



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 466/2017

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2017.

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 por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 439/2017 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno De Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los interesados en este procedimiento solicitan una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

II

1. (...) y (...) formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, (...).

Exponen en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

- (...) sufrió con fecha de 10 de diciembre de 2014 una caída en la vía pública, produciéndose un traumatismo craneal.

Tras recibir la oportuna llamada, el Servicio de Urgencias Canario (SUC) procedió a la activación inmediata de una ambulancia de soporte vital básico. Una vez que el recurso se encontraba en el lugar del incidente, el personal del mismo informó al médico coordinador del estado del paciente (se encontraba consciente y presentaba un traumatismo craneal), por lo que se procedió a su traslado urgente al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

- La exploración realizada por el Servicio de Urgencias del Hospital fue superficial y descuidada, no realizándosele las medidas adecuadas tendentes a detectar la verdadera naturaleza de las lesiones, tratadas las mismas e impedir futuras complicaciones y presumibles riesgos para el paciente. Éste quedó sometido de esta forma a un riesgo que podría haberse evitado, con la aparición de la evolución de sus graves lesiones cerebrales. Asimismo, alegan que el informe emitido por el Servicio de Urgencias resulta sumamente escueto y ni siquiera hace mención al traumatismo craneal padecido, ni describe cualesquiera otras lesiones externas, si precisó sutura, el tiempo de observación, etc. En este sentido, el informe médico pericial que se aporta con la reclamación indica que una simple radiografía de cráneo hubiese mostrado la fractura de los huesos frontal y parietal y con mucha mayor precisión el TAC hubiese confirmado estos hallazgos junto a la hemorragia subaracnoidea e intraparenquimatosa.

- El 14 de diciembre de 2014, se produce un empeoramiento del estado de salud de (...), siendo trasladado nuevamente al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Tras este nuevo ingreso, a (...) no se le daría el alta hasta el 28 de abril de

2015, en estado de coma vegetativo persistente, recogándose expresamente en el informe de alta que el paciente sufrió el 10 de diciembre de 2014 una caída, golpeándose la región occipital.

Las reclamantes alegan que la deficiente asistencia por parte del facultativo actuante del Hospital Insular, con el consecuente retraso en la realización del diagnóstico, favoreció la aparición y posterior evolución de diferentes lesiones meníngeas y cerebrales que, finalmente, condujeron al fallecimiento de (...), el 18 de mayo de 2015, tras 160 días de evolución de sus lesiones.

Cifran la indemnización que solicitan en la cantidad 127.152,33 euros.

2. En el presente procedimiento las reclamantes ostentan la condición de interesadas en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su esposo y padre, respectivamente. En este procedimiento con posterioridad a su inicio se persona asimismo como interesado (...), también hijo del fallecido.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación ha sido presentada el 24 de febrero de 2016 en relación con el fallecimiento del familiar de los interesados, que acaeció el 18 de mayo de 2015, por lo que no resulta extemporánea, al haber sido presentada antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido

el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 20 de abril de 2016 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar a los interesados que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 8 de agosto de 2017 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC), así como en el correspondiente Centro de Atención Primaria. Se adjuntan asimismo los informes de los Servicios de Urgencias y Neurocirugía del citado Centro hospitalario, que atendieron al paciente.

Con fecha 14 de septiembre de 2017 se procede a la apertura del periodo probatorio, en el que se acuerda incorporar como prueba documental el citado informe del SIP y los informes y documentación que lo acompañan y se admite la prueba documental propuesta por los interesados y que anexaron a su reclamación. Al propio tiempo, toda vez que se trata de prueba ya incorporada al expediente, se procede a ordenar que se pase al siguiente trámite del procedimiento.

En esta misma fecha se concede trámite de audiencia a los interesados (art. 11 RPAPRP), sin que presenten alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes, tal como han sido condensados por el SIP en su informe, con fundamento en la historia clínica del paciente:

- El paciente contaba con antecedentes de enolismo crónico, cirrosis hepática alcohólica, ataxia cerebelosa que le provocaba marcha inestable con aumento de la base de sustentación (consta en historia clínica desde 1997 y, en 2010, fecha en la que consta que camina con bastón).

