Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 1 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de septiembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en nombre y representación de (...), y de (...), (...), (...), (...) y (...), por los daños sufridos tras el fallecimiento del esposo de la primera y padre de los otros reclamantes, (...), como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 516/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 30 de julio de 2024 (Registro de entrada de fecha 31 de julio de 2024) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 400.000 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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.**

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, 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. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral (art. 4.1.a) LPACAP), como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, según se acredita en el expediente.

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 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 sucederse 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 la esposa e hijos del fallecido para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su esposo y padre, respectivamente. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Finalmente, ha de señalarse que, en este caso, los interesados actúan mediante la representación debidamente acreditada de (...) (art. 5.3 LPACAP).

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 por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó mediante correo postal el 12 de mayo de

2022 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 14 de mayo de 2021.

II

Los reclamantes instan la incoación de 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 (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«El paciente, (...), acude a urgencias del Hospital Dr. Negrín por COVID y a los tres días de ser hospitalizado, sólo en planta, le dan alta con diagnóstico de neumonía rebasada y con todos sus índices normales.

Entre las indicaciones, le mandan un medicamento (dexametasona) y desde su primer día en casa, se encuentra mal; llaman al médico del hospital y les indica que dejen actuar al medicamento y que siga con la misma pauta.

Tres días más tarde, por decisión propia, llevan al paciente a Urgencias. Por causa de ese medicamento, sufrió hipertensión con índices por encima de 1000.

En esos tres días entre seis y ocho litros de líquidos en su cuerpo.

Se indica en los informes que falleció por NEUMONíA COVID, pero fue por la mala indicación del medicamento y por una falta de control efectivo de la evolución del paciente».

Se solicita por todo ello una indemnización que es cuantificada en trámite de mejora en 400.000 euros (150.000 para la viuda y 50.000 para cada uno de sus hijos, todos mayores de edad).

III

1. En este procedimiento el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Desde el punto de vista formal, el presente procedimiento ha sido tramitado adecuadamente, constando las siguientes actuaciones:

- El 16 de mayo de 2022 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que reciben notificación en esa misma el día 17 de mayo de

2022, aportando lo requerido el 6 de mayo de 2022, fecha en la que se aporta poder de representación y se cuantifica la indemnización solicitada.

- El 17 de mayo de 2022 se presenta por registro de entrada la misma reclamación, que se había presentado por correo postal el día 12.

- Por Resolución de 9 de junio de 2022, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que se acusa recibo por los interesados en la misma fecha.

- El 9 de junio de 2022 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 22 de mayo de 2024, tras haber recabado la documentación necesaria (Copia de la Historia Clínica del paciente obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, en adelante HUGCDN; copia de las notas clínicas de Atención Primaria relativas al seguimiento telefónico de los días 7, 8 y 10 de mayo de 2021; e informe emitido el 11 de julio de 2022 por el Dr. (...), facultativo perteneciente al Servicio de Neumología del HUGCDN).

- El 3 de junio de 2024 se dicta acuerdo probatorio, por el que se abre trámite de prueba, y se admiten las pruebas documentales propuestas por los interesados y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Siendo todas las pruebas documentales y obrando ya en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, lo que reciben notificación los reclamantes el 6 de mayo de 2024.

- Con fecha 3 de junio de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, lo que se notifica a los interesados el 6 de junio de 2024, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 26 de julio de 2024 se formula por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Resolución en la que se desestima la reclamación de los interesados, que es remitida a este Consejo Consultivo.

IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución señala, tras transcribir parte de lo concluido en el informe del SIP:

«Conforme lo expuesto, en el presente caso, a la vista del historial médico y de los informes obrantes en el expediente administrativo, se constata que se han aplicado al

paciente, las técnicas sanitarias y los medios necesarios en función del conocimiento de la práctica médica. Se le realizaron los controles, pruebas médicas y diagnósticas adecuadas, fue valorado por los especialistas pertinentes y fue tratado con el tratamiento y medicación que se consideró adecuada.

En suma, no se aprecia actuación negligente; al contrario, se obró en todo momento conforme a la lex artis, lo que 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.

Finalmente, debe concluirse que, no se ha probado por la parte reclamante que la asistencia prestada fuera incorrecta o deficitaria, incumpliéndose así el deber de carga de la prueba que le corresponde al reclamante (...) ».

