



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 131/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de abril de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 82/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 28 de octubre de 2016 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en un centro del SCS.

2. Reclama una indemnización que cuantifica provisionalmente en 100.000 euros, cantidad que determina que la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo resultan de 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. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), norma que, en virtud de su disposición transitoria tercera, es la normativa aplicable porque el presente procedimiento se inició con posterioridad a la entrada en vigor de la misma. También le es de aplicación los arts. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

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

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General 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.

5. Conforme al art. 91.3 LPACAP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de 6 meses, ya expirado; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud del art. 21.1 del mismo cuerpo legal.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación en los siguientes hechos:

El 2 de diciembre de 2015 acudió al Centro de Salud de Guanarteme (Servicio de Urgencias) por parálisis en la parte derecha del cuerpo y pérdida del habla, siendo diagnosticada de ataque de ansiedad y dándosele el alta.

Su madre, al verla así, la llevó a su médico de cabecera (Centro de Salud Miller Bajo) donde la doctora le dijo que fueran directamente al Hospital Insular, siendo diagnosticada tras la realización de una serie de pruebas (TAC, analítica e incluso resonancia de urgencia) de ictus, estando ingresada en el citado hospital una semana.

Si bien a día de hoy ha recuperado la movilidad tanto de la pierna como del brazo y el habla, está con depresión y sin poder dormir.

Denuncia el mal trato que se le dio en el Centro de Salud de Guanarteme, dándosele el alta en ese estado.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

- La paciente de 19 años contaba con antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, diagnosticado en la infancia, con tratamiento con Concerta desde los 8 hasta los 14-15 años e historia de ansiedad. En tratamiento con anticonceptivo hormonal oral y fármacos antimigrañosos.

- En fecha 02/12/2015 fue atendida en Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme a las 11:30 horas. En el informe de urgencias e informe clínico consta que el motivo de la consulta fue no poder mover la parte derecha del cuerpo, pero la paciente llegó a consulta caminando sin dificultad.

En la exploración física consta tensión arterial 120/60 (normal), frecuencia cardíaca 109 latidos por minuto (algo elevada), y una exploración neurológica normal. Se realizaron pruebas complementarias que determinaron una saturación de oxígeno 96% (normal), glucemia aleatoria 93 mg/dl (normal). A la vista de los datos objetivos y la presencia de clínica de ansiedad en la exploración neurológica normal, sin observación de ningún déficit, ni alteración evidente, se llega al juicio diagnóstico de estado de ansiedad, para lo cual se indicó Alprazolam sublingual, se le pasa a la sala de observación, donde permanece acompañada por su novio. Pasado ese período de observación se revisa nuevamente a la paciente, que manifiesta encontrarse mejor por lo que sobre las 12:50 se le da el alta en presencia de su acompañante, explicándole las normas de evolución y con la recomendación de que si no mejoraba o empeoraba, acudiera nuevamente al Servicio. La paciente abandona la consulta caminando, sin alteraciones evidentes.

- Poco tiempo después acude a su Centro de Salud habitual a consultar a su médico de familia que conociendo que la cefalea migrañosa que padece ha empeorado en la última semana y ante la presencia de las parestesias (hormigueos/adormecimiento) ahora manifestados en hemicuerpo derecho, con examen neurológico con prueba de Romberg en apariencia positivo, indica acudir a Hospital de referencia, HUIGC.

- Llega a Urgencias del HUIGC pocos minutos después, a las 14:03 horas del mismo día 2/12/2015, presentando debilidad de extremidades derechas y dificultad para la articulación del lenguaje. En la anamnesis se recoge que presenta cefaleas habitualmente desde hace varios años, que han empeorado desde julio, apareciendo

prácticamente a diario, de inicio sobretodo en horas del mediodía, de características hemicraneal de predominio izquierdo y occipital, pulsátil y opresivo, con foto/fono/osmofobia, sin náuseas ni vómitos asociados. Nunca ha presentado déficit neurológico asociados a la cefalea, ni síntomas de alarma. Empeora con el estrés y el mal descanso nocturno. El día 30/11/2015 acudió a Urgencias por un episodio de cefalea similar a las habituales aunque de mayor intensidad, asociada a náuseas y vómitos, con mejoría tras analgesia habitual.

