



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de marzo 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 (...), (...), (...) y (...) y (...), actuando en su propio nombre y en nombre y representación de (...) y (...), por el fallecimiento de (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 20/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 12 de enero de 2023 (con registro de entrada en este Organismo en fecha 18 de enero de 2023), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los reclamantes solicitan en su escrito de reclamación ser indemnizados con un montante que supera ampliamente los 6.000 euros, lo que determinaría la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo los arts.11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. En el presente asunto se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de los reclamantes, por la presunta actuación negligente del SCS [art. 4.1.a) LPACAP]. En este caso, dado que el paciente falleció, la reclamación no se realiza *iure hereditatis* (pues no existe un derecho que haya ingresado en el patrimonio de la causante antes de su muerte), sino en nombre de los perjudicados por dicho fallecimiento, en virtud del daño moral personal y patrimonial que el fallecimiento genera en los familiares más directos.

Sobre esta cuestión, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 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 proprio*. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.*

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

*La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: “es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable *ex iure proprio*, al no poder 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 lo 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 proprio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis” (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de los interesados para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su hijo, en el caso de la primera, y su hermano en el caso de los demás, legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

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

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con el fallecido, 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”.

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

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

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

5. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, entre otros.

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que la Ley establece, de acuerdo con el art. 67 LPACAP.

II

1. En el escrito de reclamación los afectados alegan el siguiente hecho lesivo:

« (...) Nuestro hijo y hermano se sintió indispuerto en la mañana del 12 de noviembre siendo ingresado de urgencia en el Hospital Gral de Puerto del Rosario poco antes de las 13 horas procedente de la (...) que se le practican pruebas y, en contacto con el Hospital Insular de Gran Canaria, se decide su traslado a ese complejo hospitalario y activándose el traslado en helicóptero a las 14.05 hs. Al parecer en el Hospital de Fuerteventura carecían de medios para tratar adecuadamente el problema.

Lamentablemente (...) no llegó al Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil hasta las 18.44 horas Casi cinco horas después de que se decidiera el traslado y unas siete desde que se activara el "código ictus". Es de público conocimiento (varias campañas divulgativas han insistido e insisten en ello) la importancia de la celeridad en la atención de los pacientes con ictus. Obvio es que más y mejor lo saben los servicios sanitarios. Cuando (...) llegó al Hospital Insular y, según manifestaron los propios médicos que le asistieron, era demasiado tarde. Falleció a las pocas horas. Se adjunta el informe de Alta (exitus) del Hospital Insular como doc nº 2.

Es evidente el dolor que ha causado a la familia el fallecimiento de (...) y más aún en las inexplicables, inesperadas y evitables circunstancias en que se produjo. La Administración es responsable del daño causado, pues la demora en instaurar el tratamiento médico adecuado, ya sea por no prestarlo en Fuerteventura, ya sea por la increíble demora en el traslado decidido por los servicios médicos, provocó el fallecimiento o, cuando menos, le privó de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado en el momento oportuno lo que podría haber evitado el letal desenlace.

Corresponderían las siguientes cantidades (que deberán ser actualizadas en el momento de fijarse la indemnización):

A - Perjuicio personal básico:

41.393.47 euros para cada uno de los progenitores del fallecido.

Para (...) (mayor de 30 años): 15.522,55 euros Para (...) (nacida el 19 de enero de 1992): 20.696.73 euros

B - Perjuicio patrimonial básico. Daño emergente: 413,93 euros para cada uno de los cuatro. (...) ».

Los reclamantes adjuntan diverso documental médica a efectos probatorios.

2. Con fecha 19 de noviembre de 2019, se requiere a los reclamantes a efectos de que procedan a la subsanación y mejora de la solicitud presentada, resultando aplicables los arts. 66, 67 y 68 LPACAC. Indicando, entre otras, diversa documental que deberían aportar al expediente.

3. Mediante Resolución de 3 de febrero de 2022, la Directora del SCS, admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

En fecha 4 de febrero de 2020, la Instrucción del procedimiento solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), con el fin de que en su caso se concrete las lesiones producidas; la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por los reclamantes y la actuación del servicio público sanitario; la cuantificación de la indemnización que en su caso proceda; así como cualquier otro extremo que se considere de interés.

Con fecha 4 de marzo de 2020, se dicta Resolución por el Órgano Instructor acordando la acumulación de la reclamación presentada por (...) actuando en su propio nombre y en nombre y representación de (...) y (...), con registro de entrada el 5 de diciembre de 2019, existiendo identidad sustancial e íntima conexión con la reclamación presentada por los afectados en fecha 12 de noviembre de 2019, en los términos que establece el art. 57 LPACAP.

4. Entre los informes médicos obrantes en el expediente, cabría hacer especial mención al informe emitido por el facultativo especialista en neurología en fecha 28 de agosto de 2020, que indica:

« (...) Se trata de un paciente de 39 años que fue derivado desde FTV por (Código Ictus) y valorado al llegar en este centro por el servicio de Neurología como consta en la HC electrónica.

