...) pensó que podía tratarse un pequeño infarto o un rechazo del trasplante de corazón.*

*Aporto todo el historial médico facilitado por el señor (...) como documento número nº4.*

QUINTO. El señor (...) llamó a una ambulancia y la señora (...) fue ingresada en el hospital de Fuerteventura.

En el hospital de Fuerteventura no había un departamento especializado en cardiología.

En el hospital la señora (...) se le prescribió un medicamento llamado Carvedilol. Con ello el ritmo cardíaco se estabilizó y los médicos dijeron que no había razón para alarmarse. Se planificó un transporte con helicóptero a un hospital especializado en Las Palmas para el 11 de junio no contemplándose razones de urgencia que justificasen adelantar ese traslado.

El señor (...) y la Sra. (...) solicitaron que la enferma fuera trasladada al hospital de Las Palmas.

El sábado 9 de junio por la tarde la señora (...) fue subida a planta.

El domingo 10 de junio la Sra (...) contactó con su seguro de viajes para comentar su situación e intentó conseguir un transporte más rápido a Las Palmas pero los doctores del hospital insistieron que no pensaban que esto fuera urgente.

Aporto carta de 10 de junio de 2018 de ANWB Alarmcentrale/(...) como documento número 5 y como documento número 6 la respuesta a la señora (...).

Desafortunadamente la señora (...) falleció en la madrugada del domingo al lunes.

Los médicos dijeron que la señora (...) sufrió un ataque cardíaco y que los intentos para reanimarla no fueron exitosos.

Aporto historial clínico facilitado por el hospital de Fuerteventura como documento número 7.

SEXTO. Los responsables del hospital de Fuerteventura incurrieron en negligencia profesional por los siguiente:

1. Subestimaron la gravedad de la situación y la urgente necesidad del desplazamiento a un centro hospitalario que dispusiese del correspondiente equipo especializado en cardiología, incluso contra la opinión del cardiólogo de la señora (...) que desde los Países Bajos había recomendado la necesidad de un traslado urgente.

2. A pesar de la falta de especialización en cardiología los servicios médicos del hospital de Fuerteventura decidieron diagnosticar y tratar a la señora (...) por sí mismos.

3. Falta de comunicación con los médicos de la señora (...) en la ciudad de neerlandesa de Utrecht y la compañía ANWB, quienes habían puesto en énfasis en la urgente necesidad de que la señora (...) recibiera tratamiento médico especializado por un equipo de cardiólogos.

4. No haber dado de comer a la Sra. (...) cuando los especialistas de Utrecht habían recomendado que le dieran de comer.

5. Haber prescrito la medicación equivocada causándole una bajada de la presión sanguínea lo que hizo que el corazón tuviera más dificultades en bombear

SEPTIMO. La señora (...) falleció porque los responsables de los servicios médicos del Hospital de Fuerteventura, erraron al no valorar la urgencia con la que la Sra (...) debería haber sido trasladada al hospital de Las Palmas. Si la Sra. (...) hubiera sido trasladada al hospital de Las Palmas hubiera podido ser tratada por un equipo de cardiólogos especializados y con los medios necesarios para haber salvado su vida.

Los médicos del hospital de Fuerteventura incurrieron en una negligencia profesional que causó la muerte a la señora (...), lo que ha causado un daño al señor (...) que debe ser indemnizado conforme a derecho.

OCTAVO. PROPOSICIÓN DE PRUEBA. Se propone como medio de prueba, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley 39/2015, que se examine y se dé por reproducida como prueba documental todos los documentos que se han acompañado con la presente.

Asimismo, solamente si esta administración lo considera oportuno esta parte para poner las siguientes pruebas:

- El interrogatorio del marido de la Sra. (...), el Sr. (...) mediante videoconferencia y con traductor holandés/español.

- El interrogatorio del señor (...) pues fue el primer facultativo que asistió a la Sra. (...).

- Prueba pericial y ratificación de la prueba pericial, anuncio la voluntad de servirme de un informe pericial para establecer la responsabilidad del hospital de Fuerteventura, que aportaré tan pronto como disponga del mismo.

- Dejo designado el historial clínico completo a la Sra. (...) para que sea reclamado al hospital de Fuerteventura».

### III

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

1. Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial en correos el 5 de junio de 2019 por (...) por la que se solicita una indemnización de 91.668,60 euros por los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de su esposa (...) el 11 de junio de 2018 en el Hospital General de Fuerteventura, acompañada de documentación.

**2.** Con fecha de 5 de julio de 2019, notificada el 11 de julio de 2019 se requiere al reclamante a fin de que mejore la reclamación formulada aportándose, con fecha de registro de entrada de 23 de julio, la documentación requerida.

**3.** Con fecha 26 de septiembre de 2019, notificado el 7 de octubre de 2019, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

**4.** Con fecha de 4 de junio de 2020 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada a la fallecida (...), sobre la base de los siguientes hechos:

*«1.-El viernes 8 de junio de 2018 la paciente (...), de 48 años, natural de Holanda y de vacaciones en Fuerteventura, acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura remitida por médico de centro privado en la isla, a causa de disnea de esfuerzo y elevación de los test rápidos de Troponinas, para descartar cardiopatía isquémica. Ingresa en el Servicio de Urgencias a las 14:24 horas.*

*En los antecedentes patológicos de la paciente figura trasplante cardíaco hace 9 años por daño cardíaco e insuficiencia cardíaca congestiva, en tratamiento con inmunosupresor. La paciente sufrió infarto agudo de miocardio (IAM) hace 11 años que necesito cateterismo que se complicó y realizan cirugía cardíaca de urgencias. Cardiopatía isquémica crónica. Insuficiencia cardíaca congestiva, tratamiento con inmunosupresores para el rechazo cardíaco.*

*Refiere disnea de esfuerzo desde hace 1 año empeorando la última semana al deambular 20 metros.*

*En el día de hoy dolor tipo opresivo referido en región del cuello.*

*La paciente refiere desde hace 4 meses sensación disneica con ortopnea y sensación de quemazón y opresión en cuello, junto con astenia y bradicardia por lo que sus médicos, privados, le ajustan tratamiento en principio.*

*Se ha realizado gastroscopia sin alteraciones. Empeoramiento del cuadro en el último mes.*

*Actualmente 48 años de edad.*

*A la llegada al Servicio de Urgencias hospitalario se encuentra consciente, orientada (...) hemodinámicamente estable.*

*Exploración física, general y por órganos realizada en el Servicio.*

*La paciente llega consciente, orientada, bien nutrida, hidratada y perfundida. En la exploración presenta taquicardia sinusal, dudosa hepatomegalia y resto normal.*

*En los miembros inferiores edemas simétricos grado 1 de 4.*

Se realiza monitorización desde la llegada al hospital, toma de T.A. frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, analítica sangre, gases venoso. de forma cte (...) .EKG, Rx de tórax, analítica de orina (...) (Los datos electrocardiográficos de isquemia coinciden con infarto antiguo). A partir de las 15 horas del día 8 de junio le realizan Ecocardio.

Administración de Nitroglicerina sublingual y aspirina 250mg, vía oral más cloruro mórfico iv. Tratamiento adecuado para cuadro isquemia cardíaca. Administración de Furosemida (diurético para la retención hídrica de la insuficiencia cardíaca).

Posteriormente se añade Prednisona a su tratamiento ante la posibilidad de rechazo.