- A las 12:52 horas del día 10 de diciembre de 2014, el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (CECOES) 1-1-2, recibe la llamada de un alertante, que solicitaba asistencia sanitaria urgente para un ciudadano, que había sufrido una caída en la calle (...), en Las Palmas de Gran Canaria, inmediatamente se trasladó la llamada al SUC, responsable del dispositivo sanitario, que ante la alerta procedió a la activación inmediata de una ambulancia de soporte vital básico. Una vez en el lugar del incidente, el personal de la ambulancia informó al médico coordinador del estado del paciente, que se encontraba consciente y presentaba un traumatismo craneal, por lo que se procedió a su traslado urgente al HUIGC.

- En el Servicio de Urgencias se realiza, debido a los posibles traumatismos que ha podido sufrir en la caída, la valoración del paciente. Presenta fetor (*sic*) etílico, deficiente higiene personal, unas constantes vitales normales, responde con coherencia a las preguntas, aunque se muestra bradisíquico (lentitud del pensamiento) y no se mantiene en pie a causa de la embriaguez.

Se realiza determinación de etanol en sangre, siendo el resultado positivo (453,0 mg/dl), que confirma el diagnóstico de intoxicación etílica, por lo que se le trata con hidratación endovenosa con suero glucosado y se le mantiene en observación. El paciente permanece consciente, sin clínica neurológica, sin complicaciones y en ese estado tras superar la intoxicación etílica, se decide su alta para continuar tratamiento en su domicilio con Distraneurine (tranquilizante utilizado sobre todo para el período de abstinencia alcohólica).

- Tras el alta transcurren tres días en los que el paciente no vuelve a consultar a Urgencias, ni a un médico de Atención Primaria, por la aparición de nuevos síntomas, ni empeoramiento de su estado.

- El día 14 de diciembre de 2014, a las 8:52 horas, es trasladado por una ambulancia de soporte vital básico a Urgencias del HUIGC por comportamiento no habitual y decaimiento general. Ya en Urgencias la familia refiere que es un paciente con hábito enólico, con situación basal sin déficit cognitivo (funcionamiento intelectual normal) que deambula con bastón y hace vida normal, que el 10 de diciembre de 2014 sufrió una caída golpeándose en región occipital, que fue valorado en urgencias y que fue dado de alta consciente pero que desde ayer ha empezado a encontrarse adormilado y desorientado, a lo que se ha añadido dificultad para caminar e incontinencia urinaria.

En la valoración realizada en Urgencias se evidencia que el paciente se encuentra consciente y orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, alerta, reactivo, obedece órdenes sencillas, aunque se muestra poco colaborador, bradisíquico, con lenguaje muy pobre. Fuerza muscular en miembros superiores MMSS: 4/5, y en miembros inferiores MMSII: 3/5. Reflejos osteotendinosos ROT normales universalmente. Reflejo pupilar normal. Marcha no explorada. Escala de Coma de Glasgow (GCS): 13 Apertura ocular: 4 (espontánea). Respuesta verbal: 3 (lenguaje inapropiado). Respuesta motora: 6 (obedece órdenes correctamente). Por todo ello, se valora que presenta una afectación moderada del estado de conciencia o del daño cerebral.

- A la vista de esta clínica se decide realizar estudio radiológico: Tomografía Axial Computarizada (TAC), con resultado de: Múltiples hematomas intraparenquimatosos de localización frontal y en región temporal izquierda y derecha. Hemorragia subaracnoidea de predominio bifrontal y en convexidad así como mínima cuantía de sangrado intraventricular en asa occipital. Fractura de huesos frontal (hueso de la parte anterior del cráneo) y parietal derecho (hueso superior y lateral derecha del cráneo).

Ante los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas, con juicio clínico de traumatismo craneoencefálico moderado-severo, sin criterio quirúrgico, se decide su ingreso en Unidad de Medicina Intensiva (UMI) para su observación neurológica con evaluación de GCS cada 2 horas, monitorización y tratamiento.