Tras el ingreso empeoramiento progresivo por lo que definitivamente nos solicitan valoración (Neurocirugía) que realiza el Dr. (...) a las 02:12 minutos de la noche y cito:

“Me llaman para valoración de varón de 39 años con infarto de ACI izquierdo, que sufre un deterioro neurológico brusco y rápido.

Al momento de mi valoración midriasis bilateral, reflejo tusígeno presente, bajo sedación.

TC de cráneo: se observa leve hipodensidad en territorio de ACM, ACA y RCP izquierdo, edema generalizado, cisternas de la base ausentes signos de herniación transtentorial. NO tiene criterio quirúrgico. Se informa a familiares”.

El paciente continuó ingresarlo en UMI donde se realizó test de Muerte encefálica.

Aunque se trata de una patología de tratamiento por el servicio de Neurología y Radiología Vascular cuando las medidas habituales fracasan se solicita nuestra valoración para, como medida terminal, intentar aliviar la presión intracraneal de los pacientes mediante una intervención (Craniectomía descompresiva) que consiste en retirar una parte del hueso craneal.

Es evidente que esta cirugía en ningún caso tiene impacto sobre la isquemia que sufre el cerebro y tampoco sobre las secuelas del Ictus según la zona del cerebro infartada. Por el

contrario el precio que se paga es alto pues la intervención propiamente dicha y a pesar de realizarla correctamente genera complicaciones (Infección, fístula de LCR) y en el supuesto que definitivamente el paciente mejore, nos obliga a realizar una craneoplastia (reposicionar el hueso retirado previamente) que tampoco está exenta de riesgos.

Con este argumento la decisión sobre realizar craniectomía descompresiva, o no a los paciente con Ictus está sujeta a la valoración del equipo médico basándose en la edad, magnitud del infarto, lateralidad los infartos izquierdos frecuente dejan como secuela imposibilidad para la movilización del hemicuerpo derecho y disfasia o afasia, dificultad o imposibilidad para hablar o entender, sin contar las alteraciones en la esfera conductual que en general determinan una incapacidad absoluta para la realización de cualquier actividad de la vida diaria.

Por supuesto también se tiene en cuenta la situación neurológica que presenta el paciente en el momento de la valoración.

En este caso en particular tal como describe el Dr. (...) en su nota la situación del paciente era muy mala, terminal, pues la magnitud del infarto había generado daños irreversibles que la craniectomía no podía solucionar.

Consideramos desde este servicio que la atención del médico de guardia de Neurocirugía el día de los hechos fue correcta y atendiendo rigurosamente a los protocolos establecidos (...) ».

Por parte del Jefe del Servicio de Urgencia del HGFTV, en fecha 20 de noviembre de 2019, emite el siguiente informe:

« (...) se trata de un paciente remitido desde hospital privado que llega a Urgencias a las 13 hh, tras activación de código Ictus. Se solicita interconsulta con Neurocirugía y TAC craneal a las 13:14, el cual se realiza a las 13:21. Tras la realización del mismo se indica la fibrinólisis que se inicia a las 13:50 y finaliza a las 14:55, hora en la que según nota de Neurólogo de Guardia, se ponen en contacto telefónico con el Hospital de referencia para coordinar el traslado del paciente para valoración de terapia endovascular. Tras la fibrinólisis el paciente ingresó en UCI pendiente de traslado.

En este punto, todas las actuaciones (sic. actuaciones) llevadas a cabo en Urgencias tanto por los facultativos de nuestro servicio como por el especialista de Neurología, se ajustan a los establecido en el Código Ictus.

En cuanto a la solicitud de informe acerca de los tiempos de activación del traslado y la demora en el mismo, entiendo que debe ser el Servicio de Urgencias Canario el que debe realizar el mismo, ya que es el que dispone de dicha información (...) ».

En fecha 25 de junio de 2020, el SUC emite el informe relacionado con los tiempos de actuación en atención a la urgencia del paciente, indicando al respecto:

« (...) Con fecha del 12/11/2018 y con Código de Intervención 5024836 se solicita traslado con carácter URGENTE para (...), varón de 39 años con un ACV isquémico, desde el H. G. de Fuerteventura al Hospital Insular de Gran Canaria. En el momento de la alerta (14:07 horas) el helicóptero operativo en ese momento es el AH40, estando en su base del Aeropuerto Tenerife Sur. El AH30 terminó previamente un servicio realizado de madrugada (Código Intervención 5017310) desde El Hierro a Tenerife y no pudo regresar a su base a Gando porque los pilotos estaban pasados de actividad (hora finalización de este servicio:

08:56 horas). Cuando surge la alerta de este servicio (14:07 horas) el AH30 seguía en el Aeropuerto de los Rodeos porque por problemas de meteorología no habían podido regresar a su base en Gando a pesar de que ya disponían de los pilotos entrantes. Tras las gestiones oportuna por parte del Médico Coordinador entre los hospitales implicados se activó de forma inmediata dicho traslado. La activación enviada al AH40 está registrada a las 14:16 horas y dan llegada con el paciente a la helisuperficie del H. Insular a las 18:35 horas. Se refleja pues un consumo de tiempo de 4 horas y 29 minutos desde que la Sala de Coordinación recibe la alerta y la llegada del paciente al hospital de destino, tiempos correctos para la respuesta a esta emergencia en la situación descrita anteriormente (...) ».