En el Servicio se mantiene monitorizada, control de constantes (...) . y pasa a observación por insuficiencia cardíaca, episodio de IC provocado por un IAM en su contexto de trasplantada cardíaca.

La primera posibilidad diagnóstica es un infarto evolucionado, la segunda es un rechazo del corazón trasplantado.

El Servicio de Medicina Interna que es quien valora a la paciente, contacta con Cardiología del hospital de referencia en Las Palmas, que acepta traslado, es programado para el próximo lunes día 11 dada la estabilidad de la paciente, será trasladada el próximo lunes a hospital de Las Palmas para cateterismo cardíaco y biopsia cardíaca si procede, antes si hay inestabilidad hemodinámica, se ajusta tratamiento.

El Servicio de MI (Medicina Interna) decide ingreso hospitalario en el hospital de Fuerteventura a cargo de Cardiología.

Se informa de la mecánica del traslado y de la "posibilidad de repatriación" mediante su aseguradora. La paciente lo comunica a su aseguradora.

Se informa a la paciente y esposo de la patología que sufre, a las 11:18 horas el día 9 de junio de 2018 anotado tal cuestión en historia clínica hospitalaria.

En el transcurso estancia hospitalaria y según historial clínicos se repiten analíticas, EKG controles etc (...) la paciente permanece hospitalizada.

Rx tórax: cardiomegalia, no derrames ni franca redistribución vascular.

ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm con Q de V1-V6 ya presente en EKG previos de la paciente.

Escala de G. al ingreso de 105 puntos (riesgo bajo).

Ingreso en planta control Cardiología el 09/06/2018 a las 17:29 horas, ingresa en Cardiología, habitación de monitor. Es monitorizada.

Tras ingreso anotan especialista: "paciente trasplantada cardíaca que ingresa en nuestro hospital con datos de fallo cardíaco y alteración de enzimas cardíacas, LDH con valores

cercanos a la normalidad por lo que la primera sospecha diagnóstica es un infarto evolucionado y como segunda posibilidad rechazo del trasplante, hablado con hospital insular, hospital de referencia y ante la estabilidad clínica la paciente será trasladada el lunes para cateterismo cardíaco y biopsia cardíaca si procede y antes si hay inestabilidad hemodinámica.

Se ajusta tratamiento para insuficiencia cardíaca y fallo renal añadiendo Prednisona a su tratamiento habitual ante la posibilidad de rechazo. El martes pasado, o sea el día 5 de junio, se administró Furosemida con mejoría clínica empeorando a las 48 horas, no Angor, no cortejo vegetativo, si refiere edemas en miembros inferiores antes del tratamiento diurético hablado con su Cardiólogo privado se inició Torasemida 5mg y Carvedilol. Por tanto el Carvedilol (nombre comercial coropress) ya lo tenía pautado al ingreso hospitalario y en el hospital se controla el tratamiento médico.

Seguimiento en planta, paciente monitorizada, toma de constantes continuada, EKG, analíticas etc.

El día 10 de junio de 2018 a las 10:26 horas anota el médico internista que el paciente avisa por molestias tipo opresivas, ardiente en cuello y tórax superior de pocos minutos de duración, similar a episodios previos. Realizan auscultación cardíaca y pulmonar normal, EKG ritmo sinusal a 85 latidos por minuto con alguna extrasístole sin otras alteraciones. El plan es vigilar situación.

A las 13:38 del día 10 de junio: Ctes en gráfica, permanece monitorizada, aseo en cama, mantiene reposo, buena ingesta, buen control de diuresis estricto, realiza dos deposiciones por día y normales. Recibe visita. Por tanto la paciente sigue curso normal, sigue estable. Vemos como permanece estable.

El día 10 de junio de 2018 a las 16:46 horas el médico de guardia anota: "empeoramiento de Creatinina probablemente por bomba de Furosemida, diuresis justa, mantengo suero, control analítico mañana".

En la madrugada del día 11 de junio de 2018 refiere el Servicio de Enfermería que a las 02:45 horas la paciente refiere ardor en parte superior de pecho y por el cuello, ctes estables, se informa al Internista de guardia, al minuto de ello la paciente está bradicárdica, se avisa al intensivista, se inicia Reanimación Cardiopulmonar, se administra Atropina 1 ampolla, se intuba a la paciente, se administran 6 ampollas de Adrenalina, recupera pulso pero vuelve a parada cardíaca, se reanima durante 25 minutos sin ser efectiva, exitus a las 03:15 horas.

A su vez al respecto el médico de guardia anota: a las 2 horas 45 minutos del día 11 de junio, avisa enfermería de que la paciente refiere ardor faríngeo con ctes estables, en el siguiente minuto presenta hipotensión y bradicardia. Ahora ya existe la desestabilización hemodinámica y no se pudo revertir.

Se inicia expansión con suero fisiológico y Atropina, avisando a UCI que procede a intubación orotraqueal, iniciándose Reanimación Cardiopulmonar con administración (...) .recuperando pulso tras los 5 minutos, con nueva parada cardíaca en 2 minutos, continuando con maniobras de Reanimación Cardiopulmonar no efectivas durante 25 minutos siendo exitus a las 03:15 horas.

Diagnóstico principal: exitus. Parada cardiorespiratoria reanimada, recuperada. Insuficiencia Cardíaca Congestiva en paciente con trasplante cardíaco, movilización de enzimas cardíacas, Cardiopatía Isquémica como primera posibilidad, como segunda: EICH (enfermedad injerto contra huésped) Insuficiencia Renal Crónica reagudizada ( por iones, la paciente desconocía enfermedad renal).”

#### CONCLUSIONES

1.- El médico que atendió a la paciente en consulta privada en Fuerteventura según los informes que incorporan a la reclamación es de especialista en Medicina Interna, la misma especialidad del médico que valora a la paciente desde su llegada al Servicio de Urgencias al Hospital de Fuerteventura.

Al igual que el doctor privado que consulta con cardiólogo en país de origen de la paciente, el servicio de medicina interna consulta con el Servicio de Cardiología del hospital de referencia en Las Palmas, y a cargo de Cardiología es ingresada en el Hospital de Fuerteventura.

El 8 de junio de 2018, el medico de consulta privada a la que había acudido la señora paciente los días 5, 6 y 8 de junio por clínica de agudización de su patología cardíaca de base, decide sea valorada en Hospital de Fuerteventura por elevación de enzimas cardíacos, incremento de la creatinina y signos de isquemia cardíaca.

El mismo anota en informe la sospecha de agravamiento de insuficiencia tricúspide y de la función del ventrículo derecho. Además, añade valorar el riesgo de rechazo cardíaco.

La paciente llega al Hospital de Fuerteventura, a las 14:24 horas del día 8 de junio de 2018, realizan anamnesis, exploración, pruebas complementarias, diagnóstico (...) .el día 9 de junio, sábado, el Servicio de Medicina Interna se pone en contacto e informa al Servicio de Cardiología del hospital de referencia en Las Palmas, este contesta que esperan a la paciente el lunes 11 de junio en dicho hospital y si la paciente se desestabilizara hemodinámicamente se trasladaría antes. También se comunica la posibilidad de repatriación

Por tanto es supervisado el traslado y la espera hasta el próximo lunes día 11 por el Servicio de Cardiología del Hospital Insular de Las Palmas tras conocer los datos y pruebas que presenta la paciente el sábado día 9 de junio de 2018.

