



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 281/2020

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de julio de 2020.

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. 233/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 8 de junio de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 12 de junio de 2020.

2. Ha de decirse que, si bien la interesada no cuantificó la indemnización que solicita, ni en la reclamación que presenta ni a lo largo de la tramitación del procedimiento, sin embargo, la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización, de estimarse, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.g.* Dictamen 43/2019). Esta cuantía determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea 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).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley

* Ponente: Sra. de León Marrero.

11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (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.

5. No se cumple, sin embargo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado fuera del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la reclamación se interpuso el 31 de octubre de 2016 respecto de un daño que quedó determinado, en la interpretación más favorable a la interesada, como veremos, el 23 de julio de 2015, fecha en la que aquella fue conocedora de la eventual relación entre la cesárea realizada en 2006 y sus actuales padecimientos, en la consulta de urología de 9 de junio.

Y ello, en virtud de lo dispuesto en el art. 67.1 LPACAP, que señala: «el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo», añadiendo: «En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas», lo que ocurre cuando la interesada tiene perfecto conocimiento de la trascendencia de su padecimiento, aunque éste sea permanente

en el tiempo, lo que en el presente se produce cuando aquélla es concedora del informe de Servicio de Urología de 23 de julio de 2015, fecha de referencia del inicio del cómputo del plazo de un año para reclamar.

II

La interesada expone, como fundamento de su pretensión lo siguiente:

«Primero: Que el día 13 de enero del año 2006 (...) le fue practicada una cesárea en la sección de ginecología del Hospital Universitario de Canarias. (...).

Como dato importante hay que señalar que antes de empezar la cesárea, una doctora del equipo médico comunica al resto de miembros del equipo que es la primera cesárea que hacía como profesional, y durante el transcurso de la cesárea (...) escuchaba cómo se le iba corrigiendo a esta doctora las cosas que hacía, porque según parecía no las estaba ejecutando correctamente. Aunque en el Informe de control de paritorio no consta, (...) mientras se está realizando la intervención escucha cómo el ginecólogo le da instrucciones a la persona que en ese momento cosía la herida, entendemos que era un residente, de cómo debía coser y escuchando literalmente (...) cómo le decía "cuidado con el bazo".

En ese momento, el anestesista que se encontraba al lado de (...) le dice a ésta que como no terminaran de coser ya, habría que hacerle una transfusión porque había perdido mucha sangre al tardar mucho tiempo en cerrar la cesárea.

Segundo: Pasadas varias semanas tras la cesárea, (...) seguía teniendo fuertes dolores e incomodidades, y a la vista que no remitían con el tiempo y temiendo que no tuvieran que ver con la recuperación de dicha intervención, acude al servicio de urgencias del HUC el día 5 de abril de 2006, donde (...) se le trata por un intenso dolor abdominal y le dan el alta.

La realidad es que desde el año 2006 hasta el año 2010 (...) acude en números ocasiones a los servicios de urgencias del HUC, donde es ingresada en varias ocasiones recibiendo tratamiento por dolores abdominales sin que nadie le diagnostique un padecimiento concreto y dé con el tratamiento que necesita para quitar ese dolor.

De hecho, con fecha 10 de mayo del año 2007, es ingresada en el HUC y según se establece en el Informe del Servicio de Ginecología, la paciente ingresa con sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica (...).

Durante los siguientes años (...) acude en innumerables ocasiones a los servicios de urgencias, a esta parte es imposible aportar en estos momentos (...).

Tercero: Con fecha 19 de abril de 2010 (...) acude al Servicio de Urgencias del HUC, donde tras la exploración física la emplazan con una nueva cita para realizarle una laparoscopia diagnóstica (...).

Efectivamente el día 3 de junio de ese mismo año 2010 ingresa en el HUC para realizarse la laparoscopia diagnóstica, (...), donde encuentran una herniación del epiplón, que según a explicaciones del Doctor (...), especialista que realiza la operación, era un agujero dentro de la vagina.

Durante los siguientes años acude en innumerables ocasiones a los servicios de urgencias (...) donde se le realizan diversas pruebas como ecografías, radiografías, analíticas y no se ve nada; pero la paciente sigue con el mismo dolor siempre en fosa ilíaca izquierda.