5. El informe de la Jefa del Servicio de Neurología del HUIGC, emitido en fecha 28 de junio de 2022, entre otras indica:

« (...) Paciente de 39 años que es trasladado desde el Hospital de Fuerteventura por ictus agudo extenso en territorio ACM derecha el 12 noviembre 2018. En angioTC realizado se observa defecto de replección total de ACI izquierda desde C2 en toda su extensión extra e intracraneal. Defecto total de replección de la ACM y ACA ipsilaterales. Ausencia de circulación colateral en territorio de ACM izquierda.

Dada las características del paciente con rápida progresión de síntomas y de lesión en neuroimagen y la nula colateralidad, las opciones de mejoría, en cualquier caso, eran escasas.

De cualquier modo, se decide traslado a Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Se desestima tras traslado tratamiento recanalizador por lesión extensa isquémica fronto-parieto-temporal izquierda establecida en TC craneal que se realiza en su llegada a este centro. Ingresa en la Unidad de Ictus para vigilancia de posible evolución a infarto maligno. La rápida progresión de la hipertensión intracraneal produjo muerte encefálica sin opciones de tratamiento quirúrgico.

Tan solo añadir que no es posible aproximar un porcentaje de éxito tras tratamiento endovascular ya que éste depende de múltiples variables individuales (...) ».

6. Con fecha 12 de julio de 2022, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, adjuntando los informes médicos preceptivos del Servicio de Urgencia del Hospital General de Fuerteventura (HGFVT) y del Servicio de Neurología del HUIGC, entre otra documentación médica relacionada con el paciente (art. 81.1 LPACAP).

Teniendo en cuenta los anteriores informes, el Informe del SIP, después de describir minuciosamente las intervenciones y actos médicos de los servicios sanitarios en respuesta a la enfermedad del paciente, así como su evolución a lo largo del tratamiento, alcanza las siguientes conclusiones:

<< (...) CONCLUSIONES

1.-Los reclamantes relacionan el fallecimiento de (...) con un retraso en el traslado al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria llegando “demasiado tarde”. Centra la responsabilidad de la Administración “en la demora en instaurar el tratamiento médico adecuado ya sea por no prestarlo en Fuerteventura ya sea por la increíble demora en el traslado decidido por los servicios médicos”. Consideran que lo anterior cuando menos, “privó al paciente de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado en el momento oportuno lo que podría haber evitado el desenlace”.

El estudio de la HC nos lleva a concluir que las actuaciones desde la llegada del paciente al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura se adecuaron a lo establecido en el código ictus.

Siguiendo la Guía de atención al ictus del SCS, “El Código Ictus (CI) es un sistema de alerta que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias. Hace referencia a la actuación coordinada de los servicios de urgencias extrahospitalarios con los centros hospitalarios que atenderán al paciente. El procedimiento de actuación prehospitalaria mediante la aplicación de protocolos consensuados, reconocimiento de la urgencia y organización del transporte a centros capacitados (dotados con neurólogo de guardia, UI y posibilidad de aplicar tratamientos específicos como la trombólisis) con preaviso a los mismos, es lo que se denomina código ictus extrahospitalario. También las urgencias hospitalarias deben organizar la atención a estos pacientes con el objeto de reducir las demoras al máximo. Los protocolos de actuación dirigidos a este objetivo se denominan código ictus intrahospitalario y, de la misma manera, son muy eficaces.

La activación del código ictus es útil en la fase aguda del ictus, reduciendo los tiempos de latencia hasta la mitad para la valoración especializada precoz tanto pre como intrahospitalarias, permitiendo así el aumento de los tratamientos de reperusión con

fiblinolisis a un mayor porcentaje de pacientes de forma más precoz, lo que se traduce en una mejor evolución clínica del paciente.

A la llegada del paciente al Servicio de Urgencias del HGFTV había transcurrido 2 horas y 14 minutos desde el inicio del cuadro de accidente cerebrovascular (ACV), periodo desde las 10:45 a las 12:59 horas.

Activado código ictus se llevó a cabo, de forma inmediata a la recepción del paciente en el Servicio de Urgencias del HGFT, la valoración por el Servicio especializado de Neurología, realización de prueba de neuroimagen, medidas de mantenimiento de la homeostasis e inicio de la fibrinolisis (rtPA) a las 13:50 horas del 12 de noviembre de 2018, es decir, 3 horas y cinco minutos desde el inicio del cuadro. El tratamiento fibrinolisis iv finalizó a las 15 horas del 12 de noviembre de 2018.