Los especialistas del Hospital de Fuerteventura explican a la paciente y esposo su estado actual y el traslado a Las Palmas el próximo lunes y las condiciones. Ello se produce el día 9

de junio a las 11:18 horas. Posteriormente ingresa en planta de medicina interna con cargo a Cardiología a las 17.29 horas del día 9 de junio de 2018.

Por tanto realizaron las pruebas y consultas pertinentes al caso y la paciente y familiar fueron informados en tiempo tanto de la patología que se diagnostica en esos momentos y del traslado a Las Palmas con la fecha y circunstancias del mismo. No pusieron objeciones y decidieron quedarse en Canarias.

2.- Se valora tras estudios de datos de llegada, antecedentes de la paciente y la realización de los hechos plasmados en historial clínico, no se demuestra mala praxis, actuaron de acuerdo a la clínica y antecedentes de la paciente, y con tratamiento adecuado a la isquemia cardíaca, clínica que presentaba la señora paciente desde hacía meses, en país de origen, tras varios años de ser trasplantada de corazón.

Estimaron que debía ser trasladada al hospital adecuado, consultan con dicho hospital, con el Servicio de Cardiología del mismo y aceptan traslado, conviniendo fecha para el mismo en 48 horas, el 9 es un sábado y el viaje será el lunes día 11 de junio.

Se añade a ello que la paciente clínicamente está estable con una clínica estimada desde hace meses, lo que había empeorado era la disnea a esfuerzos, que mejora y se estabiliza tras tratamiento en Hospital de Fuerteventura.

Según el historial clínico a la llegada al Hospital de Fuerteventura: "Refiere disnea de esfuerzo desde hace 1 año empeorando la última semana al deambular 20 metros.

En el día de hoy dolor tipo opresivo referido en región del cuello.

La paciente refiere desde hace 4 meses sensación disneica con ortopnea y sensación de quemazón y opresión en cuello, junto con astenia y bradicardia por lo que los médicos en país de origen le ajustan el tratamiento médico.

Empeoramiento del cuadro en el último mes".

Ello demuestra que la señora paciente llevaba un tiempo con la clínica en que acude al Servicio de Urgencias y que había empeorado paulatinamente la disnea de esfuerzo, con el añadido de alteración de enzimas cardíacas, el resto de la clínica ya la presentaba anteriormente y era conocida por sus médicos en Holanda y por médico privado que asiste a la señora cuando llega a Fuerteventura y desde el día 5 de junio de 2018.

Por tanto se realiza una estimación tras realización pruebas, de la clínica, la respuesta al tratamiento, con la comprobación de la estabilidad de la paciente, y el visto bueno del Servicio de Cardiología del hospital de referencia que podía ser remitida en 48 horas a Las Palmas.

3.- Lo comunicado por los médicos, a paciente y familiar, el sábado día 9 de mayo de 2018 a las 11.18, viene referido a la estabilidad en esos momentos y también sobre la cita

para el Servicio de Cardiología en Las Palmas el próximo día 11 había sido consensuada, dada estabilidad de la paciente. No hubo rechazo por su parte para que ello se efectuara así.

Una de las pruebas que demuestran el juicio de estabilidad consensuado al resumir los datos obtenidos en el estudio de la enferma es la realización de la escala de G. y el resultado obtenido, con una puntuación de 105 que especifica de bajo riesgo y que por tanto en esos momentos podía esperar a traslado ( para cateterismo cardíaco y biopsia cardíaca si procede ) según se anota en historial clínico (...).

“La validez del score G., es ampliamente aceptado, en la práctica cardiológica actual. Esto se suma a la evidencia de que este score de riesgo, de fácil aplicación y bien validado, debe usarse en todos los pacientes que acuden con SCA (sdr coronario agudo) con objeto de estratificar el riesgo y orientar el ulterior tratamiento (con lo que se reducen las paradojas terapéuticas existentes y con el objetivo de reducir la distancia existente entre la evidencia y la práctica clínica real). Esta escala sirve para el pronóstico del sdr coronario agudo y la mortalidad.

La puntuación hasta 108 es valoración de bajo riesgo”. La paciente tenía un Score de 105.

4.- La fecha de comunicación a la paciente de los resultados y del traslado a Las Palmas es el día 9 de junio a las 11:18 horas y el mismo día 9 de junio de 2018 la paciente (según información que presenta la reclamación efectuada por el reclamante) se pone en contacto en esta fecha con su seguro de viajes, ante si traslado a Holanda o a Las Palmas y los detalles del mismo.

La paciente les remite información de lo realizado en Fuerteventura, en hospital, y el traslado el lunes a servicio especializado, los médicos de la aseguradora le responden están de acuerdo, estimando buena propuesta la misma, no poniendo objeciones a nada.

El seguro consultado le refiere que: “naturalmente tendremos en todo momento en cuenta que usted desea que su marido vaya con usted bien a Las Palmas o bien de regreso a Holanda (...) (...) nuestros médicos ya han estudiado y evaluado los informes médicos que usted no has enviado (...) (...) tras evaluación de los informes médicos que usted no has enviado, nuestros médicos le aconsejan lo siguiente : (esto lo remiten a la paciente el día 10 de junio de 2018) “que en Fuerteventura le habían realizado las correspondientes exploraciones medicas”, los médicos aceptan las exploraciones efectuadas, añadiendo: “mañana (día 11) o antes si la paciente entra en un estado inestable, la paciente va a ser llevada al centro de remisión de la región ( Las Palmas) . Se sospecha de un infarto de miocardio o un rechazo del trasplante cuadro del que los médicos están tratando a la paciente en estos momentos. El traslado local de mañana a Las P almas es ahora la opción más rápida, por tanto hay que llevar a cabo esta evacuación, (...) ” ésta contestación es efectuada el día 10 de junio de 2020” tras valoración remitido el día 9 de junio.

O sea están de acuerdo en lo realizado en Hospital de Fuerteventura y en lo que se estima pertinente al caso clínico “

Hay algunas preguntas que realizan los médicos del seguro privado relacionados con el seguro consultado en Holanda, entre estas la siguiente: ¿en qué estado salió usted de Holanda cuando se fue de vacaciones? Con la respuesta de la señora paciente siguiente: “salí de casa el domingo (...) en el trayecto desde el aparcamiento hasta el área de embarque tuve problemas, me costaba mucho respirar (...) .y cada 20 metros tenía que hacer un alto en el camino, ya había tenido antes dificultad para respirar (...) (...) . Los dos primeros días en destino (Fuerteventura) me sentía muy hinchada cosa que me venía sucediendo desde hace tiempo (...) .”el martes llamo al hospital de Holanda, le dijeron que fuera al médico en Fuerteventura y que le recetaran diuréticos, tenía cita para después de las vacaciones en Holanda, recetan diuréticos y mejora mucho pero en los próximos días tras análisis el Dr remite al Hospital de Fuerteventura.

A la segunda pregunta de si tenía permiso de su médico para ir de viaje la señora contesta que el 3 de mayo de 2018 fue su última consulta en especialista de hospital en Holanda, que desde hace 9 meses se cansa mucho, y con latido cardíaco irregular (...) .hinchazón (...) (...) detrás del esternón tengo una sensación de ardor y en la garganta noto una sensación de opresión, y le dolía cuando le apretaba el hígado el médico en la revisión de mayo de 2018 en Holanda, en el hospital. Refiere la paciente que el médico no hizo nada al respecto, le auscultó y refiriéndole que estaba el corazón estupendo (...) planifico una Ecografía de las venas del cuello para el control anual el 21 de agosto de 2018 (...)