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, de 22 de mayo de 2024, constan en la historia clínica del paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Según consta en la documentación de su Historia Clínica, se trata de un varón nacido el 15 de mayo del 1939, de 81 años al momento del fallecimiento (14 de mayo de 2021), con múltiples antecedentes médicos previos al ingreso, entre los cuales se incluyen: hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica estadio IIIa, dislipemia, migraña, diabetes mellitus de tipo 2 en tratamiento al domicilio con antidiabético oral y miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda moderado-severa, diagnosticada en el 2012, con última valoración por cardiología en diciembre de 2019.

2.- La diabetes mellitus está activa entre los diagnósticos de su Médico de Atención Primaria desde 2009, con datos de mal control metabólico y de mala adherencia al tratamiento farmacológico, según lo descrito en notas de cardiología de diciembre de 2019. Esta afirmación se confirma con los resultados de una analítica del 21 de febrero de 2019, la última realizada antes del ingreso, que indica glucemia en ayunas de 303 mg/dL (valores normales inferiores a 100) y hemoglobina glicosilada (índice de la evolución de la glucemia durante los tres meses anteriores) de 12,2%, correspondiente a una glucemia promedio de 302 mg/dL.

3.- Al revisar la Historia Clínica del paciente, no se constatan datos de deterioro cognitivo sin embargo en varias ocasiones se describe que el paciente tiene escasa adherencia a la medicación pautada, a pesar de su importancia vital: en notas de Consultas Externas de Cirugía General y Digestiva (abril 2018) se menciona: "dice que el Adiro- tratamiento anti-agregante- se lo toma de vez en cuando"; en notas de cardiología de diciembre 2019: "El

paciente no ha comenzado con la medicación antidiabética pautada en marzo de 2019", "el paciente se encuentra reacio a cambio de medicación".

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- El paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín de la Palmas de Gran Canaria el 3 de mayo de 2021 por empeoramiento clínico de 4 días de evolución con síntomas de confusión, enlentecimiento psicomotor, somnolencia, debilidad generalizada con predominio en miembros inferiores, diarrea, pérdida de apetito, con secreciones respiratorias, sin fiebre y sin tos.

2.- Anteriormente, el 8 de abril de 2021, había recibido la primera dosis de la vacuna contra el Covid-19, resultando positivo a la prueba PCR para coronavirus el 23 de abril.

3.- El mismo día, 3 de mayo, ingresa en la planta Covid con diagnóstico inicial de infección por coronavirus y síndrome confusional agudo.

4.- Según la información obrante en su Historia Clínica, dado el cuadro de hipoxia y de insuficiencia respiratoria, se le inicia oxigenoterapia en gafas nasales a 3 litros/minuto de oxígeno y, dado que el paciente necesita oxigenoterapia para mantener adecuados niveles de saturación de oxígeno periférico (Sp02) y presenta clínica pulmonar asociada (crepitantes a la auscultación pulmonar) se inicia, según protocolo, tratamiento con dexametasona a dosis de 6 mg.

5.- En el informe realizado por el Dr. (...) se comenta que en pacientes ingresados con diabetes mellitus está protocolizado el control glucémico antes de cada comida y la administración de insulina según valores, suspendiendo la mayoría de los tratamientos orales domiciliarios en fase de patología aguda para minimizar efectos secundarios y evitar interacciones. Se añade que, pese a la administración de dexametasona, las cifras de glucemia del paciente durante su primer ingreso se encontraron aceptablemente controladas (según analíticas, mantenía valores de 281/305 mg/dL) y dentro de unos rangos que no eran susceptibles de provocar la complicación por la que posteriormente reingresaría.

6.- En las notas clínicas se describe una evolución clínica favorable, ya que a las 48 horas de su ingreso, el 5 de mayo, no precisa oxigenoterapia, manteniendo valores normales de saturación de oxígeno (96% en aire ambiente) y se mantiene hemodinámicamente estable (normotenso, normocárdico, afebril), tal y como consta en notas médicas y de enfermería. Sin embargo, ese mismo día se muestra con discurso "alejado de la realidad", desorientado, poco colaborador con actitud hostil y negándose a recibir tratamiento con insulina y Clexane. Explorado, no presenta signos focales neurológicos.

7.- A raíz de esto, se reevalúa al paciente y se solicitan pruebas complementarias, entre ellas analítica urgente y radiografía del tórax, requiriendo ajuste de la medicación con retirada del diurético y del anti-hipertensivo por hemoconcentración, tendencia previa a

valores bajos de la tensión arterial y disminución de los valores del sodio (sodio corregido por glucemia de 130 mEq/L; valores normales 135-145).