El paciente sufrió ictus isquémico en el territorio de la arteria carótida interna izquierda (ACI), objetivamente después de un recorrido corto total defecto de repleción en toda su extensión extracraneal e intracraneal y cuyas ramas terminales son la arteria cerebral anterior (ACA) y arteria cerebral media (ACM). Se describe total defecto de depleción en estas últimas. Por tanto oclusión de ACI izquierda unos 2-3 cm sobre su origen y de las arterias ACA y ACM ipsilaterales. Ausencia de circulación colateral en territorio de ACM izquierda.

En el Ictus o accidente cerebrovascular isquémico tanto trombótico como embólico se produce por un bloqueo de la irrigación cerebral por la oclusión repentina de un vaso intracraneal y, como consecuencia, se produce una reducción del riego sanguíneo a un área determinada del cerebro, con la consecuente isquemia y posterior necrosis del tejido cerebral. El área circundante a la necrosis queda con un déficit de riego y se denomina zona de penumbra isquémica. Esta zona es potencialmente recuperable, si se restablece el flujo sanguíneo en un tiempo relativamente corto.

Destacamos en la definición anterior la identificación de “zona penumbra” o zona periférica al núcleo del infarto, la potencialidad, no seguridad, de recuperación de la zona y la importancia de acortar el tiempo en las primeras horas para restablecer el flujo y salvar, en su caso, tejido cerebral. Este periodo de tiempo es el conocido como ventana terapéutica en el cuál es factible mientras la lesión cerebral no se haya establecido.

En la Guía de atención al ictus del Servicio Canario de la Salud se incluye el activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) para su uso en el ictus isquémico en la ventana de 3 horas a la dosis de 0,9 mg/kg con una dosis máxima de 90 mg (Nivel de evidencia 1a) y que con posterioridad, el estudio ECASS 3 aportó la evidencia del beneficio y seguridad del tratamiento en la ventana hasta 4,5 horas. Por tanto, La trombólisis intravenosa con rtPA se administrará en las primeras 4,5 horas en pacientes sin contraindicación.

En el presente caso con la finalidad de revascularización se realizó en la estancia en el HGFTV tratamiento de fibrinólisis iv.

A pesar de la imagen en el TAC cerebral y encontrándose el paciente en el periodo de ventana terapéutica indicado, se inició tratamiento de fibrinólisis iv a las 13:50 horas, habían transcurrido 3 horas y cinco minutos desde el inicio de los síntomas.

Además, como se llevó a cabo en la estancia en el Hospital General de Fuerteventura, ante un infarto cerebral agudo deben aplicarse cuidados generales para mantener la homeostasis (tratar la tensión arterial sistólica >185mmHg o diastólica >105mmHg, evitar hiperglucemia >155mg/dl y controlar la temperatura, tratando con antitérmicos cifras >37,5°), y prevenir y tratar las complicaciones.

En el presente caso durante la estancia en el HGFTV el paciente recibió los cuidados generales para el mantenimiento de la homeostasis y fue posible la aplicación de técnicas de revascularización dentro de la ventana terapéutica de las primeras 4,5 horas.

A pesar de realizar la fibrinólisis no se obtuvo resultado “ACV hemisferio izquierdo en territorio anterior con obstrucción completa de carótida izquierda desde su bifurcación que tras fibrinólisis iv no consigue mejoría clínica ni signos de recanalización”.

Se añade que de forma simultánea (14:05 horas) el Servicio de Neurología del HGFTV contactó con el Servicio de Neurología del HUIGC para traslado a fin de valorar intervencionismo (trombectomía mecánica) sin olvidar que consta “posiblemente subsidiario de vigilancia por infarto maligno dado la edad y la impresión de CT”.

Así mismo se contactó con el SUC, 14:07 horas, para la coordinación del traslado aéreo urgente.

La imagen del TAC craneal realizado en el HGFTV, a las 13:15 horas, es uno de los parámetros que orientaban a escasas opciones de mejoría. Como ha informado el Servicio de Neurología del HUIGC “dada las características del paciente con rápida progresión de síntomas y de lesión en neuroimagen y la nula colateralidad, las opciones de mejoría, en cualquier caso, eran escasas”.

En el tiempo de espera del transporte aéreo el paciente se mantuvo con vigilancia neurológica, monitorización y soporte.

Una vez trasladado al HUIGC fue valorado por el Servicio de Neurología, se indicaron pruebas de neuroimagen para valorar la situación y la posibilidad de trombectomía mecánica que finalmente se descarta. No se realiza trombectomía mecánica por infarto extenso establecido con penumbra 24% “lesión extensa isquémica fronto-parieto-temporal izquierda establecida en Tc craneal realizado a la llegada”. Continuó con control de la homeostasis e incluso se valoró por el Servicio de Neurocirugía a fin de practicar craniectomía descompresiva no realizada al no reunir el paciente criterios.