- A la exploración presentaba buen estado general, eupneica, afebril, normohidratada, normocoloreada, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos, abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales presentes, no signos de irritación peritoneal, no dolor a la palpación superficial ni profunda. Puño percusión renal negativa. A la exploración neurológica estaba alerta, consciente, orientada, colaboradora, lenguaje fluente y adecuado. No afasia. Disartria leve fluctuante con sensación de lengua empastada, que mejora con el discurso prolongado.

- Bajo el juicio diagnóstico de disartria leve y hemiparesia derecha con exploración neurológica poco congruente, se solicita TAC craneal sin y con contraste y revaloración tras la realización del TAC.

- Como resultado del TAC craneal sin y con contraste, no se observan áreas de realce patológico que sugieran la presencia de enfermedad infecciosa o inflamatoria. No se identifican hemorragias intra ni extra axiales. No se objetivan signos de lesión isquémica aguda. Diferenciación sustancia gris-sustancia blanca dentro de la normalidad. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. No se identifican lesiones óseas. Impresión diagnóstica: Sin hallazgos reseñables.

- Ante la persistencia de síntomas sin lesión demostrada en TAC craneal, se realizó Resonancia Magnética Nuclear urgente, que confirmó la presencia de lesión de pequeño tamaño en secuencias T2 y difusión que afecta a la porción posterior del cuerpo estriado izquierdo (cuerpo-cola de núcleo caudado, porción posterior del núcleo putamen y vías de interconexión). No signos de trombosis venosa, no alteraciones significativas en la fosa posterior. Bajo el juicio diagnóstico de Síndrome motor puro de extremidades derechas. Posible ictus isquémico agudo en territorio de Arteria Cerebral Media (ACM) izquierda. Clínicamente LACI (ictus lacunar), se decide su hospitalización en Neurología para terapia farmacológica, rehabilitación y estudio etiológico.

- El fecha 03/12/2015 en su evolución en planta consta que se mantiene alerta y consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora, no rigidez de nuca ni signos meníngeos, facies con escasa expresividad, lenguaje fluente coherente (narra su propia historia) sin introducción de elementos afásicos. No parafasias fonémicas ni semánticas. Disartria leve moderada fluctuante muy influida por escasa movilización facial. Campimetría sin alteraciones. No alteraciones de la motilidad ocular. Dudoso borramiento del surco nasogeniano derecho que mejora a la apertura bucal. Úvula centrada. No caída del paladar blando. Reflejo nauseoso preservado. Movilización lingual y cervical adecuada. Fuerza en miembro superior derecho (exploración limitada por referir dolor): deltoides 4/5, bíceps 4/5, tríceps 4+/5, flexoentensores mano 4/5, flexoentensores dedos 3+-4/5, sin claudicación ni pronación en maniobra de Barré, siendo necesario ayudar a la elevación del miembro por referir ser incapaz de hacerlo sin ayuda, aunque luego mantiene contra gravedad sin problemas. Fuerza en miembro inferior derecho 5/5, sin claudicación en maniobra de Mingazzini. No alteración sensibilidad tacto-algésica. Dismetría por déficit de maniobra dedo-nariz derecha (no valorable). No disimetría en maniobra talón-rodilla. Marcha cautelosa, a pasos cortos, con base de sustentación normal, con leve arrastre de miembro inferior derecho fluctuante. Inseguridad durante la marcha en tándem, y en punta y talones, aunque es capaz de realizarlo. En el plan del día se solicita estudio analítico completo de ictus en paciente joven, Rx de tórax, Eco- doppler TSA y Eco cardiografía transtorácica. Se indica seguir evolución y tratamiento pautado y comienza con la rehabilitación con pauta de reeducación de la marcha en escaleras, rampas y obstáculos y fisioterapia motora.