8.- Se mantiene afebril, descansa bien la noche anterior al alta.

9.- Valorado la mañana del 6 de mayo por neumólogo referente que decide el alta y describe, según consta en notas médicas, una "estabilidad clínica durante su ingreso con evolución favorable desde el punto de vista respiratorio sin necesidad de aporte de oxigenoterapia en la actualidad, afebril y con mejoría de su estado general tolerando la deambulación por la planta y siendo autónomo para los autocuidados. Destaca un síndrome confusional hipoactivo que es de prever que mejorará tras reencontrarse con su entorno habitual. Tanto el paciente como su hijo solicitan el alta."

10.- Al alta se recomienda mantener tratamiento con dexametasona hasta el 12 de mayo (en total 10 días de tratamiento), indicando, en el informe de alta, control por Atención Primaria.

11.- En la historia de Atención Primaria consta seguimiento telefónico posterior al alta de la planta Covid, por parte del equipo de casos positivos Covid-19 de la Gerencia de Atención Primaria (recordamos que el paciente estaba en aislamiento domiciliario por positividad al covid). Seguimiento registrado los días 7, 8 y 10 de mayo. Según el plan de actuación del día 10 de mayo h 9:04, se han explicado síntomas y signos de alarma y se indica llamar el 112 en caso de empeoramiento. En la última nota del 10 de mayo: "no fiebre, no tos, no disnea, no diarrea, no cefalea, no dolor torácico, astenia en mejoría, presenta menos desorientación, si empeora 112, saturación oxígeno 94%".

12.- En el informe del neumólogo queda reflejado que uno de los hijos de (...) también ingresó en la planta Covid y su médico responsable informaba diariamente a un familiar preguntando por la situación del paciente y haciendo hincapié que debía acudir a urgencias si se encontraba mal y no podía tomarse el tratamiento, circunstancia que sedemora. Esta información no consta en la Historia Clínica de Atención especializada, dado que el paciente ya no estaba a cargo del hospital.

13.- Se señala, en informe de alta por exitus del servicio de Medicina Intensiva, que tras el primer ingreso hospitalario regresaba al domicilio en buena situación, pero a las 24 horas después presentó deterioro progresivo con marcada somnolencia y negativa a la ingesta. Se desconoce si cumplía el tratamiento farmacológico.

14.- Finalmente, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del H. Dr. Negrín a las 22:51 del 10 de mayo de 2021 por empeoramiento del estado general.

15.- En el informe del 10 de mayo del Servicio de Urgencias consta que el paciente acude en buen estado general, consciente, aunque con tendencia a la somnolencia, deshidratado, sin fiebre, con valores aceptables de tensión arterial y frecuencia cardíaca (TA 101/60, FC

105 lpm), con valores normales de saturación de oxígeno (96% en aire ambiente). A la auscultación pulmonar no presenta ruidos pulmonares añadidos.

16.- Dada la situación de hiperglucemia asociada a signos de fracaso renal agudo sobre insuficiencia renal crónica, con síntomas y signos de deshidratación e hipovolemia, y SIN signos de infección asociados, se inicia tratamiento con insulina, suero y bicarbonato y se ingresa a cargo de la planta Covid el 11 de mayo. Entre los diagnósticos de ingreso: "Síndrome hiperglucémico hiperosmolar en probable relación con esteroides y omisión de tratamiento, encefalopatía secundaria y multifactorial. neumonía bilateral por SARS CoV2, fracaso renal agudo prerrenal" (es decir, debido a deshidratación).

17.- Se instaura tratamiento médico con buena respuesta de las cifras glucémicas (a su llegada a la planta Covid glucemia de 390 mg/dL), sin embargo, el estado general del paciente empeora.

18.- Por empeoramiento de la sintomatología neurológica y del cuadro respiratorio, con inestabilidad hemodinámica, se traslada al Servicio de Medicina Intensiva el mismo día, 11 de mayo, donde, en acuerdo con los familiares, se plantean como techo terapéutico ventilación médica no invasiva y, dados los antecedentes del paciente, no siendo candidato a intubación orotraqueal.

19.- A pesar de la corrección del estado hiperosmolar con administración de insulinoterapia e hidratación, inicio de tratamiento antibiótico por sospecha de sobreinfección y oxigenoterapia de alto flujo, el paciente fallece el 14 de mayo de 2021 por fracaso multiorgánico».