Lo expresado nos indica que la paciente presenta clínica muy semejante por la que acude al Hospital de Fuerteventura desde mayo de 2018, una paciente conocida en el Hospital de Holanda, trasplantada de corazón, con inmunosupresores para el rechazo cardíaco y donde pautan Ecografía para septiembre de 2018, no parece haya objeciones para viajar.

Probablemente tras valorar el curso de los acontecimientos, este era el momento de revisar el corazón por si estaba empezando a sufrir un fracaso del mismo, cuestión a tener en cuenta por la clínica, los años cursados desde el trasplante (...)

También hay que referir que analizados los problemas a posteriori es fácil sacar conclusiones de lo que se debería haber realizado o no.

5.- El problema parte que la paciente mantiene estabilidad con respecto a su estado de base y clínica previa, en las horas siguientes a su ingreso. Esta monitorizada por lo que es controlada constantemente.

Es en la madrugada del día 11 junio de 2018, a las 02:45 horas cuando se desestabiliza, bruscamente, sin poder revertir estado, y aunque se realizó tratamiento de reanimación

*cardiopulmonar al fallar su corazón y revierten una parada cardíaca, vuelve a sufrir parada cardiorespiratoria definitiva falleciendo a las 03:15 horas.*

*Aunque este proceso hubiera ocurrido unas horas antes, en la noche del día 10, no había posibilidad de recuperación.*

*Por los datos aportados en la historia clínica no habían datos previos de inestabilidad hemodinámica.*

*Desafortunadamente ocurrió el fallecimiento de la paciente, pero no encontramos razón que esgrimir para evaluar el proceso ejercido en el servicio sanitario de mala praxis.*

*En el apartado sexto de la reclamación se especifican cinco puntos a los que respondemos más detalladamente, y que correspondería con lo expuesto en la historia clínica y en las conclusiones de este servicio.*

*-Sobre el punto 1: No se subestimó el estado de la paciente, actuaron primero tratando a la señora, valorando historial anterior y actual, explorando, practicándose le pruebas diagnósticas y tratamiento pertinente a su estado.*

*La primera sospecha diagnóstica es un infarto evolucionado y la segunda un rechazo del injerto cardíaco.*

*Es el Servicio de Medicina Interna, sus especialistas, quienes toman la decisión de ponerse en contacto con el Servicio de referencia cardiológico en Las Palmas, para comunicar el caso y plasmar el traslado, y es este Servicio especializado cardiológico el que pauta lo que hay que hacer.*

*No existe en la historia clínica nada que se refiera a un posible contacto con el Servicio de Cardiología en Holanda, no se demuestra.*

*A su vez se plasma en el informe del especialista de Medicina Interna, que niega dicho contacto o comunicación.*

*No consta que la paciente y/o esposo hayan efectuado quejas orales o escritas sobre el traslado ( o sobre otro tema relacionado con los médicos, hospital traslado (...) (...)).*

*Tampoco emiten quejas a su seguro y a los médicos correspondientes, solo comunican los reclamantes informes y resoluciones, que les fueron facilitadas por el hospital canario, solicitadas los médicos de su seguro como consta en la reclamación. Y están éstos de acuerdo con lo realizado en Fuerteventura.*

*Es más incluso dispone que elijan entre ser remitida a Las Palmas o a Holanda, esta posibilidad de repatriación se la participan igualmente en el hospital de Fuerteventura como consta en la historia clínica.*

*Igualmente consta en la historia clínica la comunicación (de la patología, de lo diagnosticado y de la decisión de remisión a Las Palmas, la fecha (...) (...)) entre el personal médico que atiende a la paciente y la misma, igualmente con el esposo.*

*- Sobre el punto 2 del apartado sexto de la reclamación los servicios médicos especialistas en Medicina Interna son médicos perfectamente competentes para tratar distintas patologías: «Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención», por lo tanto lo que no hace es intervenir quirúrgicamente, servicio esencial en un hospital. A su vez el Servicio de M.I. de Fuerteventura anota que se efectúa el ingreso con cargo a Cardiología, por lo que reciben el visto bueno de cardiólogos, que son los que pautan lo que hay que hacer.*

*Sobre el punto 3, repetimos que no se demuestra tras el estudio de los datos que poseemos que los médicos de la compañía de seguros o los de hospital de Holanda, país de origen y donde realizaba controles la paciente, entablaran contacto con los especialistas de Fuerteventura, en todo caso si se realizaron informes según observamos la reclamación, que fueron facilitados a los médicos del seguro privado por la señora paciente, y estos decidieron dar el visto bueno a lo decidido sobre la espera al lunes día 11 de junio de 2018 para la remisión a Las Palmas si la paciente continuaba estable y antes si no fuera así.*

*Todas estas comunicaciones se emiten entre los días 9 y el 10 de junio de 2018.*

*No se mostró nadie en desacuerdo, ni en forma verbal ni en forma escrita.*

*Punto 4. No es correcto, es absurdo, y es comprobable en los datos historiadados en el momento que se efectuaron sobre lo alegado por el reclamante que “no le daban de comer a la señora,” en historia clínica se detalla que cuando la paciente permanece en ayunas es cuando le realizan analíticas u otras pruebas, sobre todo a la llegada al hospital, valorando la gravedad del cuadro, pero en esos momentos tiene vía intravenosa con sueros.*

*En la historia de enfermería detallada por día y hora se anota el día 9 de junio de 2018 a las 15 horas se anota que la paciente ha tenido: “buena ingesta”.*

*A las 13:38 del día 10 de junio de 2018 igualmente en historia clínica detallada la enfermera anota: buena ingesta (...).*

*En nuestros servicios médicos hospitalarios se atienden las necesidades de los pacientes en cuanto a higiene, nutrición (...) como normas básicas de atención al paciente y como es lógico.*

*-Sobre el apartado 5 hay que referir que tanto la Furosemida como el Carvedilol como la Torasemida están pautados por médico privado desde antes de acudir al Servicio de Urgencias, por médico privado en Fuerteventura.*

### *Medicamentos esenciales en la Insuficiencia Cardíaca.*

*Son medicamentos esenciales en una paciente cardiópata con las características clínicas que presentaba, pero, como todos los medicamentos se emplean teniendo en cuenta la respuesta a los mismos, evolución del estado clínico etc. Y es lo que plasma la historia clínica.*

*Indicaciones del Carvedilol: HTA. Tto. prolongado de la cardiopatía isquémica (angina crónica estable, isquemia miocárdica silente, angina inestable y disfunción isquémica del ventrículo izdo.). ICC sintomática de moderada a severa.*

*Furosemida es un diurético se usa en tratamiento de retención de líquidos (edema) en las personas con fallo cardíaco congestivo (insuficiencia cardíaca), enfermedad del hígado, o trastornos del riñón como el síndrome nefrótico (...).*

*Las Palmas de Gran Canaria*

*(...)*

*Médica adscrita al Servicio de Inspección y Prestaciones"*

**5.** Con fecha 20-01-2020 se emite informe por el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuerteventura en los siguientes términos:

*«En referencia al Expediente de responsabilidad patrimonial 107/2019 de la Secretaría General del SCS tramitado instancia de (...) en relación con la asistencia que le fue prestada a su fallecida esposa (...), se informa de lo siguiente:*

