

D I C T A M E N 2 2 7 / 2 0 2 3

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de mayo 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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...) y (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 202/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 15 de mayo de 2021, a instancias de la representación de (...) y (...), por el fallecimiento de su padre, (...), como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. Las interesadas cuantifican la indemnización en la cantidad de 41.766 euros (20.883 euros cada una), cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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 (LOSC); la Ley 41/2002,

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

3.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 432/2022, de 10 de noviembre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 504/2021, de 21 de octubre, 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 los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), “ (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure propio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis” (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de (...) y (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su padre -(...)- [art. 4.1. letra a) LPACAP].

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».

Asimismo, las interesadas actúan mediante la representación de (...), constando dicha representación debidamente acreditada en el expediente (art. 5 de la LPACAP).

3.2. 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. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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

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

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el día 15 de mayo de 2021, habiéndose producido el fallecimiento de su padre el día 24 de julio de 2020.

Extremo este que no es puesto en cuestión por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

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

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la reclamación planteada.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por las interesadas se manifiesta lo siguiente:

«El pasado día 25 de junio, mi padre, (...), es atendido en urgencias. Llega con dolor abdominal y algo desorientado. Se le practicaron diversas pruebas y finalmente se le diagnosticó una infección de vesícula. Los médicos que lo atendieron en esos momentos nos dijeron que era normal, debido a la infección, que estuviera algo desorientado.

El viernes 26 lo pasan a la primera planta, medicina interna, a la habitación 107A y no es comunicado a sus familiares, en este caso sus hijas, que llevábamos desde el día anterior en urgencias sin movernos del lugar. Cuando tiene lugar la hora de la visita y no somos nombradas por megafonía preguntamos, y fue en ese mismo momento cuando nos comunicaron que había sido subido a la planta.

A pesar de haber pasado la hora de visita de planta, mi hermana (...) y yo, (...), nos desplazamos a la habitación donde nos habían dicho que se encontraba mi padre. Cuando llegamos al lugar nos encontramos a mi padre en muy malas condiciones. Se había hecho sus necesidades encima y le salían del pañal que llevaba puesto, y además se había arrancado la vía y estaba lleno de sangre por el brazo, cara (...)

En ese mismo momento llamamos a las enfermeras para que vieran en la situación que estaba y lo atendieran lo antes posible. Tras llegar las enfermeras a la habitación en lugar de atenderlo a la mayor brevedad posible, se preocuparon mas en echarnos de la planta ya que no podíamos estar allí por que la hora de visita de la cama A había acabado que en explicarnos como podía encontrarse así en ese estado mi padre cosa que nos dejó bastante preocupadas a sus dos hijas.

Fueron pasando los días y mi padre fue mejorando, solicitamos un cambio de cama a la 117B para que fuera más flexible con nuestros horarios laborales. Íbamos todos los días a

visitarlo y durante la primera semana se le practicaron diversas pruebas y le pusieron un drenaje para la vesícula, respondía muy bien al tratamiento y mejoró casi al 100%.

El viernes 3 de julio fui yo a visitarlo y lo encontré perfectamente consciente, se había duchado solo ese día, se había afeitado he incluso iba al baño acompañado del personal a hacer sus necesidades. Esa noche cuando finalizo el horario de visita lo deje en perfectas condiciones y pensando que tal y como lo había visto y por su evolución no tardaría mucho en que le dieran el alta. Al día siguiente fue mi hermana a visitarlo en horario de 6 a 8 de la tarde y cuando llego a la habitación se lo encontró acostado en la cama sin responder a nada. Llamó al personal y comunicó lo sucedido.

Mi hermana me informó de lo que estaba sucediendo telefónicamente y subí a la residencia para ver lo que pasaba. Bajaron médicos de guardia para ver lo que sucedía y finalmente nos dicen que le había dado un infarto cerebral y que no podían concretarnos exactamente a la hora que había sucedido. El compañero de habitación de mi padre nos comentó que mi padre estaba en esa situación desde por la mañana, que fue bañado en la cama por el personal que lo atendió ese día ya que no se movía y que en todo el día desde por la mañana no habló ni se movió.

No nos explicamos como no pudieron darse cuenta desde por la mañana de lo que estaba pasando, o de lo que había pasado, cuando el día anterior mi padre se valía por si solo en todos los aspectos y tenemos videos que lo acreditan.