3. Pues bien, a la vista de los referidos antecedentes clínicos del paciente, el informe del SIP, viene a concluir, entre otros aspectos, los esenciales en la resolución del caso que nos ocupa:

3.1. Por un lado, el relativo a «la mala indicación del medicamento (dexametasona)».

En este punto, señala el SIP:

«1.- El uso de dexametasona a las dosis de 6 mg/día durante un periodo de 10 días estaba justificado según los protocoles en uso para el control de la enfermedad asociada a Covid 19. Este uso está respaldado por estudios científicos y guías clínicas. El 18 de septiembre 2020 la agencia española de medicamentos y productos sanitarios publicó una nota informativa en la que se reflejada que, según el estudio RECOVERY, el uso de dexametasona disminuía la mortalidad en una dosis recomendada de 6 miligramos/día durante un máximo de 10 días, y los resultados apoyaban su uso en pacientes que requerían un aporte de oxígeno, es decir, en pacientes con criterios de gravedad respiratoria. La Sociedad Española de Enfermedad Infecciosas y Microbiología Clínica llegó a las mismas conclusiones en junio de 2023, cuando publicó un análisis de la información de los ensayos

clínicos disponibles resumiendo que los corticosteroides sistémicos, siendo la dexametasona el principio activo con más evidencia en esta enfermedad, a dosis standard, "han demostrado reducir la mortalidad en pacientes con COVID-19 incluso en aquellos que precisan oxigeno suplementario pero no están sometidos a ventilación mecánica". Los beneficios en términos de mortalidad se han observado con dosis bajas (6 o 7,5 mg) y con duraciones del tratamiento entre 7 y 10 días.

2.- El uso de dexametasona en este caso estaba clínicamente indicado debido a la presencia de criterios de gravedad respiratoria y a la necesidad de oxígeno suplementario, y justificaba completar la pauta del tratamiento la buena respuesta clínica y la mejoría de la situación respiratoria.

3.- Por tanto, se puede decir que la indicación del medicamento era en línea con las recomendaciones generales y en línea con la lex artis, a pesar de la incertidumbre en el contexto de una pandemia causada por una infección emergente».

Por tanto, en este punto, puede afirmarse la conformidad a la *lex artis* de la actuación de los facultativos.

3.2. Por otro lado, el relativo a *«la falta de control efectivo de la evolución del paciente».*

A este respecto han de distinguirse tres etapas, la del ingreso hospitalario el 3 de mayo de 2021, la del seguimiento domiciliario desde el 6 de mayo de 2021, y la del nuevo ingreso hospitalario el 11 de mayo de 2021 hasta el exitus del paciente.

1) Así, debemos recordar, que consta, en los antecedentes expuestos por el informe del SIP que el 3 de mayo de 2021, tras acudir el paciente al Servicio de Urgencias del ingresa en la planta Covid con diagnóstico inicial de infección por coronavirus y síndrome confusional agudo.

En este momento presentaba cuadro de hipoxia y de insuficiencia respiratoria, por lo que se le inicia oxigenoterapia en gafas nasales a 3 litros/minuto de oxígeno y, dado que el paciente necesita oxigenoterapia para mantener adecuados niveles de saturación de oxígeno periférico (Sp02) y presenta clínica pulmonar asociada (crepitantes a la auscultación pulmonar) se inicia, según protocolo, tratamiento con dexametasona a dosis de 6 mg.

El seguimiento intrahospitalario del tratamiento consta en su historia clínica, señalando al respecto del informe del SIP:

«5.- En el informe realizado por el Dr. (...) se comenta que en pacientes ingresados con diabetes mellitus está protocolizado el control glucémico antes de cada comida y la administración de insulina según valores, suspendiendo la mayoría de los tratamientos orales

domiciliarios en fase de patología aguda para minimizar efectos secundarios y evitar interacciones. Se añade que, pese a la administración de dexametasona, las cifras de glucemia del paciente durante su primer ingreso se encontraron aceptablemente controladas (según analíticas, mantenía valores de 281/305 mg/dL) y dentro de unos rangos que no eran susceptibles de provocar la complicación por la que posteriormente reingresaría.