*En relación con la asistencia prestada a (...) me remite el informe de éxitus del servicio de Medicina Interna de fecha 11/06/ 2018 donde consta la sospecha diagnóstica y la solicitud de traslado al servicio de Cardiología del Hospital de Referencia, adjuntando copia del mismo.*

*Añado a este informe las aclaraciones solicitadas en el punto sexto página 3 de dicha reclamación:*

*1. Interconsulta para ingreso solicitada a nuestro servicio el día 09/06/18. Una vez evaluada la paciente y las pruebas complementarias realizadas y ante la sospecha de Síndrome Coronario Agudo en pacientes con trasplante cardíaco se contacta con el servicio de Cardiología del Hospital de Referencia para traslado urgente, contactando a su vez con el 112 para activación de traslado, siendo el servicio de Cardiología quién decide qué salvo hemodinámica la paciente será trasladada al lunes a camas de hospitalización de Cardiología.*

*2. La paciente pasa a planta de hospitalización con dieta y hemodinámicamente estable, ajustando medicación al estado de la paciente y con monitorización de constantes.*

3. Se informa a la paciente y familiar desde el momento del ingreso facilitando el informe provisional de solicitud de traslado. No tengo constancia de comunicación en el servicio de Medicina Interna por parte de sus especialistas de Utrecht.

*En Puerto del Rosario 20 de enero de 2020*

*Fdo: (...)».*

6. Con fecha de 10 de junio de 2020 se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo al reclamante un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones, aportar documentos y justificaciones que tuviese por conveniente.

7. Con fecha 23 de julio de 2020 aporta informes traducidos.

8. El 26 de julio de 2020 se abre período probatorio, notificado al interesado el 17 de agosto de 2020.

9. El 4 de agosto de 2020 el SIP señala que la documentación presentada no añade datos que modifiquen las conclusiones previas.

10. Con fecha de 5 de octubre de 2020 tiene entrada en el SCS informe médico pericial de parte el Dr (...), con las siguientes conclusiones:

*«1.-(...), ingresó en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Fuerteventura, a cargo del servicio de Cardiología, a las 17:29 h del día 9 de junio de 2018, siendo el motivo de ingreso, disnea y opresión en cuello, ingresando con carácter de urgencia. En sus antecedentes figuraba cardiopatía isquémica crónica con infarto agudo de miocardio 11 años antes, que se complicó durante el cateterismo, realizándose cirugía cardíaca de urgencia y recibiendo trasplante cardíaco hacía 9 años por daño cardíaco, e insuficiencia cardíaca crónica en tratamiento con inmunosupresores.*

*2.-La paciente acudió a urgencias derivada del centro privado para descartar cardiopatía isquémica. Refería desde hacía unos cuatro meses, sensación de disnea con ortopnea y sensación de quemazón y opresión en cuello, junto con astenia y bradicardia por lo que le habían suspendido total sotalol, empeorando el cuadro en el último mes. Días antes se administró furosemida con mejoría clínica, empeorando nuevamente 48 horas después; refería edemas en miembros inferiores antes del tratamiento diurético y no refería angor ni cortejo vegetativo. Hablado con su cardiólogo, se inició toresamida y carvedilol; citada para el mismo día en su ingreso tras resultados de creatinina y troponina, la derivaron al hospital.*

*3.- Durante su estancia desde el ingreso el día 8 de junio y durante el día entero del 9 de junio y 10 de junio, según la constante referidas, la situación de la paciente era estable desde el punto de vista hemodinámico, con diuresis amplias. En la hoja de urgencias, en la*

exploración física general se refería que no había agregado ruidos cardíacos, que era un rítmicos, normofonéticos, sin soplos, con edema en miembros inferiores simétricos grado ¼.

4.- En analítica de urgencias del día 8, destacaba una troponina I de 2,400 (normal hasta 0,020). Tiene un valor especial, en una paciente trasplantada de corazón 9 años antes, y que había cursado con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, la elevación enzimática de troponina, que en determinaciones siguientes era de 2,700 3,700 y 4,100. Estos valores progresivamente en ascenso, indicarían la progresión de un infarto agudo de miocardio y dados los antecedentes de la paciente, entre los cuales, como se ha indicado, destacaba el ser paciente trasplantada cardíaca, y haber presentado un cuadro de insuficiencia cardíaca con manifestación de empoderamiento reciente a pesar de la estabilidad clínica que se ha referido, habrían aconsejado indicado, idealmente, el ingreso en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos y en su defecto, en una unidad de cuidados intensivos generales, donde hubiese podido estar monitorizada continuamente y con una vigilancia más estrecha dado el riesgo de posibles complicaciones, -como desgraciadamente sucedió.-

5.- La razón de la conveniencia/necesidad de haberle ingresado una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, o cuando menos en una UCI general, viene dada porque las pacientes trasplantados de corazón, debido a la denervación consecuencia de la intervención quirúrgica para el trasplante, pueden sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM) sin que aparezcan los síntomas que habitualmente presentan los pacientes no trasplantados, tales como dolor precordial irradiado a cuello o miembro superior izquierdo, opresivo, pudiendo ser, por otra parte, la primera manifestación del IAM, signos de insuficiencia cardíaca, arritmias o incluso muerte súbita; esta paciente había presentado en días previos a su ingreso en el hospital signos de insuficiencia cardíaca.-

6.- En el caso de la paciente que comentamos, al tratarse de una paciente trasplantada de corazón, con datos de insuficiencia cardíaca, y con manifestaciones compatibles con una cardiopatía isquémica, -se trataría un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en el momento de ingreso en el hospital-, presentando en la analítica datos de insuficiencia renal y aunque se podría considerar que no estaría en principio indicada la realización de cateterismo urgente frente al no tratarse de un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, dadas manifestaciones a menudo atípicas de un síndrome coronario agudo en pacientes trasplantados cardíacos, habría sido una actitud prudente, el traslado al Hospital Universitario de Gran Canaria, en espera de la realización de cateterismo,- que por otra parte, y en base a las consideraciones anteriores, se habría podido plantear-, realizándose el traslado con acompañamiento médico competente en el tratamiento y manejo de situaciones de urgencia y emergencia médica y como acompañamiento de enfermería, con control del ritmo cardíaco, control hemodinámico, acceso vascular mediante vías venosas y la posibilidad de tratamiento farmacológico (por

*ejemplo abxicimab) y mediante cardioversión en su caso, de eventuales arritmias cardíacas que pudiesen presentarse, o de complicaciones hemodinámicas o respiratorias así como.*

*7.- Analizada la actuación médica y la asistencia médica prestada a esta paciente, parece ser que ante la estabilidad que aparentemente presentaba, se optó por el ingreso en la sala de Cardiología, no considerándose necesario ingreso en la unidad de cuidados intensivos, surgiendo durante el ingreso en dicha planta de Cardiología, una situación de deterioro hemodinámico, que abocó a una parada cardíaca que no se pudo recuperar durante las medidas de soporte vital avanzado que se le prestaron, falleciendo la paciente.*