- El día 16 de diciembre de 2014 el paciente sufre un deterioro del nivel de conciencia (GCS: 7 puntos), y se le realiza un TAC de evolutivo ingente que muestra empeoramiento radiológico con mayor efecto de masa y aumento del diámetro ventricular: Hidrocefalia (aumento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo dentro del cráneo). Tiene plaquetopenia y alteraciones de la coagulación. En ese momento,

tras determinar mal pronóstico para cirugía directa de las lesiones, se decide sedación y drenaje ventricular externo para monitorizar y controlar la presión intracraneal (PIC) por la técnica trépano frontal derecho (se realiza pequeño orificio en la parte frontal del cráneo, se coloca drenaje ventricular, se exterioriza y se conecta a un colector cerrado). Al concluir el procedimiento que duró 15 minutos, se observa midriasis (dilatación pupilar) bilateral e inestabilidad hemodinámica (desequilibrio en la dinámica sanguínea) que son indicadores de mal pronóstico, en una situación de opciones terapéuticas limitadas. Se le indica TAC urgente.

- Al día siguiente, con el drenaje del líquido cefalorraquídeo recupera la reactividad pupilar y en el TAC realizado se observa que el catéter ventricular está bien colocado, pero continúa con PIC alta, las lesiones están sin cambios. Su pronóstico es malo y existen pocas probabilidades de mejorar su evolución con cirugía agresiva directa sobre las lesiones. Se decide seguir con tratamiento lo más conservador posible. Se mantiene sedación hasta mejoría de control radiológico y normalización de PIC. Durante su estancia en UMI presenta neumonía bacteriana asociada a ventilación mecánica por lo que fue necesario realizar traqueotomía percutánea y síndrome pierde sal (hiponatremia) que hubo que tratar con aporte de sal extra y medicación (Fludrocortisona).

- Luego controles radiológicos evolutivos con mejoría radiológica y normalización de PIC, tras retirar la sedación se objetiva estabilización del GCS hasta un máximo de 9 puntos, con apertura espontánea de los ojos y movilización en flexión al dolor. Es entonces cuando se traslada el paciente a planta de Neurocirugía. Posteriormente se consigue cerrar traqueotomía y comenzar alimentación vía oral.

- Los días 11 y 20 de marzo de 2015, por técnica habitual, utilizando trépano previo en región frontal derecha, se coloca válvula ventrículo-peritoneal de presión media, comprobando antes su funcionamiento (esta válvula se deja colocada para que se drene el exceso de líquido cefalorraquídeo en el cerebro y la presión intracraneal se mantenga controlada). Tras introducir el sistema valvular no se notan cambios en el estado del paciente, presenta espasticidad de predominio en hemicuerpo derecho, con apertura espontánea de los ojos, retirada al dolor sin lenguaje alguno y sin conexión con el medio.

- Fue dado de alta hospitalaria el 28 de abril de 2015, en estado vegetativo persistente para continuar cuidados en su domicilio.

- El 16 de mayo de 2015 es trasladado por una ambulancia de soporte vital básico a Urgencias del HUIGC por agitación y negativa a la ingesta. El paciente queda hospitalizado debido a su mal estado general que se ha agravado por deshidratación e hiponatremia (sodio elevado) severa, complicaciones que no consigue superar y fallece dos días después (18 de mayo).

2. Los reclamantes en este procedimiento sostienen que la atención sanitaria que recibió el paciente en el Servicio de Urgencias del HUIGC debido al traumatismo craneal sufrido fue deficiente, lo que produjo un retraso en el diagnóstico y tratamiento que motivó la aparición y agravamiento de las lesiones cerebrales y meníngeas que ocasionaron su fallecimiento.

La Propuesta de Resolución sin embargo desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Entiende la Propuesta que se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios de acuerdo con la sintomatología que presentaba en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, sin que pueda apreciarse la demora en el diagnóstico y tratamiento que alegan los reclamantes.

3. Pues bien, en el presente expediente se encuentra acreditado que la caída que sufrió el paciente le produjo un traumatismo craneal.

Se encuentra también acreditado, a través de la historia clínica del paciente, el estado en que se encontraba en el momento en que fue atendido en el Servicio de Urgencias. Así, consta a través del informe del SUC que a su llegada se encontraba consciente y presentaba el citado traumatismo. En el Servicio se explora y valora al paciente y se anota, como ya hemos señalado, que presenta feto etílico, deficiente higiene personal, unas constantes vitales normales, responde con coherencia a las preguntas, aunque se muestra bradisíquico (lentitud del pensamiento) y no se mantiene en pie a causa de la embriaguez. Presenta un alto nivel de etanol en sangre (453 mg/dl), por lo que es diagnosticado de intoxicación etílica y se le trata con hidratación endovenosa con suero glucosolado y se la mantiene en observación, permaneciendo consciente y sin clínica neurológica. Una vez superada la intoxicación etílica, se le da el alta consciente.