6.- En las notas clínicas se describe una evolución clínica favorable, ya que a las 48 horas de su ingreso, el 5 de mayo, no precisa oxigenoterapia, manteniendo valores normales de saturación de oxígeno (96% en aire ambiente) y se mantiene hemodinámicamente estable (normotenso, normocárdico, afebril), tal y como consta en notas médicas y de enfermería. Sin embargo, ese mismo día se muestra con discurso "alejado de la realidad", desorientado, poco colaborador con actitud hostil y negándose a recibir tratamiento con insulina y Clexane. Explorado, no presenta signos focales neurológicos.

7.- A raíz de esto, se reevalúa al paciente y se solicitan pruebas complementarias, entre ellas analítica urgente y radiografía del tórax, requiriendo ajuste de la medicación con retirada del diurético y del anti-hipertensivo por hemoconcentración, tendencia previa a valores bajos de la tensión arterial y disminución de los valores del sodio (sodio corregido por glucemia de 130 mEq/L; valores normales 135-145).

8.- Se mantiene afebril, descansa bien la noche anterior al alta.

9.- Valorado la mañana del 6 de mayo por neumólogo referente que decide el alta y describe, según consta en notas médicas, una "estabilidad clínica durante su ingreso con evolución favorable desde el punto de vista respiratorio sin necesidad de aporte de oxigenoterapia en la actualidad, afebril y con mejoría de su estado general tolerando la deambulación por la planta y siendo autónomo para los autocuidados. Destaca un síndrome confusional hipoactivo que es de prever que mejorará tras reencontrarse con su entorno habitual. Tanto el paciente como su hijo solicitan el alta».

En este mismo sentido, informa el Servicio de Neumología el 11 de julio de 2022:

«La evolución del paciente, desde el punto de vista respiratorio, es favorable, permaneciendo en todo momento hemodinámicamente estable. Se informa por teléfono diariamente al familiar de referencia que se nos indica, su hijo Ascencio.

4.- El día 5/5/21, a las 48 horas de ingreso, el paciente ya no precisa oxigenoterapia. Sin embargo, presenta clínica compatible con síndrome confusional hipoactivo, mostrándose hostil (no agresivo) y negándose a recibir tratamiento. Incluso se llega a contactar con la familia para intentar conseguir, con su ayuda, una mayor colaboración por parte del paciente que, como ya se ha mencionado, continuaba hemodinámicamente estable, tal y como consta en notas médicas y de enfermería. No obstante, se solicitan pruebas complementarias para

descartar complicaciones, entre ellas una analítica y una radiografía de tórax urgente, avisándose al facultativo de guardia para su valoración.

5.- La radiografía de tórax muestra unos leves infiltrados pulmonares bilaterales y en la 75 analítica no hay datos de alarma o empeoramiento. La exploración física tampoco revela focalidad neurológica ni otros cambios de relevancia. Esa misma tarde, se contacta Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín Servicio de Neumología telefónicamente con su hijo Ascencio, al cual se le proporciona información actualizada de la situación clínica de su padre. Según consta en notas clínicas, el familiar llama para "confirmar si el paciente se va mañana". Al paciente, tal y como consta en notas de enfermería, se le administra el tratamiento pautado y descansa sin incidencias esa noche.

6.- Al día siguiente (6/5/21), la sintomatología confusional había mejorado notablemente, y tanto el paciente como su hijo solicitan el alta. Se comprueba la estabilidad hemodinámica del paciente (mantenida durante todo su ingreso tal y como se refleja en notas médicas y de enfermería), con evolución favorable desde el punto de vista respiratorio, sin necesidad ya de aporte de oxigenoterapia. En ese momento, el paciente permanecía afebril y destacaba, además, una mejoría de su estado general, con buena tolerancia a la deambulación por la planta y siendo autónomo para los autocuidados. Por estos motivos se decide el alta el día 6/5/21.

7.- De cara a completar la pauta de tratamiento de dexametasona, con la cual el paciente había experimentado una mejoría notable, se indica continuar el fármaco hasta el día 12-5-21. Este tratamiento está contemplado en el protocolo para pacientes con infección por SARS-CoV-2 y necesidad de oxigenoterapia, habiendo demostrado su utilidad en la literatura científica. La buena respuesta y mejoría de la situación respiratoria del paciente con el mismo, justificaba completar la pauta de tratamiento.

8.- En el momento del alta, se explica tanto al paciente como a su hijo, quienes tal y como consta en la historia clínica, habían solicitado dicha alta, la evolución esperable y la necesidad de volver a urgencias en caso de presentar síntomas que sugirieran complicación o empeoramiento».