- En fecha 04/12/2015 consta en historia clínica que se encuentra bien, bastante mejor que el día anterior. Estable hemodinámicamente, afebril, mayor colaboración en la exploración en la que se objetiva muy leve disartria, no asimetría facial, levanta miembro superior derecho contra gravedad sin limitaciones, sin pronoclaudicación en maniobra de Barré, con fuerza en deltoides 5/5, tríceps 5-/5, bíceps 4+/5, flexo extensores de muñeca 4+/5, flexo extensores de dedos 4/5. Miembro inferior derecho con fuerza 5/5 global, sin claudicación en maniobra de Mingazzini. No hipoestesia tacto algésica. No disimetría en maniobras dedo-nariz y talón- rodilla. Marcha normal, sin aumento de la base de sustentación, sin arrastre de miembro inferior derecho, siendo posible punta, talones y tándem. Plan: continuar realizando las pruebas solicitadas, seguir evolución y tratamiento pautado.

- Los días 05 y 06/12/2015 transcurrieron sin incidencias. El día 07 consta en historia clínica mejoría clínica con muy sutil disartria. Fuerza en miembro superior derecho: deltoides, 5/5, tríceps flexo extensores de muñeca y flexo extensores de dedos 4+/5. Miembro inferior derecho con fuerza 5/5 global. No alteraciones en la sensibilidad tacto-algésica. Marcha normal. Los estudios analíticos, Rx de tórax y ecocardiograma transtorácico realizados son normales. El electrocardiograma presenta un ritmo sinusal a 66 latidos por minuto (normal), sin signos de isquemia aguda. Se realiza ecografía doppler TSA-TC (troncos supraaórticos y transcraneal) con resultado de hiperflujo generalizado intracraneal, sin otros hallazgos y estudio Shunt derecha-izquierda negativo. La Resonancia Magnética Nuclear de control evolutivo muestra lesión hiperintensa en Flair y T2 en cola de putamen y caudado izquierdo, que restringe difusión y coherencia en ADC, en relación con lesiones isquémicas de cronología subaguda en evolución, en territorio de la arteria cerebral media izquierda. No se objetivan signos de sangrado.

- El día 08 se mantiene evolutivamente bien, el día 09 se encuentra estable y con mejoría clínica neurológica progresiva, presenta una disartria muy sutil y leve déficit motor en miembro superior derecho, no presenta algias ni molestias, deambula por la unidad. Se le realiza Angiografía por Tomografía computarizada (Angio TAC) de troncos supra aórticos (TSA) y cerebral. Valorada por Neurología se decide su alta hospitalaria con el diagnóstico principal de ictus isquémico arterial cerebral media izquierda, clínicamente LACI o ictus lacunar descrito como Síndrome motor puro, de etiología indeterminada, ictus Juvenil y diagnóstico secundario de migraña sin aura. Se le indica seguir tratamiento domiciliario con Adiro 100 mg y Atorvastatina 10 mg, y seguimiento por consultas externas de Neurología (se le realizarán de forma ambulatoria estudios de hipercoagulabilidad, Holter de frecuencia cardíaca), para continuar investigando la causa del ictus padecido.

- El estudio Angio TAC de TSA y cerebral con contraste es informado el 11/12/2015 sin alteraciones significativas en cayado aórtico, troncos supra aórticos (TSA) y arterias intracraneales.

- En fecha 12/01/2016 consta en historia clínica de Servicio de Rehabilitación que tiene buena evolución, que el balance muscular (fuerza) global es de 5/5, tono y sensibilidad conservados, balance articular (movilidad) es normofuncional, marcha con buen patrón, realiza transferencias, giros, sube y baja escaleras sin dificultad. Se pautan ejercicios de realización domiciliaria para continuar fortaleciendo la musculatura.