*8.- Analizada ante una paciente trasplantada cardíaca y teniendo en cuenta, tanto la alta prevalencia de la enfermedad coronaria vasculopatía cardíaca del injerto-( que va “in crescendo” a medida que se alarga el período post-trasplante, -esta paciente llevaba trasplantada 9 años-), como las manifestaciones atípicas de un infarto agudo de miocardio (IAM) en los pacientes trasplantados cardíacos, y la frecuencia no despreciable del infarto agudo de miocardio en esta población trasplantada,- se ha descrito hasta un 25% de IAM en pacientes trasplantados de corazón-, la sospecha de existencia de ese proceso y la adopción de medidas de control (ingreso en zona de cuidados intensivos, -e idealmente traslado a un hospital dado dotado de servicio de hemodinámica, con posibilidad de realización de estudio angiográfico, -con la realización de IVUS, (intravascular UltraSound)-, así como la administración de medicación antitrombótica-, aún considerándolo los hallazgos de autopsia, que mostraba una enfermedad ampliamente extendida en corazón, tipo vasculopatía de aloinjerto cardíaco, habrían permitido mayores posibilidades de supervivencia a la paciente.*

*Madrid 6 de marzo de 2020.*

*(...)».*

**11.** El 12 de noviembre de 2020 se confiere trámite de audiencia.

**12.** El 25 de noviembre de 2020 el representante del reclamante solicita determinados documentos.

**13.** Con fecha de 25 de noviembre de 2020 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones informe complementario, que se emite el 01/12/2020:

*«La REA (reanimación y cuidado de críticos adultos) es una Unidad de Cuidados Intensivos donde se atienden pacientes que por su perfil de gravedad precisan vigilancia y tratamiento intensivo. En ésta Unidad ingresa la paciente al llegar al HGF.*

*A.- La señora (...) llega al Hospital General de Fuerteventura a las 14:24 horas del día 8 de junio de 2018.*

*Según historia clínica y listado de notas tras la llegada de la paciente anotan:*

*“A las 14:30 horas pasa a REA mujer de 48 años de edad (...) (...) ”*

*Sigue: "a su llegada, monitorizo a la paciente (...) . Canalizo vía venosa periférica (VVP) (...) .saco analítica mas gases."*

*A las 14:40 se realiza EKG.*

*A las 14:50 toma de ctes y analítica de orina.*

*A las 14:55 administro Nitroglicerina sublingual mas AAS (Aspirina) 250 mg vía oral, mas Cloruro Mórfico 3 mg IV.*

*Por tanto, la isquemia o el SCA o el infarto posible que comentan en informe pericial aportado por los reclamantes podría aparecer posteriormente y que por ello tendría que haber sido tratada en UVI ya había sido tenido en cuenta y tratado en esta unidad de UVI, previamente y siguen tratando posteriormente.*

*Pero ya es conocido su estado, se detecta al EKG un infarto antiguo, insuficiencia cardíaca que ya padecía, reagudizada. Se trata tanto la isquemia cardíaca como la insuficiencia cardíaca.*

*Se realiza igualmente Rx de tórax en esta unidad.*

*A las 15 horas toma de constantes de nuevo, y Ecocardio. Perfusión de*

*Furosemida 250 mg en 24 horas necesaria para tratar insuficiencia cardíaca.*

*15:30 horas toma de ctes de nuevo. Escala de G. de ingreso de 105 puntos ( riesgo bajo).*

*La conclusión es que la paciente al llegar al hospital ingresa en una unidad de UCI para establecer por pruebas objetivas el grado de gravedad de la misma.*

*Según el grado y patología es tratada.*

*Una vez conocido éste, y con la paciente estable es cuando se traslada a Unidad de Observación de Cardiología, para enfermos con patología cardíaca.*

*Los objetivos de esta Sala de observación son:*

*Estabilización de pacientes agudos y crónicos inestables*

- Manejo del paciente que requiera vigilancia médica y/o de enfermería periódica*
- Valoración de la evolución clínica del paciente (a veces compartida)*

*Criterios de acceso adecuado a dicha Unidad de Observación*

- 1. Patología grave o de alto riesgo cuya situación clínica requiera de modo imprescindible el uso de una cama para su atención inmediata*
- 2. Pacientes que precisen vigilancia continua (y no sean subsidiarios de UCI)*

3. Pacientes que precisen de un período de observación hasta la llegada de los resultados de las pruebas complementarias o la aplicación de un tratamiento concreto, y requieren de forma imprescindible la utilización de una cama para su atención.

No nos parece un lugar inadecuado para el estado estable de la paciente en esos momentos.

Cumple las exigencias de la atención debida al caso clínico actual de la Sra. paciente.

En relación con la Unidad de Cuidados Intensivos:

Apuntamos datos contemplados en los estándares y recomendaciones sobre la Unidades de Cuidados Intensivos que Establece el Ministerio de Sanidad Español:

“La Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI) define la Unidad de Cuidados Intensivos como aquella destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización intensiva.

Se refieren a un nivel de vigilancia y cuidados elevado o intensivo. Este es el motivo por lo que, a efectos de este documento, utilizamos este término de unidad de cuidados intensivos (UCI), que es aquella unidad que:

1. Puede atender a pacientes que se sitúan en los niveles 2 y 3 de cuidados críticos, de acuerdo con la clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido

Tabla 1.1 Clasificación de los niveles de asistencia hospitalaria

Nivel Descripción de los cuidados:

0 Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.

1 Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.

2 Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.

3 Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).”

Determina:

“1. La traducción de la palabra inglesa “critical care” al español no es unívoca. El diccionario de la RAE recoge como acepción de crítico, el estado o momento en el que se

*produce una crisis. Crisis es el cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente. En el contexto de este documento un paciente crítico es aquel que está grave y agudamente enfermo y cuidados críticos, son los dirigidos a este tipo de paciente.*

*Esta clasificación atiende a las necesidades asistenciales del paciente en lugar de al recurso físico donde está ingresado 3,4,5,6.*

*2. No tiene un carácter especializado como, por ejemplo, Unidad de Cuidados Intensivos neonatales o pediátricos. Se trata, por tanto, de una unidad polivalente médico-quirúrgica (UCI) o que atiende a pacientes médicos o quirúrgicos.*

*3. Dependiendo de factores vinculados al perfil del hospital, su organización y tipo de gestión del mismo, la UCI puede atender exclusivamente a pacientes que se sitúan en el nivel 3 de cuidados o admitir también a pacientes que requieren un nivel 2 de cuidados.*

*Se propone definir la UCI como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados”.*

*Por lo que se observa en el caso clínico que nos ocupa la paciente al llegar al Hospital General de Fuerteventura ingresa en REA, Unidad de Vigilancia Intensiva, tras estudio y realización de pruebas complementarias diversas, toma de constantes e instauración de tratamiento médico urgente, establecimiento del grado de estabilidad de la misma, no es paciente en estado crítico, la paciente se encuentra estable, y, posteriormente, se determina traslado a Unidad de Observación de Cardiología, unidad competente y especializada como explicamos previamente.*

*La primera posibilidad diagnóstica es, en estos momentos, de insuficiencia cardíaca provocada por IAM evolucionado.*

*Hay un claro orden de estudio y organización desde su llegada. Se cumplieron objetivos obligado cumplimiento.*

*B.- Como referíamos, tras la REA pasa a observación de Cardiología donde se monitoriza. Toma de ctes. consciente orientada eupneica, hemodinámicamente estable, colaboradora. Se baja la dosis de Furosemida a 125 mg en 24 horas.*

*Ctes estables, sin molestias durante la tarde.*

*Se mantiene monitorizada.*

*Después de haber establecido contacto con Hospital Insular y de recibir respuesta para traslado a dicho hospital, el Servicio de Medicina Interna se pone contacto con la paciente y familia para comunicar dicho traslado y la mecánica del mismo del día 9 por la mañana. Se comunica a la paciente y esposo de la patología que sufre. El traslado sería en dos días. El lunes 11 de junio.*