Por tanto, desde el momento de ingreso en el HGFTV, durante la estancia en el mismo centro y posteriormente en centro de referencia el paciente fue atendido siguiendo los criterios de código ictus y conforme a los protocolos de abordaje del infarto cerebral agudo.

2.-Las complicaciones neurológicas más frecuentes del infarto cerebral son el edema y la hipertensión intracraneal, las crisis epilépticas y la conversión hemorrágica del infarto cerebral.

Ya en el HGFTV en TC craneal realizado a las 13: 15 horas del 12 de noviembre de 2018 se objetiva “asimetría de sistema ventricular con VL izquierdo de menor tamaño probablemente por signos compresivos por edema incipiente Edema generalizado estaba presente en el estudio de neuroimagen realizado en el HUIGC además inicio de herniación uncal incipiente.

El edema cerebral post-isquémico con hipertensión intracraneal puede conducir a la herniación cerebral y suele ser causa de muerte durante la primera semana. En el presente caso como informa el Servicio de Neurología del HUIGC el paciente tuvo una rápida progresión de la hipertensión intracraneal que le condujo a la muerte encefálica. Fue diagnosticado de Ictus hemisférico izquierdo maligno.

El concepto de infarto cerebral maligno fue acuñado en 1996 por Hacke et al. para definir un tipo muy específico de ictus isquémico, caracterizado por afectar usualmente el territorio completo de la arteria cerebral media (ACM), además de su frecuente extensión a otros territorios vasculares; causar efecto de masa secundario a edema predominantemente citotóxico y evolución clínica casi siempre catastrófica. Su etiología más frecuente corresponde a la oclusión embólica o trombótica de la arteria carótida interna distal o del tronco principal de la ACM (segmento M1), los cuales rara vez alcanzan la recanalización ya sea espontánea o tras la administración intravenosa de factor activador del plasminógeno tisular.

Tiene una morbilidad elevada aún con tratamiento médico máximo y optimizado. Clínicamente se caracteriza por deterioro progresivo del estado de consciencia y déficits neurológicos severos, conjuntamente con evidencia imagenológica de compromiso isquémico de gran magnitud (>50% del territorio de la ACM)². Su sello distintivo es el desarrollo de edema cerebral ocupante de espacio, entre el primer y tercer día del inicio de los síntomas. El efecto de masa provoca desplazamientos, distorsiones y herniaciones de las estructuras encefálicas, aún en ausencia inicial de hipertensión endocraneal.

El riesgo de deterioro temprano del estado de consciencia y morbilidad es especialmente elevado en los pacientes con una puntuación en la escala NIHSS dentro de las primeras 6h después del inicio de los síntomas (≥ 20 cuando el compromiso es del hemisferio izquierdo y ≥ 15 cuando es del derecho).

En el presente caso se valoró la posibilidad de creniectomy como alternativa siendo desechada por no cumplir el paciente criterios quirúrgicos.

Al respecto nos ha informado el Servicio de Neurocirugía que cuando las medidas habituales fracasan en esta patología se solicita su valoración nuestra valoración para "cómo medida terminal, intentar aliviar la presión intracraneal de los pacientes mediante una intervención (craniectomy descompresiva) que consiste en retirar una parte del hueso craneal".

Informan que es evidente que esta cirugía en ningún caso tiene impacto sobre la isquemia que sufre el cerebro y tampoco sobre las secuelas del Ictus según la zona del cerebro infartada. Por el contrario el precio que se paga es alto pues la intervención propiamente dicha y a pesar de realizarla correctamente genera complicaciones (infección, fístula de LCR) y en el supuesto de que definitivamente el paciente mejore, nos obliga a realizar una craneoplastia (reposicionar el hueso retirado previamente) que tampoco está exenta de riesgos.

Con este argumento la decisión sobre realizar craniectomy descompresiva o no a los pacientes con Ictus está sujeta a la valoración del equipo médico basándose en la edad, magnitud del infarto, lateralidad (los infartos izquierdos frecuente dejan como secuela imposibilidad para la movilización del hemisferio derecho y disfasia o afasia, dificultad o imposibilidad para hablar o entender, sin contar las alteraciones en la esfera conductual que en general determinan una incapacidad absoluta para la realización de cualquier actividad de la vida diaria.

Por supuesto también se tiene en cuenta la situación neurológica que presenta el paciente en el momento de la valoración, En este caso en particular la situación del paciente era muy mala, terminal, pues la magnitud del infarto había generado daños irreversibles que la craniectomy no podía solucionar.

3.-Con la finalidad de conseguir revascularizar el territorio afecto se realizó fibrinólisis iv en el HGFTV.