- En fecha 15/03/2016, tres meses y medio después del episodio isquémico, consta en historia clínica que está recuperada a nivel motor (no secuelas), pero que la paciente refiere ahora llanto fácil, déficit de concentración, a veces pesadillas, en tratamiento con Sertralina 50, indicado por la neuróloga el 11/03/2016, por lo que bajo el diagnóstico de Síndrome de Ansiedad solicita valoración a Unidad de Salud Mental.

- En fecha 28/03/2016 acude a consulta de Ginecología para asesorarse en anticoncepción ya que con el antecedente de haber sufrido un ictus no está recomendado el uso de anticoncepción hormonal. Finalmente opta por método barrera, y en caso de desear la colocación de un dispositivo intrauterino, solicitará cita a través de su médico de familia.

- En fecha 21/04/2016 es valorada en Unidad de Salud Mental, consta en antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tratado con Concerta hasta los 15 años, cuando le fue retirado, a pesar de seguir hiperactiva y con problemas atencionales, y de historia de ansiedad motivo por el cual había sido atendida por su médico de familia en febrero de 2014 y solicitada valoración a Unidad de Salud Mental, en donde consta que no acudió; ahora consulta porque aunque siempre ha sido muy nerviosa y propensa a ataques de ansiedad, se encuentra deprimida y ansiosa tras el ictus, que le ha sorprendido con tan solo 19 años. Bajo el diagnóstico de Trastorno de Adaptación consecutivo al ictus, con alteraciones mixtas de las emociones e Hiperactividad, se le indicó seguimiento individual con Psicología.

- En fecha 01/07/2016 acude a consultas de seguimiento de Neurología en donde consta que el estudio de hipercoagulabilidad y todos los estudios analíticos son normales, así como también lo es el Ecocardiograma Transesofágico (ETE), realizado. Con dichos resultados se emite juicio diagnóstico de ictus agudo en territorio arteria cerebral media izquierda. LACI. Infarto en núcleo lenticular de origen criptogénico. Infarto migrañoso. Se decide continuar con tratamiento a base de Adiro 100, Sertralina 100, se suspende Atorvastatina, se indica nueva cita para dentro de 6 meses.

- En fecha 20/01/2017 es revisada en consulta externa de Neurología, consta en historia clínica que está bien, no tiene secuelas físicas, los estudios realizados son normales, la exploración neurológica es normal, ya no se medica con ansiolíticos, aunque sigue refiriendo ansiedad y miedos por lo que se le indica solicitar nueva

valoración a la Unidad de Salud Mental, solicitud que queda cursada por su médico de familia el 01/02/2017.

Con base en esos hechos, el SIP concluye con que:

A. A tenor de la historia clínica no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta o inadecuada

B. El servicio público actuó en todo instante conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante solicita copia del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y la documentación clínica anexa al mismo, sin que conste que haya presentado alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado no se aprecia mala praxis en la atención dispensada a la paciente por los Servicios de Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme el 2 de diciembre de 2015, pues si bien acude, según refiere ante la facultativo que la atiende, porque no puede mover la parte derecha del cuerpo, sin ninguna otra sintomatología acompañante (no problemas de habla, no mareos, no dolor de cabeza, no parestesias), no se observa a la exploración física y neurológica, salvo frecuencia cardiaca algo elevada, ninguna anormalidad, caminando la reclamante sin dificultad no sólo al tiempo de la llegada al Servicio de Urgencias sino también cuando abandona el mismo acompañada de su pareja después de haber permanecido en observación.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, 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, según 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. Por esta razón, se exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del

servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. 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).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación del maltrato que se le dio en el Centro de Salud de Guanarteme, pero ni siquiera identifica los daños que le produjo la asistencia sanitaria en ese centro más que no haberle diagnosticado el ictus que padecía, patología que sí fue tempranamente diagnosticada poco más de dos horas más tarde en el HUIGC.