Tras este infarto cerebral mi padre quedó, prácticamente, en estado vegetal y fue empeorando por días, surgiendo complicaciones que finalmente han acabado con un fatal desenlace, el fallecimiento de mi padre el pasado día 24 de julio.

A día de hoy, no hemos recibido ninguna explicación de lo sucedido, simplemente de que le dio un infarto cerebral, pero no sabemos por que no fue atendido inmediatamente, encontrándose en un hospital. Como es posible, que en el transcurso de veinte horas no se dieran cuenta de lo que le había sucedido a mi padre y que fuéramos nosotros, sus hijas, las que nos diéramos cuenta de que algo no estaba bien cuando llegamos a la hora de la visita. Posiblemente todo este tiempo sin ser atendido desde que sufrió el ictus, pudo provocar que los daños fueran tan irreversibles.

Finalmente dejo constancia de que en la funeraria hemos recibido el certificado médico de defunción de mi padre y en este consta que mi padre tenía un linfoma no Hodekin, cosa que en ningún momento tuvimos constancia ni fuimos informadas por los médicos con los cuales teníamos contacto diario».

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

«A.- Paciente hombre con fecha de nacimiento 04.11.42, con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus.

Desde el 31.01.19 en seguimiento por Hematología por Linfoma de la zona marginal esplénica (LZME). Síndrome linfoproliferativo crónico B por morfología e inmunofenotipo compatible con LNH marginal esplénico. En seguimiento cada 6 meses por Hematología no ha presentado citopenias, ni ha precisado tratamiento.

B.- 25.06.20, 13:30 h. acude al Servicio de Urgencias del HUNSC por dolor abdominal y desorientación. Se practican analíticas, radiografía de tórax, EKG.

Se realiza TAC de cráneo que descarta lesiones agudas no observando lesiones hemorrágicas ni isquémicas intracraneales.

Por otra parte, ante el cuadro de dolor abdominal se sospecha colecistitis por lo que se realizó el mismo día ecografía abdominal que no es concluyente, en la que se aprecia vesícula biliar distendida sin litiasis así como derrame pericárdico. Comentado verbalmente con cirugía, impresiona cuadro de colangitis vs colecistitis alitiásica (inflamación/infección de vías biliares vs vesícula).

Valorado por Cardiología se practica Ecocardiograma transtorácico (ETT) de urgencias objetivando mínimo derrame pericárdico retroauricular.

Inicia antibioterapia.

Con el diagnóstico de Sepsis de origen abdominal y síndrome confusional agudo (SCA) ingresa en planta de Medicina Interna en la tarde del 26.06.20.

C.- Además de la antibioterapia requiere tratamiento farmacológico para el SCA y sujeción mecánica ventral así como de miembros superiores.

Hematología, revisión el 27.06.20 por su enfermedad previa LZME, mostrando estabilidad y recomendando continuar seguimiento habitual, sin tratamiento específico, salvo empeoramiento con datos de alarma como visceromegalias, adenopatías, síntomas B, anemia, trombopenia, empeoramiento de su linfocitosis.

D.- 27.06.20 (13:44 h) Persiste somnoliento.

Acompañado en la tarde por familia en hora de visita, se muestra un poco más despierto y desorientado (18:54h).

29.06.20 (01:36 h): Desorientado (...) con sujeción (...).

30.06.20 (07:36 h): Desorientado. Precisa de Sujeción ventral y MMSS (...)

Sin embargo, dado que continuaba con analíticas con reactantes de fase aguda (marcadores diagnósticos de infección PCR 8,25 (<0.5) ATP 58% Leucocitos 32.600) elevados, el 3 de julio de 2020 se realizó TAC de abdomen que mostró entonces colecistitis perforada con abscesos hepáticos, lo que acredita una mala evolución, lejos de una supuesta alta hospitalaria.

La perforación vesicular puede ocurrir en el curso de una colecistitis aguda, su aparición ensombrece el pronóstico de la colecistitis de forma significativa. Puede producirse en los primeros días tras el inicio de los síntomas, o en otras ocasiones tras varias semanas. La perforación vesicular puede condicionar la salida de contenido biliar infectado con la aparición de líquido perivesicular, formación de abscesos perivesiculares o hepáticos, o incluso la aparición de una peritonitis biliar. La fuga de bilis de una vesícula perforada inicialmente podría estar contenida en la fosa peritoneal perivesicular y, por lo tanto, podría no producir síntomas de irritación peritoneal de inmediato, como en este caso.