Ha de destacarse que, tal y como informó el SIP, el síndrome confusional descrito durante el primer ingreso (somnolencia, enlentecimiento psicomotor), es uno de los síntomas neurológicos del Covid (encefalopatía) y que el cambio en el estado de consciencia que se registró en fecha 5 de mayo se atribuyó en parte a la hospitalización que es conocida con un factor de riesgo de alteración del estado de conciencia en pacientes mayores.

2) Tras el alta hospitalaria, indicada por la mejoría clínica del paciente y su situación neurológica, pues, se destaca un síndrome confusional hipoactivo que es de prever que mejorará tras reencontrarse con su entorno habitual, y además solicitada

(el alta) por el paciente y por su hijo, se recomienda mantener tratamiento con dexametasona hasta el 12 de mayo (en total 10 días de tratamiento), indicando, en el informe de alta, control por Atención Primaria.

A partir de este momento, se realiza seguimiento telefónico, pues el paciente debía permanecer en aislamiento domiciliario dado el protocolo Covid en aquel momento, así consta en el informe del SIP:

«5.- A pesar de la reclamada falta de control de la evolución del paciente, según la historia de Atención Primaria, el paciente mantuvo un seguimiento telefónico casi diario entre el 7 y el 10 de mayo por el equipo de casos positivos al covid, en línea con la necesidad de aislamiento domiciliario. Dicho equipo, según el formulario del programa de salud de seguimiento, explicó síntomas y signos de alarma y la necesidad de alertar al 112 en caso de empeoramiento. El paciente habría podido manifestar su malestar y aprovechar dicho seguimiento para aclarar dudas acerca del tratamiento en curso y de la evolución clínica del cuadro.

Además, según informe del neumólogo responsable, se mantuvieron contactos telefónicos con los familiares del paciente, dado que uno de sus hijos estaba ingresado en la misma planta en los días posteriores, sugiriendo regresar al Servicio de Urgencias».

En este último sentido, destaca el informe del Neumólogo, emitido el 11 de julio de 2022:

«10.- Se da la circunstancia de que uno de los hijos de (...) también ingresó en la "planta COVID", y nos consta que su médico responsable (Dr. (...)), que informaba diariamente a otra de sus hermanas, le preguntaba por la situación de (...) y hacía hincapié en que si el paciente se encontraba mal y no podía tomarse el tratamiento, debía acudir a urgencias. En las llamadas durante días sucesivos, el Dr. (…) insiste en que debe volver a urgencias para valoración ya que le comentaban el deterioro de (...), circunstancia que se demora a pesar de la insistencia del Dr. (…).

11.- Finalmente el paciente es traído a urgencias la noche del 10/5/2021, (...) ».

Durante el seguimiento telefónico, por otra parte, habiéndose cumplido la *lex artis*, no obstante, no puede descartarse que el paciente no siguiera el tratamiento pautado adecuadamente.

A este respecto, ha de recordarse que consta entre los antecedentes del paciente que tiene escasa adherencia a la medicación pautada, de tal modo que se indica expresamente en el informe del Neumólogo, incluso durante su propia estancia hospitalaria:

«El día 5/5/21, a las 48 horas de ingreso, el paciente ya no precisa oxigenoterapia. Sin embargo, presenta clínica compatible con síndrome confusional hipoactivo, mostrándose hostil (no agresivo) y negándose a recibir tratamiento. Incluso se llega a contactar con la familia para intentar conseguir, con su ayuda, una mayor colaboración por parte del paciente».

3) Finalmente, el paciente reingresa el 10 de mayo de 2021, tras haber acudido al Servicio de Urgencias del HUGCDN a las 22:51 horas por empeoramiento del estado general.

En este momento presenta un síndrome hiperglucémico hiperosmolar que es, según se explica por el SIP, una complicación metabólica aguda caracterizada por niveles extremadamente altos de glucosa en sangre y osmolaridad plasmática elevada. Esta condición es común en pacientes diabéticos, especialmente en aquellos con mal control de su diabetes, como es el caso de este paciente, y puede ser precipitada por infecciones graves.

Al respecto, informa el SIP:

«7.- Como resaltado en la Historia Clínica del paciente se trata de un paciente de 81 años con comorbilidades importantes y con datos previos al ingreso de mala adherencia a las medicaciones (datos de mal control metabólico y de la enfermedad diabética).