La asistencia realizada permite considerar que el paciente sí fue valorado en el momento de su ingreso en urgencias el 10 de diciembre de 2014 y durante el tiempo que permaneció en el Servicio, sin que presentara síntomas sugerentes de la patología detectada cuatro días después, dado que no perdió la consciencia y se

encontraba orientado, mostrando únicamente síntomas de la intoxicación etílica que sufría. De hecho, los síntomas sugerentes de la complicación sufrida no se manifestaron hasta tres días después (13 de diciembre), según manifestaron los familiares del reclamante al día siguiente (14 de diciembre), cuando el paciente fue trasladado nuevamente al Servicio de Urgencias del HUIGC. En este momento, en la valoración efectuada en este Servicio se evidencia que se encuentra consciente y orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, alerta, reactivo, obedece órdenes sencillas, aunque se muestra poco colaborador, bradisíquico, con lenguaje muy pobre. Fuerza muscular en miembros superiores MMSS: 4/5, y en miembros inferiores MMSII: 3/5. Reflejos osteotendinosos ROT normales universalmente. Reflejo pupilar normal. Escala de Coma de Glasgow (GCS): 13, que supone una afectación moderada del estado de conciencia.

Pone de manifiesto el Servicio de Inspección que la Escala de Glasgow es una escala de valoración que se suele usar en soporte vital básico y que siguiendo un procedimiento trata de medir de forma práctica el nivel de conciencia de una persona.

Los objetivos de la escala en términos clinimétricos son los siguientes: Discriminación: se refiere a la evaluación de la profundidad de la alteración de la conciencia y coma en pacientes con trastornos cerebrales agudos e implica distinguir gravedad del daño cerebral en leve/moderado/grave. Evaluación: se refiere a la medición del cambio en el nivel de conciencia de los pacientes con daño cerebral mientras están bajo observación. Predicción: se refiere a la predicción de la evolución de estos pacientes en función de su nivel de conciencia en el momento de evaluación o dicho de una manera más sencilla: esta escala de conciencia examina la capacidad neurológica del momento (Valora la integridad de las funciones del cerebro), y su perfil evolutivo. Estos criterios pueden definir que en la puntuación menor de 8 puntos puede haber una afectación cerebral grave, entre 9-13 puntos una afectación moderada y entre 14-15 puntos: leve.

Por ello, en esta segunda asistencia y ante la sintomatología presentada se decide realizar un TAC con resultado de «múltiples hematomas intraparenquimatosos de localización frontal y en región temporal izquierda y derecha. Hemorragia subaracnoidea de predominio bifrontal y en convexidad así como mínima cuantía de sangrado intraventricular en asa occipital. Fractura de huesos frontal (hueso de la

parte anterior del cráneo) y parietal derecho (hueso superior y lateral derecha del cráneo)».

Ante estos resultados de las pruebas diagnósticas realizadas, con juicio clínico de traumatismo craneoencefálico moderado-severo, sin criterio quirúrgico, se decide su ingreso en Unidad de Medicina Intensiva (UMI) para su observación neurológica con evaluación de GCS cada 2 horas, monitorización y tratamiento, presentando el paciente el curso evolutivo que ya se ha relatado en los antecedentes hasta su fallecimiento el 18 de mayo de 2015.

Por tanto, según resulta de la historia clínica y confirman los informes obrantes en el expediente, al paciente en su primera valoración en Urgencias el día 10 de diciembre de 2014, «se le realizó una evaluación rápida, que no superficial, de las lesiones que podían suponer un peligro para su vida. El paciente no había sufrido síncope, ni convulsiones, estaba consciente, sus vías aéreas eran permeables (respiraba con normalidad), no habían alteraciones circulatorias y sus signos vitales eran normales, no signos de shock, no hemorragias» (informe del SIP). Asimismo, expone también el SIP que «la exploración neurológica, P. más importante y de mayor valor pronóstico, realizada durante el ingreso en Urgencias reveló en todo momento un GCS de 15 puntos, el paciente estaba consciente, respondiendo con coherencia a la entrevista, y sin signos de complicaciones (otorragia, licuorrea, alteraciones de las papilas). Las alteraciones encontradas: bradisiquia, alteraciones de la marcha, guardaban relación con su intoxicación etílica por la que fue observado y tratado con hidratación endovenosa, dándose el alta estando consciente y en situación normal». Por último, indica el SIP que el tratamiento en el caso de traumatismo craneoencefálico con GCS mayor de 8, es expectante, no actuándose en los mismos, por lo que en el caso de este paciente el estar ingresado no implicó cambios en el mismo.