Se solicita valoración urgente por Cirugía general y Digestiva que desestima inicialmente el tratamiento quirúrgico por las comorbilidades y alto riesgo, recomendando ampliar antibioterapia y realizar colecistostomía percutánea urgente.

La colecistostomía percutánea es un procedimiento terapéutico, que consiste en la colocación de un catéter de drenaje en el interior de la vesícula biliar, vía percutánea (a través de la piel) con el fin de drenar su contenido.

Por parte de Radiología vascular intervencionista (RAVI) en la mañana del 03.07.20 se realiza dicho procedimiento bajo anestesia local y control de escopia, colocando drenaje mediante catéter tipo Skater de 8x25cm sin incidencias, mandándose muestras a microbiología que mostró presencia de E. coli sensible a los antibióticos. Pasa a planta nuevamente.

E.- Hasta este momento tenemos a un paciente de 78 años, con cuadro de Sepsis abdominal, que evoluciona a perforación de la vesícula biliar así como abscesos hepáticos y en la grasa perivesicular. Se trata de una afectación importante, en paciente con comorbilidades e inicialmente alto riesgo para intervención quirúrgica. La perforación de la vesícula biliar es una complicación de la colecistitis aguda que se asocia a una tasa de mortalidad en torno al 12-16%.

Si bien inicialmente se realizó tratamiento conservador con colecistostomía percutánea para drenar, no se excluye que requiriera un segundo tiempo para proceder a retirada del catéter de drenaje así como extirpación de la vesícula junto con resección de lecho vesicular y abscesos hepáticos.

No compartimos por tanto el criterio que expone el Servicio de Medicina Interna cuando menciona: “ (...) Paciente que ingresa por una sepsis abdominal que habiendo evolucionado bien de este proceso se complica con un ictus grave (...) ”.

25.06.20 Ingreso por Sepsis abdominal y SCA.

03.07.20: Perforación vesicular que requiere colecistostomía urgente. No podemos hablar de evolución favorable.

04.07.20: Ictus.

F. - Registros enfermería: 04.07.20:

00:04 h: Toma de glucemia capilar (...) .

02.12 h. Sin incidencias (...) .

07:34 h: Toma de temperatura. 35.9 (...) .

11:21 h: Toma de constantes. Normales (...) .

13:24 h. Control glucemia e insulina (...) .

17:24 h. Control glucemia pre-merienda (...) .

Por tanto, está documentado que al menos hasta esta hora 17:24 h, cuando fue visto por personal sanitario, no consta que el paciente mostrara alteración relevante de su estado previo y que por alguno de los profesionales que prestaron cuidados se advirtiera de tal circunstancia.

Sin embargo, el informe de Neurología expresa textualmente: " (...) Según consta en valoración de Neurología tras informarse, la última vez que se había visto al paciente completamente asintomático fue aproximadamente a las 9 de la mañana unas 8 horas antes de la activación del código ictus (...) ".

G.- 4 de julio de 2020: 18:03 h, por parte de enfermería se avisa a médico internista.

Se practican pruebas diagnósticas que concluyen la existencia de ictus completo de circulación anterior (TACI, implica gran ictus de la Arteria cerebral media o arteria cerebral anterior) con afectación de arteria cerebral media (ACM) segmentos M1 y M2.

Es trasladado a la Unidad de ictus a cargo del Servicio de Neurología.

Se reproduce el informe emitido por el servicio de Neurología.

Siguiendo dicho informe destacamos que, con independencia de la hora de comienzo de síntomas una de las razones por las que estaba contraindicado el tratamiento revascularizador con fibrinolíticos/trombectomía es " (...) el antecedente en menos de 48 horas de la realización de un procedimiento como colecistostomía, con alto riesgo de sangrado (...) ".

El paciente sufrió un proceso cuya elevada morbi-mortalidad está descrita. Conforme a la Guía de Atención al Ictus en Canarias, aún con tratamiento, se estima que a los 6 meses del ictus, el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% están independientes y el 32,4% son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional.

H.- Para conocer el origen del ictus se realizó el 07.07.20 Ecocardiograma donde se observa: "Ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia concéntrica ligera y discreta morfología esferoidal. Aneurisma apical; hipocinesia severa inferolateral e inferior amplias;

hipocinesia moderada/severa del resto de segmentos. Disfunción severa sistólica. Aurícula izquierda dilatada moderadamente. Ventrículo derecho de tamaño normal y contractilidad conservada. Ligera afectación degenerativa aórtica sin gradientes ni regurgitaciones significativas. Válvula mitral con esclerosis de velos y calcio en anillo; restricción marcada del VP que genera una insuficiencia mitral en límite de la significación. Patrón de llenado compatible con: pseudonormal. HTP moderada. Derrame pleural derecho. Derrame pericárdico ligero concéntrico sin repercusión hemodinámica actualmente. Imagen sugestiva de trombo a nivel inferoapical.