*A su vez se informa de la posibilidad de repatriación mediante aseguradora. La paciente lo comunica a su aseguradora, el mismo día, tanto lo realizado médicamente, como el traslado y la fecha del mismo.*

*Los médicos de la aseguradora dan el visto bueno, no poniendo objeciones, ni a la estancia ni al traslado y tampoco estiman traslado a país de origen.*

*Por lo que parece todos estaban de acuerdo en lo mismo, la paciente y su esposo estaban bien informados y aconsejados por unos y otros. Estima la aseguradora, sus médicos, que el traslado a Las Palmas "es ahora la opción mas rápida".*

*Se decide libremente por parte de la paciente y esposo aceptar traslado el próximo lunes (48 horas) a hospital de referencia en Las Palmas.*

*Incluso se le ofrece posibilidad de traslado a país de origen y deciden quedarse con la aquiescencia médicos de su seguro privado, que valoran informe de lo realizado y planteado en Fuerteventura.*

*En observación cardiológica la paciente toma medicaciones, analítica de Troponinas seriadas, continuas, valorada por Medicina Interna que el día 9 de junio decide ingreso en planta a cargo de Cardiología en habitación con monitor, ello ocurre después de la 5 de la tarde del día 9 de junio de 2018, y ya las Troponinas están bajando sus valores.*

*C.- Según historia clínica, la primera analítica muestra el día 8 de junio la cifra de Troponinas a 2,4, la siguiente el mismo día es de 2,7, el día 9 sube a 4,1, y el día 9 siguiente toma presenta 3,7, y el día 10 presenta 1,6.*

*Esta disminución acentuada desde el día 9 de junio de 2018, no es tomada en cuenta en informe pericial.*

*Esta disminución de valores indica que el control de la patología isquémica de la paciente es correcto.*

*En esta seriación de Troponinas mostrada, por tanto, se observa una clara disminución de las mismas.*

*Ello indica el buen control ejercido en el Hospital de Fuerteventura de la patología isquémica de la paciente.*

*Durante su estancia hospitalaria estuvo atendida pertinentemente, por los distintos servicios implicados.*

*D.- Tras valoración de los resultados de la autopsia creemos que el diagnóstico realizado posteriormente a la llegada de la paciente al Hospital General de Fuerteventura tras las exploraciones, pruebas complementarias, valoración clínica estaba correctamente encaminado (...) . Sobre el día 9 de junio es en especificado en primera instancia el diagnóstico como un infarto evolucionado, no se ocasiona el principio de tal infarto, en su caso en el HGF.*

*Este se trata a su llegada, así como el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.*

*Como segunda posibilidad diagnóstica se estimó la reacción injerto contra huésped en corazón trasplantado.*

*Lo conocido a posteriori no desdeña el trato realizado y el consenso acordado sobre tratamiento y su traslado durante la estancia de la señora paciente en el HGF. De entrada se estimó el traslado como necesario y se organiza. Pero, por desgracia la señora paciente fallece tras empeoramiento brusco el 11 de junio de madrugada, pocas horas antes de ser trasladada a Las Palmas*

*Lo indicado en este informe acompaña al previamente realizado por el SIP.*

*Las Palmas de Gran Canaria*

*Médica Adscrita Médica Adscrita al Servicio de Inspección y Prestaciones*

*(...)».*

**14.** Con fecha 14 de diciembre de 2020 el interesado realiza alegaciones frente al informe complementario del SIP.

Con fecha de 28 de enero de 2021, por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Fuerteventura se emite informe médico.

*«En referencia al expediente de responsabilidad patrimonial 107/2019 de la Secretaría General del SCS tramitado instancia de (...) en relación con la asistencia que le fue prestada a su fallecida esposa (...),*

*EXPONE:*

*Añado a este informe las aclaraciones solicitadas:*

*-La petición de ingreso en UCI de los pacientes con patología cardíaca se realiza desde el servicio de Urgencias según protocolo hospitalario que incluye escala de G. en SCASEST e ingresan para fibrinólisis los SCASEST. En este caso la paciente no cumplía criterios de ingreso según protocolo. Dados sus antecedentes de síndrome agudo con tratamiento con*

*trasplante cardíaco, se solicitó traslado al hospital de referencia, que se desestimó de forma urgente pero sí se aceptó de forma preferente para el lunes.*

*-La sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo se hizo desde su llegada a urgencias, pese a que la paciente presentaba dicha sintomatología en su país de origen, donde se había iniciado el estudio, iniciándose el tratamiento de SCASEST en dicho servicio. La interconsulta a Medicina Interna no se realizó hasta que la seriación enzimática de troponina hizo su curva descendente (2.4-2.7-4-3.7-1.6). La paciente pasó a planta de hospitalización tras consultar con el cardiólogo del hospital de referencia y cursar el traslado según indicaciones.*

*-Tanto durante la estancia en urgencias como durante su estancia en planta de hospitalización se mantuvo una monitorización continua y una vigilancia estrecha».*

**15.** Con fecha de 1 de marzo de 2021 se confiere al reclamante nuevo trámite de audiencia.

**16.** Con fecha de 5 de marzo de 2021 se presenta por el reclamante, escrito de alegaciones en el que se reitera la existencia de un error de diagnóstico por no acordar el traslado de urgencia de la paciente.

**17.** Con fecha de 7 de julio de 2021, se emite por la Asesoría Jurídica Departamental informe preceptivo.

**18.** Con fecha de 22 de noviembre de 2022, se emite por el Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura, informe complementario.

**19.** Se formula el 31-03-2021 Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada.

## IV

**1.** La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial del reclamante por la actuación sanitaria prestada a su esposa, fundada en que los servicios médicos del Hospital de Fuerteventura no valoraron la urgencia del traslado a Las Palmas, que debió ser ingresada en la UCI y no en planta, y que le pautaron una medicación errónea que le bajó la presión haciendo que el corazón tuviese más dificultades para bombear.

La Propuesta de Resolución frente a tales alegaciones, señala, en relación a la elevación de la troponina que, tal y como figura en la historia clínica de la paciente, no hay una elevación progresiva de la troponina, sino una disminución acentuada de la misma; y así, la primera analítica muestra el día 8 de junio la cifra de troponinas a 2,4, la siguiente el mismo día es de 2,7, el día 9 sube a 4,1, y a la siguiente toma el

mismo día presenta 3,7, y el día 10 de junio presenta 1,6. Esta disminución de valores indica que el control de la patología isquémica de la paciente es correcto.