Distinto es que a pesar de realizarse la misma en el periodo de ventana terapéutica no se consiguió mejoría la clínica ni signos de recanalización. Por tanto, si se realizó técnica a fin de conseguir revascular el territorio susceptible. De este modo cuando los reclamante hacen referencia a pérdida de oportunidad terapéutica por demora en el traslado entendemos que se refiere a la posibilidad de revascularización mediante se trombectomía mecánica. Los procedimientos de recanalización intraarterial mecánica pueden ser considerados una opción en pacientes con contraindicación para trombólisis intravenosa, siempre que exista tejido salvable, con ventana terapéutica de 8 horas en el territorio anterior.

La aplicación de trombectomía en un paciente con un ictus precisa una moderada afectación clínica, con una mínima afectación radiológica en el parénquima con demostración de tejido viable (con TAC si menos de 4.5h de evolución y TAC-perfusión/RM perfusión si presenta más de 4.5 h o si tenemos dudas en menos 4.5h) y oclusión de gran vaso.

En el presente caso, como informa el Servicio de Neurología del HUIGC dada las características del paciente con rápida progresión de los síntomas y de lesión en neuroimagen y nula colateralidad las opciones de mejoría en inicio eran escasas.

La puntuación NIHSS en TAC inicial fue de 25 (muy grave ≥ 25).

A pesar de esta situación en el HUFTV se realizó tratamiento de fibrinólisis iv y se decidió contactar con el HUIGC para traslado para valoración aunque como se expresa en la HC posiblemente subsidiario de vigilancia por infarto maligno dada la edad y la impresión de CT.

La trombectomía mecánica fue valorada al ingreso del paciente en el HUIGC siendo desechada por infarto extenso establecido con penumbra del 24 %. Como se informa fue desestimado el tratamiento recanalizador por lesión isquémica extensa fronto-parieto-temporal izquierda establecida en TC craneal realizado al ingreso.

Resaltamos que no se menciona como causa para desestimar el tratamiento estar fuera de la ventana terapéutica de las 8 horas mencionadas (inicio de la clínica 10:45 horas, llegada al HUIGC 18:35:46 horas).

4.-Analizada la asistencia en los puntos anteriores valoramos la posible demora denunciada en el traslado interhospitalario.

En al CCAA de Canarias se dispone de 2 helicópteros sanitarios una con base en Gran Canaria (AH30) y otro en Tenerife (AH40).

La alerta al SUC desde el HGFTV se realizó a las 14:07 horas. En ese momento el AH30 había terminado un servicio realizado de madrugada desde El Hierro a Tenerife y no pudo regresar a su base a Gando porque los pilotos estaban pasados de actividad (hora finalización de este servicio: 08:56 horas). En el momento de la alerta seguía en el Aeropuerto de los Rodeos porque por problemas de meteorología no habían podido regresar a su base en Gando a pesar de que ya disponían de los pilotos entrantes.

Por tanto, el helicóptero operativo en el momento de la alerta era el AH40 que se encontraba en su base del Aeropuerto Tenerife Sur y es activado a las 14:16 horas. Se moviliza a las 15:22:26 horas y llega a Fuerteventura a las 16:47:03. Realizado el traslado del paciente hasta el helicóptero se inició la ruta con destino la helisuperficie del HUIGC a las 17:44:55 con llegada a la misma a las 18:35:46 horas.

Como informa GSC se consume un tiempo de 4 horas y 29 minutos desde la alerta a la llegada al hospital de destino y consideran que se trata de “tiempos correctos para la respuesta a esta emergencia en la situación descrita anteriormente”.

De los tiempos descritos observamos que dada la ubicación del paciente y la disponibilidad del transporte helicóptero medicalizado, preciso para el traslado interhospitalario, son indiscutibles los tiempos desde la alerta hasta la activación (9 minutos) y los correspondientes al periodo 15:22:26-18:35:46 horas que exigían el traslado desde el aeropuerto de Tenerife Sur hasta Fuerteventura, recepción y ubicación del paciente y traslado desde Fuerteventura hasta la helisuperficie del hospital de destino, es decir 3 horas 13 minutos aproximadamente que añadidos a los 9 minutos anteriores supone 3 horas 22 minutos dentro de un tiempo total de 4 horas 29 minutos. Había transcurrido 7 horas 90 minutos desde el inicio de los síntomas, 6 horas setenta y seis minutos desde la llegada al HFTV, y por tanto como se ha expresado anteriormente en el periodo de 8 horas desde el inicio. Este hecho, unido al tipo de lesión y la nula colateralidad aleja el funcionalmente del servicio sanitario de una relación directa con la imposibilidad de realizar la intervención quirúrgica. Es una constante en la jurisprudencia que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados. En este caso se ha seguido los protocolos y se han hecho uso de los medios disponibles según capacidad.