Estas conclusiones del SIP se corroboran por los informes de los Servicios que atendieron al paciente. El Servicio de Urgencias confirma que al paciente se le realizó una exploración de las lesiones, respondía al interrogatorio, presentaba constantes normales y se encontraba bradipsíquico, si bien esta situación se justificaba por su estado de embriaguez, ya que no se detalla ninguna alteración que no fuera ya conocida (alteración de la marcha). Indica además que, se cumplió en el Servicio el periodo de observación, ya que permaneció el tiempo suficiente como para ser dado de alta en una situación normal y pone de relieve que si bien las tasas de alcoholemia pueden dificultar una correcta exploración física, mantener al

paciente en observación hasta que cedan los efectos de la intoxicación y poder valorar si puede ser dado de alta es una actitud que no puede ser considerada una mala praxis. El Servicio de Neurocirugía avala igualmente la atención sanitaria practicada, dado el nivel de consciencia del paciente, indicando que el tratamiento del traumatismo craneoencefálico (TCE) en pacientes con GCS mayor de 8 es observación, no actuándose en los mismos ni requiriendo ingreso en UMI.

Por otra parte, en cuanto a la necesidad de practicar un TAC, estos informes son también coincidentes en la conclusión de que, ante los síntomas presentados por el paciente, no se encontraba indicada esta prueba diagnóstica.

En este sentido, informa el Servicio de Urgencias que no siempre las lesiones cerebrales por traumatismo se evidencian en las primeras horas, motivo por el que los pacientes con TCE se mantienen en observación y si clínicamente están bien se remiten a su domicilio con unas normas de observación. También el Servicio de Neurocirugía pone de manifiesto que ninguna prueba hubiera evitado la aparición de las lesiones que presentó posteriormente el paciente, ya que la realización de una prueba de imagen no mejora el pronóstico del TCE, por lo que el pronóstico del paciente no se modifica por la realización de pruebas de imagen. También el SIP concluye sobre este extremo que la realización de una TAC no garantiza que se visualizaran las lesiones hemorrágicas, ni tampoco prueba alguna hubiera evitado la aparición de las lesiones que presentó posteriormente, ni mejorado su pronóstico.

Por último, son también coincidentes los informes del Servicio de Neurocirugía y del SIP en la conclusión de que las lesiones presentes en el paciente cuatro días después de presentar el TCE no están causadas por el alta precoz ni por una deficiente actuación médica, sino que estas lesiones, aparecidas de forma tardía, están en relación con su etilismo crónico y el déficit que éste ocasiona a nivel de coagulación en pacientes que presentan este problema.

En definitiva, procede considerar que en el presente caso el paciente recibió atención adecuada a la sintomatología que presentaba en el momento en que acudió por primera vez al Servicio de Urgencias, por lo que se ajustó a la *lex artis*, como parámetro que permite determinar la corrección de la asistencia sanitaria. En este sentido, debe considerarse que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de

perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Sólo en el caso de que el daño se haya producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Aplicada esta doctrina al presente caso y dado que, como ya se ha analizado, la actuación del Servicio de Urgencias fue acorde a los síntomas presentados por el paciente en aquel momento, no se advierte que se hubiera incurrido en una mala praxis. Se ha acreditado además que el TAC no constituía, ante tales síntomas, una prueba pertinente y que el hecho de que ésta se hubiera realizado no hubiese variado el pronóstico de las lesiones cerebrales que aparecieron de forma tardía. Deriva de todo ello que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Por lo demás, los reclamantes no efectúan alegación ni reclamación alguna en relación con la asistencia sanitaria prestada al paciente a partir del momento en que acudió por segunda vez al Servicio de Urgencias del HUIGC y fue ingresado seguidamente en el Servicio de Neurocirugía, entendiéndose pues correcta la actuación médica en cuanto a diagnóstico y tratamientos aplicados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.