Con respecto a que la fallecida tendría que haber sido ingresada en la UCI y no en planta de hospitalización, expone el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Fuerteventura, en su informe de fecha de 28 de enero de 2021, que la petición de ingreso en la UCI de pacientes con patología cardíaca se realiza desde el Servicio de Urgencias según protocolo hospitalario que incluye escala de G. en SCASEST e ingresan para fibrinólisis los SCASEST. En este caso, la paciente no cumplía criterios de ingreso según protocolo. La paciente pasó a planta de hospitalización tras consulta con el Cardiólogo de Hospital de referencia, aceptándose el traslado a dicho hospital de forma preferente para el lunes 11 de junio.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que los especialistas en Medicina Interna son médicos perfectamente competentes para tratar distintas patologías: *«Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención. En relación a la necesidad de ingreso en la UVI, la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI) define la Unidad de Cuidados Intensivos como aquella destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización intensiva. Se refieren a un nivel de vigilancia y cuidados elevado o intensivo que no era el caso de la paciente que se encontraba estable hemodinámicamente.*

*Al tiempo de su llegada al Hospital General de Fuerteventura, servicio de urgencias, la paciente ingresa en REA (unidad de vigilancia intensiva) y una vez estabilizada, se traslada a la unidad de observación de Cardiología, destinada a enfermos con patología cardíaca. Dicha unidad de observación tiene por objeto la estabilización de pacientes agudos y crónicos inestables, el manejo del paciente que requiera vigilancia médica y/o de enfermería periódica y la valoración de la evolución clínica del paciente (a veces compartida).*

*La paciente se encontraba estable, y, posteriormente, se determinó traslado a Unidad de Observación de Cardiología. En observación cardiológica la paciente toma medicaciones, analítica de Troponinas seriadas, continuas, valorada por Medicina Interna que el día 9 de junio decide ingreso en planta a cargo de Cardiología en habitación con monitor».*

Expone el Servicio de Inspección y Prestaciones que en los pacientes trasplantados cardíacos (TC) las manifestaciones del infarto agudo de miocardio se consideran excepcionales y se han relacionado con vasculopatía del injerto grave asociada con un proceso de reinervación al menos parcial. Su presentación suele ser

atípica, por ausencia de dolor, por lo que se diagnostica tardíamente en forma de insuficiencia cardíaca, arritmias e incluso muerte súbita.

La enfermedad vascular del injerto es un proceso fibroproliferativo acelerado que afecta de manera difusa a todo el lecho vascular cardíaco, patológicamente diferenciado de la aterosclerosis clásica y de etiología compleja y multifactorial, en el que se incluyen factores no inmunitarios y, en particular, factores inmunitarios. De hecho, es la manifestación más conspicua del rechazo tardío mediado por anticuerpos, motivo por el que en ocasiones se le ha denominado «rechazo crónico del injerto». Es la primera causa de pérdida del injerto y una de las principales causas de muerte en los receptores con larga supervivencia. Además, el tratamiento de este proceso es relativamente limitado, puesto que su naturaleza difusa dificulta los procedimientos de revascularización coronaria.

A la vista del historial clínico, se constata que la paciente fue atendida de acuerdo a su clínica y antecedentes, fue debidamente tratada de la isquemia cardíaca que padecía, se encontraba hemodinámicamente estable con una clínica asentada desde hacía meses, en seguimiento y control por facultativos de su país de origen, teniendo incluso (según la paciente) permiso para viajar.

Según el historial clínico, al tiempo de su llegada al Hospital General de Fuerteventura, la paciente refiere desde hace 4 meses sensación disneica con ortopnea y sensación de quemazón y opresión en cuello, junto con astenia y bradicardia por lo que los médicos en país de origen le ajustan el tratamiento médico. Empeoramiento del cuadro en el último mes.

A pesar del tratamiento pautado, del control y seguimiento por personal sanitario en la planta, estando a cargo del Servicio de Cardiología y encontrándose hemodinámicamente estable, se desestabiliza, bruscamente, la madrugada del 11 de junio, sufre una parada cardíaca falleciendo a pesar de todos los esfuerzos por reanimarla.

Por todo lo expuesto, la Propuesta de Resolución no aprecia mala praxis en la atención sanitaria dispensada.

**2.** 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».*

A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, 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 y 69/2019, de 28 de febrero), 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).

**3.** Por otra parte, 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 n.º 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 non 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)».*

*A la vista de la jurisprudencia expuesta, es al reclamante 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)».

**4.** Por otra parte, es necesario traer a colación la doctrina de la «prohibición de regreso» (entre otros, DCC 432/2022):

«Así, como bien señala este Organismo consultivo en su Dictamen 157/2022, de 26 de abril (con cita de la STS, Sala 3ª, sección 4ª, de 13 de enero de 2015), « (...) la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta

*una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente». A esta prohibición del regreso se refiere también el Tribunal Supremo en sentencias de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, conforme a las cuales no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar. (...) . En definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.*

*En conclusión, la actuación médica se ajusta a la «lex artis ad hoc», en atención a los síntomas que presenta el paciente en cada momento. El error de diagnóstico no siempre engendra responsabilidad y no siempre permite concluir que la actuación médica se haya apartado de la buena praxis, ya que la medicina no es una ciencia exacta que permita, siempre y en todo caso, hacer un diagnóstico acertado desde el primer examen del paciente y, por eso, el Derecho tampoco ampara ni consagra la supuesta existencia de una suerte de derecho a la infalibilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria».*

**5.** Valorado en conjunto el material probatorio, consideramos que no ha quedado probada mala praxis médica, siendo más convincentes los informes del SCS que el informe pericial de parte, por los siguientes motivos:

- No resulta probado ni convincente que la paciente viajara con la conformidad de su cardiólogo (tan sólo tenemos la versión de la paciente), ya que la última visita que realizó al mismo se produjo el 3 de mayo de 2018, y la propia paciente refiere empeoramiento de su estado de salud durante el último mes antes de viajar. Incluso la misma declara que tuvo serios problemas el mismo día del viaje, que apenas podía respirar ni caminar. Ante este cambio de circunstancias no resulta probado que el cardiólogo estuviera informado y aconsejara viajar a una isla sin hospital de referencia para patologías cardíacas, y si así fuera, sería una decisión imprudente.

- El Hospital de Fuerteventura realizó todo tipo de pruebas a la paciente, primero en UCI, y una vez estabilizada, en planta a cargo de cardiología y monitorizada. Dada su estabilidad hemodinámica no cumplía el protocolo para un traslado urgente, y así se determinó con el servicio de cardiología del Hospital de referencia, pero sí se ordenó un traslado prioritario para el lunes siguiente. La medicación que se le suministró ya estaba pautaada antes de su ingreso en el Hospital de Fuerteventura. Consta, por tanto, que hubo coordinación entre el Hospital de

Fuerteventura y el Hospital de referencia, se cumplieron los protocolos, sin que conste, que de haber sido trasladada a Gran Canaria (suponemos que el traslado en avión también tiene sus riesgos en la situación en la que se encontraba la paciente) se hubiera podido hacer algo más por ella, dado que la autopsia reveló una enfermedad cardíaca ampliamente extendida. La paciente entró en inestabilidad hemodinámica en la madrugada del domingo al lunes, y pese a las medidas de soporte avanzado que se le aplicaron no se pudo salvar su vida.

- La compañía aseguradora privada de la paciente podía haber realizado una expatriación más urgente que el traslado a Gran Canaria que se programó para el lunes y no lo hizo, lo que confirma que los criterios médicos que se tuvieron en cuenta por el Hospital de Fuerteventura se consideraron razonables, sin que la grave inestabilidad hemodinámica súbita en la que entró la paciente en la madrugada del domingo al lunes fuera algo esperado, por los síntomas y la evolución que había experimentado la paciente durante varios meses.

A la vista del material probatorio en su conjunto consideramos que la actuación del Hospital de Fuerteventura fue adecuada, pues consta acreditado que se mantuvo a la paciente medicalizada, vigilada y monitorizada para su traslado a Gran Canaria el lunes siguiente.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...), esposo de la paciente fallecida de (...), es conforme a Derecho.