La disposición de medios por su naturaleza resulta limitada y no podemos exigir a la administración con un presupuesto determinado un número ilimitado de servicios. No queda acreditado que se haya incumplido la ley por no tener en el HGFTV la posibilidad de realización de intervención endovascular ni que ha existido un uso arbitrario de los elementos con los que cuenta el servicio sanitario. Como se señala en la STS de 25 de febrero de 2009 “porque aceptar otra cosa supondría que cada centro hospitalario habría de estar dotado de todos los servicios asistenciales que pudieran exigirse al mejor abastecido de los mismos en toda la red hospitalaria, lo que resulta contrario a la razón y, en definitiva, a la limitación de medios disponibles propia de cualquier actividad humana; otras cosa sería si no existiera un centro de referencia dentro de un área que permita la asistencia en un tiempo razonable”.

Así mismo, partiendo de que nos encontramos en un territorio insular, que no es posible contar con todos los especialistas en cada una de las islas y que es necesario en ocasiones trasladar a los pacientes por vía aérea a los hospitales de referencia que se encuentran en las islas capitalinas, los tiempos de traslado fueron razonables, como informa el SUC y además se realizó en origen tratamiento fibrinolítico y mantenimiento de las homeostasis (...) ».

7. Con fecha 18 de julio de 2022, se comunica a los reclamantes que disponen del plazo de diez días hábiles para proponer los medios probatorios que a su Derecho convenga.

8. En fecha 27 de octubre de 2022, se dicta el Acuerdo sobre el Periodo Probatorio, notificándolo oportunamente a las partes interesadas en el procedimiento de responsabilidad patrimonial por daños sanitarios que se tramita.

9. En fecha 31 de octubre de 2022, se concede a las partes interesadas el trámite de vista y audiencia del expediente, a efectos de que presentaren las alegaciones que estimasen por convenientes.

10. El Borrador de Resolución de la Directora del SCS, por la que propone desestimar la reclamación presentada, fue informado favorablemente por la Asesoría Jurídica, registrado en fecha 29 de diciembre de 2022.

11. Con fecha 30 de diciembre de 2022, se emite Propuesta de Resolución, mediante la que se desestima la reclamación presentada por las partes interesadas en el procedimiento que nos ocupa.

12. En lo que respecta a la tramitación procedimental se ha sobrepasado ampliamente y sin justificación al respecto el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por los reclamantes, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

2. En el supuesto planteado los reclamantes solicitan ser indemnizados por el fallecimiento de su familiar, que imputan a la demora en el traslado del paciente desde el HGFVT hasta el HUIGC, para poder entonces recibir la asistencia médica oportuna a su diagnóstico. Por ello entienden que el desenlace fatal pudo haber sido consecuencia de la tardanza para practicar el desplazamiento del paciente del HGFVT al HUIGC, traslado necesario para recibir la asistencia médica que el afectado requería.

3. La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada

«*Lex artis ad hoc*». En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo contencioso-administrativo, Sección 4ª), de 26 de enero de 2011, RJ 2011\353, indica:

« (...) La Sentencia en el fundamento tercero sintetiza la normativa que rige en materia de responsabilidad patrimonial y la Jurisprudencia que la desarrolla, tanto con carácter general como en relación con la más concreta relativa a la responsabilidad sanitaria, y para ello manifiesta que "Para resolver la cuestión planteada en el presente recurso debemos partir de los artículos 106 de la Constitución y 139 y siguientes de la Ley 30/92 de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246) , y criterio jurisprudencial al respecto, según los cuales la responsabilidad exige la prueba de los siguientes requisitos: a) efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal; c) que el daño sea antijurídico, no ya porque la conducta de su autor sea contraria a derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, y, d) ausencia de fuerza mayor. Pero, además en el ámbito de la responsabilidad patrimonial por prestación de asistencia sanitaria ha de tenerse en cuenta ciertas peculiaridades, y así, de acuerdo con el art. 43 de la constitución y legislación que lo desarrolla la Administración Sanitaria viene obligada a suministrar la totalidad de los medios humanos, materiales y científicos aptos para la consecución del fin que se persigue, pero teniendo en cuenta que la obligación médica es una obligación de medios y no de resultados, de forma que aplicados los medios adecuados conforme a la lex artis, no existe la obligación de obtener el resultado pretendido, el cual no obstante ha de ser perseguido con la máxima diligencia, cuidados, previsión y dedicación, sin perjuicio de que puede verse truncado por la condición de la propia naturaleza humana; por lo que se ha de examinar cada caso en concreto" (...) »

También, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse*

dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

En síntesis, la Jurisprudencia es terminante al respecto; no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

4. Entrando en el fondo del asunto que se nos ha planteado y atendiendo principalmente a la alegación relativa a la demora en el traslado del paciente de un centro sanitario a otro, debemos tener presente la precisión con la que el SIP en su informe nos expone los tiempos empleados para efectuar traslado del paciente finalmente al HUIGC. Así, nos indica que la Comunidad Autónoma de Canarias dispone de 2 helicópteros sanitarios una con base en Gran Canaria (AH30) y otro en Tenerife (AH40). La alerta al SUC desde el HGFTV se realizó a las 14:07 horas. En el momento de la alerta seguía en el Aeropuerto de los Rodeos porque por problemas de meteorología no habían podido regresar a su base en Gando. Por tanto, el helicóptero operativo en el momento de la alerta era el AH40 que se encontraba en su base del Aeropuerto Tenerife Sur y es activado a las 14:16 horas. Se moviliza a las 15:22:26 horas y llega a Fuerteventura a las 16:47:03. Realizado el traslado del paciente hasta el helicóptero se inició la ruta con destino la helisuperficie del HUIGC a las 17:44:55 con llegada a la misma a las 18:35:46 horas. En consecuencia, se consume un tiempo de 4 horas y 29 minutos desde la alerta a la llegada al hospital de destino.