Cuando regresa al domicilio se mantiene estable durante 24 horas, deteriorándose sucesivamente, sin poder excluir un incumplimiento terapéutico en el domicilio».

Así, respecto de la hipoglucemia, señala el SIP:

«La causa fundamental del fallecimiento del paciente no fue la situación hiperglucémica, la cual había sido corregida al ingreso. Del mismo modo, esta hiperglucemia podría haber estado determinada no solo por el tratamiento esteroideo, sino también por la propia sobreinfección y sin poder descartar la probable omisión del tratamiento domiciliario».

Ha de recordarse, tal y como se señala en los antecedentes del paciente descritos en el informe del SIP, y también señalados, v.g. en el informe de alta de 11 de mayo de 2021, emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del HUGCDN:

«Antecedentes médicos: hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2 (ADO, mal cumplimiento terapéutico, ver notas de CAR.), Mal control metabólico, única A1c 12.2%). Dislipemia. Enfermedad renal crónica estadio IIIA (creat habitual 1.3). Estudio de disnea con diagnóstico de disfunción VI severa con MCP dilatada y movimiento anómalo del TIV (se propuso para dispositivo, pero se decidió optimizar tto. Médico que el paciente desestimó)».

Y añade el SIP:

«4.- Es conocido que los glucocorticoides pueden elevar los niveles de glucosa en sangre, y el riesgo era conocido. Se añade que pese la administración de dexametasona, las cifras de glucemia del paciente durante su primer ingreso se encontraron aceptablemente controladas, en línea con los valores habituales del paciente, previos al ingreso».

Una vez ingresado en el HUGCDN, el paciente es tratado adecuadamente conforme a la clínica que presentaba, así consta que, dada la situación de hiperglucemia asociada a signos de fracaso renal agudo sobre insuficiencia renal crónica, con síntomas y signos de deshidratación e hipovolemia, y SIN signos de infección asociados, se inicia tratamiento con insulina, suero y bicarbonato y se ingresa a cargo de la planta Covid el 11 de mayo.

Entre los diagnósticos de ingreso: *«Síndrome hiperglucémico hiperosmolar en probable relación con esteroides y omisión de tratamiento, encefalopatía secundaria y multifactorial. neumonía bilateral por SARS CoV2, fracaso renal agudo pre-renal (es decir, debido a deshidratación)».*

Así, se instaura tratamiento médico con buena respuesta de las cifras glucémicas (a su llegada a la planta Covid glucemia de 390 mg/dL), sin embargo, el estado general del paciente empeora.

Con respecto a la sobreinfección, informa el SIP que en el momento del alta el día 6 de mayo de 2021 no existían datos clínicos que hicieran pensar en su desarrollo, y tanto el paciente como su hijo habían solicitado el alta. En todo caso, en la historia clínica consta su adecuado tratamiento, a pesar de lo que «*Por empeoramiento de la sintomatología neurológica y del cuadro respiratorio, con inestabilidad hemodinámica, se traslada al Servicio de Medicina Intensiva el mismo día, 11 de mayo, donde, en acuerdo con los familiares, se plantean como techo terapéutico ventilación medica no invasiva y, dados los antecedentes del paciente, no siendo candidato a intubación orotraqueal».* Y concluye el SIP:

«A pesar de la corrección del estado hiperosmolar con administración de insulinoterapia e hidratación, inicio de tratamiento antibiótico por sospecha de sobreinfección y oxigenoterapia de alto flujo, el paciente fallece el 14 de mayo de 2021 por fracaso multiorgánico».

De todo lo expuesto, cabe concluir que el seguimiento del paciente fue adecuado a la *lex artis* a lo largo de todo su proceso asistencial, poniendo a su disposición todos los medios terapéuticos y asistenciales indicados en cada momento, siendo su fallecimiento consecuencia de la infección por coronavirus en cuya evolución

coadyuvaron al fatal desenlace las numerosas comorbilidades del propio paciente, a pesar de haberse desarrollado la asistencia médica conforme a la *lex artis* en todo momento.

4. Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba, reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio, señala:

«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 no 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)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante 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)».

5. Finalmente, también 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)».

Sin embargo, en el presente caso, a la vista de lo expuesto, los reclamantes no han aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar la existencia de responsabilidad de la Administración en la asistencia por la que reclama, mas, la Administración sí ha probado la conformidad de su actuación a la *lex artis ad hoc,* por lo que procede desestimar la reclamación de los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación de los interesados.