Dado que en la ecografía previa practicada al ingreso no describen alteraciones segmentarias ni alteración en la FEVI, por parte de Cardiología se plantea la existencia de posible Síndrome coronario agudo (SCA) silente durante el ingreso que ocasiona la disfunción severa del ventrículo izquierdo (FE 30%) con acinesia/hipocinesia y la presencia de trombo intracavitario. Siendo el trombo intracardiaco fuente de émbolos con alto riesgo para el ictus isquémico cardioembólico sufrido.

Por parte de Cardiología y en relación a dicha afectación cardíaca se establece un pronóstico desfavorable “ (...) Impresiona de mal pronóstico a corto/medio plazo (...) ”.(Notas clínicas 16.07.20).

El pronóstico de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, como en este caso, no es mayor de un año o un año y medio presentando Miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico con disfunción severa de ventrículo izquierdo y trombo intraventricular.

I.- Tenemos por tanto un paciente con 78 años, con sus patologías previas y afectado por:

- Sepsis abdominal, con perforación de la vesícula biliar así como abscesos hepáticos y en la grasa perivesicular, a quien no fue indicado inicialmente cirugía por alto riesgo practicando entonces colecistostomía urgente el día 3 de julio.

- Miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico con disfunción severa de ventrículo izquierdo así como trombo intraventricular, diagnosticado tras el ictus como causa del mismo. Dicho trombo es fuente de émbolos que se pueden desplazar al territorio arterial cerebral originando el ictus cardioembólico ocurrido. La miocardiopatía dilatada es una causa reconocida de arritmias y trombos murales, ambos potenciales causas de ictus.

- Ictus TACI cardioembólico. Los ictus cardiogénicos representan aproximadamente el 25% de los eventos isquémicos cerebrales y tienen un peor pronóstico en comparación con otros subtipos de ictus isquémicos, ya que se caracterizan por mayor recurrencia y mortalidad. En los estudios de imagen aparecen como lesiones extensas o como múltiples lesiones, que afectan diferentes territorios vasculares. Frecuentemente se aprecia transformación hemorrágica de las lesiones cerebrales establecidas.

J.- En la tarde del 7 de julio de 2020 pasa a planta de Medicina Interna. En controles sucesivos y nuevos TAC de cráneo realizado el 10.07.20 y el 17.07.20 se aprecia transformación hemorrágica del ictus, lo que muestra la irreversibilidad y agravamiento del ictus descartándose medidas quirúrgicas por el Servicio de Neurocirugía.

K.- Valorada la evolución y pronóstico del paciente, el 17 de julio se inicia manejo exclusivo con medidas de confort.

Exitus el 24 de julio de 2020 a las 10:00 h».

El SIP establece las siguientes conclusiones:

«1.- Se trata de paciente que durante su ingreso en el HUNSC concurren y se suceden tres procesos clínicos relevantes y de manifiesta gravedad: *Sepsis abdominal agravada con perforación y abscesos perivesiculares. **Miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico con disfunción severa de ventrículo izquierdo, con trombo intraventricular como fuente de ***Ictus TACI.

2.- Con independencia de la hora de comienzo de síntomas el día 4 de julio “ (...) el antecedente en menos de 48 horas de la realización de un procedimiento como colecistostomía, (...) ” contraindicaba el tratamiento revascularizador con fibrinolíticos.

La ventana terapéutica para fibrinólisis es de 4,5 h desde el comienzo de los síntomas. En este caso, estaba contraindicada por el antecedente en menos de 48 horas de la realización de un procedimiento como colecistostomía. Por otra parte la presencia de trombo intracardíaco contraindicaría dicho procedimiento ya que de haberse realizado la fibrinólisis habría aumentado el riesgo embólico multisistémico.

La ventana terapéutica para terapia endovascular (trombectomía, (...)) puede ampliarse hasta 16 horas en los casos de hora de inicio desconocida si se cumplen una serie de criterios que paciente no presentaba.

4.- Se emite informe desfavorable».

3. Con fecha 23 de marzo de 2023 se notifica tanto Acuerdo probatorio como Trámite de Audiencia. Transcurrido el plazo señalado, no se recibe nueva documentación.

4. Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. 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).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma 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».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de las reclamantes se fundamenta en una deficiente asistencia sanitaria prestada a su padre, al que no diagnosticaron el ictus que había sufrido mientras permanecía ingresado, y que ocurrió durante la mañana del día 4 de julio sin que fuera atendido hasta las 20h.

Sin embargo, sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante.

El paciente ingresó por sepsis abdominal, con perforación de la vesícula biliar así como abscesos hepáticos y en la grasa perivesicular, a quien no fue indicado inicialmente cirugía por alto riesgo practicando entonces colecistostomía urgente el día 3 de julio. Se diagnostica posteriormente Síndrome coronario agudo (SCA), silente durante el ingreso, que ocasiona la disfunción severa del ventrículo izquierdo (FE 30%) con acinesia/hipocinesia y la presencia de trombo intracavitario. Siendo el trombo intracardíaco fuente de émbolos con alto riesgo para el ictus isquémico cardioembólico sufrido.

Está acreditado que al menos hasta esta hora 17:24 h del día 4 de julio, cuando fue visto por personal sanitario, no consta que el paciente mostrara alteración relevante de su estado previo y que por alguno de los profesionales que prestaron cuidados se advirtiera de tal circunstancia.

Es decir, no es cierto que el ictus ocurriera por la mañana, 8 horas antes de la activación del código ictus.

Fue a las 18:03 horas, cuando el personal de enfermería avisa al médico de guardia por observar: *«paciente somnoliento, no responde a estímulos, se avisa a*

médico. Se saca analítica urgente. Se le administra tratamiento según pauta médica».

Se diagnostica de ictus isquémico completo de circulación anterior izquierda extenso, de hora de inicio desconocida, no subsidiario de tratamiento recanalizador.

Está acreditado que durante el día 4 de julio de 2020, el paciente fue atendido por el personal sanitario, según protocolos de toma de constantes y administración de tratamiento, sin que se percibiera signo alguno de deterioro neurológico. La última vez que se valoró su estado sin cambios fue a las 17:24h, cuando se realizó toma de glucemia capilar antes de la merienda, sin que se registraran cambios ni incidencias durante la ingesta de la misma.

En consecuencia, no hubo retraso en el diagnóstico del ictus, tal como denuncian las interesadas.

Respecto al tratamiento efectuado a partir del diagnóstico de ictus, hay que recordar que el paciente se sometió a una colecistostomía percutánea urgente el día 3 de julio, y siguiendo con el informe de la Dra. (...), con independencia de la hora de comienzo de síntomas, una de las contraindicaciones del tratamiento revascularizador con fibrinolíticos/trombectomía es « (...) *el antecedente en menos de 48 horas de la realización de un procedimiento como colecistostomía, con alto riesgo de sangrado* (...) ».

Como concluye el SIP, con independencia de la hora de comienzo de síntomas el día 4 de julio, el antecedente en menos de 48 horas de la realización de colecistostomía contraindicaba el tratamiento revascularizador con fibrinolíticos. En este caso además, la presencia de trombo intracardíaco contraindicaría también dicho procedimiento ya que de haberse realizado la fibrinólisis habría aumentado el riesgo embólico multisistémico.

La ventana terapéutica para terapia endovascular (trombectomía) puede ampliarse hasta 16 horas en los casos de hora de inicio desconocida si se cumplen una serie de criterios que paciente no presentaba.

En definitiva, no se aprecia la existencia de la infracción de la *lex artis* al haberse acreditado que no hubo una deficiente asistencia sanitaria; antes al contrario, durante la estancia hospitalaria se le atendió adecuadamente, con la realización de los estudios diagnósticos terapéuticos, tratamientos, medidas y cuidados de acuerdo con el proceso evolutivo sufrido por el paciente (sepsis abdominal agravada con perforación y abscesos perivesiculares, miocardiopatía

dilatada de probable origen isquémico con disfunción severa de ventrículo izquierdo, con trombo intraventricular como fuente del posterior ictus, respetándose la *lex artis* tanto en el diagnóstico de dichas patologías, como en su tratamiento posterior, sin que se pudiera evitar el fatal desenlace, pese a los controles sucesivos y nuevos TAC de cráneo realizados con posterioridad que mostraron la irreversibilidad y agravamiento del ictus, descartándose medidas quirúrgicas por el Servicio de Neurocirugía.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de las reclamantes, es conforme a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de las interesadas al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.