En consecuencia, en atención a los protocolos de actuación establecidos para la asistencia de una persona diagnosticada de Ictus, al parecer se considera que se asistió al paciente dentro de los “tiempos correctos para la respuesta a esta emergencia en la situación descrita anteriormente”, pues de los tiempos descritos observamos que dada la ubicación del paciente y la disponibilidad del transporte helicóptero medicalizado, preciso para el traslado interhospitalario, son indiscutibles los tiempos desde la alerta hasta la activación (9 minutos) y los correspondientes al periodo 15:22:26-18:35:46 horas que exigían el traslado desde el aeropuerto de Tenerife Sur hasta Fuerteventura, recepción y ubicación del paciente y traslado desde Fuerteventura hasta la helisuperficie del hospital de destino, es decir 3 horas 13 minutos aproximadamente que añadidos a los 9 minutos anteriores supone 3 horas 22 minutos dentro de un tiempo total de 4 horas 29 minutos.

Por lo demás, había transcurrido 7 horas 90 minutos desde el inicio de los síntomas, 6 horas setenta y seis minutos desde la llegada al HGFTV, y por tanto como se ha expresado anteriormente en el periodo de 8 horas desde el inicio.

5. Así las cosas, los extremos anteriormente señalados coinciden con la restante documental médica obrante en el expediente. Concretamente, de la historia clínica del paciente se extrae que a las 14:07 horas se alerta al SUC para traslado urgente aéreo del paciente desde el HGFTV al HUIGC, y que durante el ingreso el paciente permaneció estable, afásico, sin cambios neurológicos respecto a la exploración previa al ingreso en la UMI. Por tanto, en el tiempo de espera del transporte aéreo el paciente se mantuvo con vigilancia neurológica, monitorización y soporte, de acuerdo con la buena práctica sanitaria.

6. En lo que a la asistencia sanitaria se refiere fue correcta pues una vez que se activa el código ictus del paciente, la recepción en el Servicio de Urgencias del HGFVT, la valoración por el Servicio especializado de Neurología, la realización de prueba de neuroimagen, las medidas de mantenimiento de la homeostasis e inicio de la fibrinólisis (rtPA) a las 13:50 horas del 12 de noviembre de 2018, es decir, en el transcurso de 3 horas y cinco minutos desde el inicio del cuadro, fueron las que el “código ictus” exigía, recibiendo el tratamiento de fibrinólisis que finalizaría sobre las 15:00 horas del 12 de noviembre de 2018.

En definitiva, se ha llegado a acreditar mediante la documental médica aportada por la Administración Sanitaria, que el paciente mientras estuvo ingresado en el HGFTV y posteriormente en el HUIGC, fue atendido oportunamente, conforme a la *lex artis ad hoc*, siguiendo los criterios de código ictus y conforme a los protocolos de abordaje del infarto cerebral agudo.

7. Finalmente, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, entre ellos en su Dictamen 283/2021, de 20 de mayo, requisito esencial 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, sin perjuicio 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).

8. Con todo, podemos concluir que los servicios sanitarios acreditan mediante los documentos médicos obrantes en el expediente que el tratamiento dispensado al paciente por el HGFVT, fue acorde con lo previsto en la Guía de Atención al Ictus del SCS, poniendo a disposición del mismo todos los medios diagnósticos y terapéuticos para lograr el restablecimiento de su salud, primero instaurando tratamiento y coordinando al mismo tiempo su traslado al HUIGC para su valoración. Asimismo, se acredita que la asistencia médica recibida por el paciente en el HUIGC fue conforme a la *lex artis ad hoc*, pues se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles, de conformidad con los informes preceptivos obrantes en el expediente. Asimismo, quedó acreditada la inmediata respuesta del servicio de transporte aéreo del SUC.

Por el contrario, los reclamantes no han llegado a aportar prueba fehaciente que acredite una actuación sanitaria contraria a la *lex artis ad hoc*, sin que hayan llegado a desvirtuar el informe del SIP o los distintos informes médicos preceptivos recabados por la Instrucción del procedimiento, por lo que de acuerdo con la Propuesta de Resolución, no concurrirían los requisitos necesarios para apreciar el nexo causal entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento de los servicios sanitarios.

CONCLUSIÓN

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