Sin la identificación de los daños producidos y de la prueba de que tales daños fueron consecuencia de la asistencia recibida es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre ambas; y sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso ni siquiera es posible identificar daños resarcibles, y no existen pruebas o informes médicos que puedan sostenerlos. Por contra, la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención clínica y los procedimientos diagnósticos fueron los correctos en este caso.

Así, la reclamante cuando acudió a Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme a las 11:30 horas, porque refería que no podía mover la parte derecha del cuerpo, se advierte que llegó a consulta caminando sin dificultad. A la vista de los datos objetivos y la presencia de claros síntomas de ansiedad en presencia de exploración neurológica normal, sin observación de ningún déficit, ni alteración evidente, se llega al juicio diagnóstico de estado de ansiedad, para lo cual se indicó Alprazolam sublingual, se le pasa a la sala de observación, donde permanece con su acompañante. Pasado ese período de observación se revisa nuevamente a la paciente, que manifiesta encontrarse mejor por lo que sobre las 12:50 se le da el

alta, explicándosele las normas de evolución y con la recomendación de que si no mejoraba o empeoraba, acudiera nuevamente al Servicio. La paciente abandona la consulta caminando, sin alteraciones evidentes.

Como poco después acude a su Centro de Salud habitual a consultar a su médico de familia, que conoce que la cefalea migrañosa que padece ha empeorado en la última semana y ante manifestación de que padece parestesias (hormigueos/adormecimiento) en hemicuerpo derecho, antes ni referido ni advertido, le realiza examen neurológico con prueba de Romberg en apariencia positivo, y le indica acudir a Hospital de referencia, HUIGC.

Al llegar a Urgencias del HUIGC, pocos minutos después, a las 14:03 horas, presentando debilidad de extremidades derechas y dificultad para la articulación del lenguaje; la exploración neurológica detecta disartria leve fluctuante con sensación de lengua empastada, que mejora con el discurso prolongado. Úvula centrada con elevación simétrica del velo del paladar. Adecuada protrusión y movilización lingual. Parresia (debilidad) de hemicuerpo derecho manifestado por claudicación sin pronación en maniobra de Barré de miembro superior derecho, de forma que mantiene el brazo en alto sin golpearse cuando se le pone sobre la cabeza. Claudicación leve sin tocar cama con miembro inferior derecho en maniobra de Mingazzini.

Inmediatamente se activó el protocolo de ictus y se realizaron todas las pruebas necesarias, incluidas las pruebas de imagen, TAC y Resonancia magnética nuclear craneal para diagnosticar la lesión de la paciente, llegando pocas horas después, al diagnóstico de Síndrome motor puro de extremidades derechas. Posible ictus isquémico agudo en territorio de Arteria Cerebral Media (ACM) izquierda. Clínicamente LACI (ictus lacunar), por lo que se decide su hospitalización en Neurología para terapia farmacológica, inicio de Rehabilitación y estudio etiológico.

Tras una semana hospitalizada, se le da el alta. En fecha 15/03/2016, tres meses y medio después del episodio isquémico, consta en historia clínica que está recuperada a nivel motor (sin secuelas).

3. En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria. Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 sostiene:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)».

Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en 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 y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la

irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

4. Que posteriormente la paciente haya referido llanto fácil, déficit de concentración, a veces pesadillas, siendo diagnosticada de Síndrome de Ansiedad y de Trastorno de Adaptación consecutivo al ictus, con alteraciones mixtas de las emociones e hiperactividad, se debe no a la asistencia recibida, sino a una respuesta sobredimensionada y desadaptativa a uno o varios factores estresantes del medio, en este caso, el haber padecido un trastorno, el ictus, que aunque se ha solucionado, sin dejar secuelas, le ha sorprendido a una edad temprana, en la que no se espera que sucedan ese tipo de eventos.

5. En definitiva, la interesada no ha precisado los daños por los que reclama (mucho menos probado), por lo que no es posible conectarlos con el servicio sanitario prestado. Por el contrario, está acreditado en el expediente que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, lo que impide, como hemos razonado, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que procede desestimar la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.