Cuarto: El día 8 de octubre de ese mismo año vuelve a ingresar en Urgencias del HUC, y es remitida desde el servicio de ginecología al servicio de cirugía general, con un diagnóstico de infarto omental, y es operada de urgencia. (...)

Quinto: Tras los últimos períodos sigue en las mismas circunstancias, no solo sin mejorar sino que va empeorando. (...)

Ante el desespero de (...), al ver que nadie da con la solución de su problema y sigue empeorando, la paciente solicita informes médicos para poder acudir a otros especialistas que le puedan valorar o dar otras opiniones, (...).

Sexto: En una de las numerosas visitas a Urgencias es remitida al Servicio de Urología del HUC, donde con fecha 23 de julio de 2015, el Doctor (...), tras su exploración, recomendó tratamiento con inyección intratrigonal de toxina botulínica tipo A y la incluye en dicha fecha en la lista de espera quirúrgica para una nueva intervención. (...)

Efectivamente, el día 16 de noviembre de 2015 (...) ingresa de nuevo para practicarle una nueva intervención, donde según el Informe clínico de alta (...) en dicha intervención se realizan los siguientes hallazgos: "gran fibrosis sobre lecho quirúrgico previo que engloba la malla y aparentemente segmento nervioso en el lado izquierdo próximo al pubis. Vejiga íntimamente adherida a cuello uterino en cara anterior de éste y a la cicatriz en su lado izquierdo".

Tras esto en dicha intervención se realizó: "retirada de malla de prolene. Disección y corte tras fulguración del nervio atrapado. Apertura de cavidad abdominal e histerectomía + doble anexectomía convencional intrasfacial. Liberación de fascia, hasta tejido sano. Revisión de hemostasia. Colocación de malla de Vicryl subfacial, fijada con puntos sueltos Vicryl 2/0 y cierre de fascia con dos suturas continuas. Cierre subcutáneo con Vicryl 3/0".

Al mes de ser operada empieza de nuevo a tener molestias al orinar y dolor; le hacen un nuevo TAC, pero no pueden ver si hay hernias ya que el cirujano encuentra innecesario poner yodo para poder hacer un claro diagnóstico.

Séptima: La realidad es que tras esta última intervención del mes de noviembre del año 2015, sigue en las mismas circunstancias, y ha sido diagnosticada por el Médico especialista en Urología del HUC el Doctor (...), con síndrome de dolor vesical, hiper actividad idiopática

del detrusor e incontinencia urinaria de urgencia; estando pendiente actualmente de que se realice una cistoscopia (...)».

Se aporta con la reclamación diversa documental médica.

Añade la interesada que actualmente a raíz de todas estas circunstancias tiene reconocida la incapacidad permanente desde el 17 de marzo de 2016, por la Dirección Provincial de la Seguridad Social, incapacidad para ejercer actividades laborales que requieran posturas fijas y mantenidas y sobreesfuerzos de prensa abdominal, lo que aporta al expediente, si bien aclara que tal resolución de incapacidad ha sido recurrida solicitando la incapacidad total por las circunstancias que presenta (...) actualmente.

Entiende la reclamante que su situación de salud es consecuencia de la cesárea que se le realizó el 13 de enero del año 2006.

Se reclama por todo ello una indemnización que no se cuantifica.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha realizado correctamente, si bien se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 7 de diciembre de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que ésta recibe notificación el 7 de diciembre de 2016, viniendo a subsanar su reclamación el 26 de diciembre de 2016.

- Por Resolución de 12 de enero de 2017, del Director del Servicio Canario de la Salud, se inadmite la reclamación de la interesada por haber prescrito su acción para reclamar, lo que se le notifica el 19 de enero de 2017. Contra ella se interpuso por la interesada recurso de reposición el 8 de febrero de 2017, que es desestimado por Resolución de 17 de febrero de 2017 notificada el 21 de febrero de 2017.

Contra tal Resolución se interpuso recurso contencioso-administrativo, culminando el procedimiento judicial en Sentencia del Tribunal Superior de Justicia,

de 29 de mayo de 2019, por la que se anula la Resolución recurrida y se reconoce a la actora su derecho a que se tramite el expediente administrativo.

- Mediante Resolución de 25 de junio de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, recibiendo ésta la notificación, el 5 de julio de 2019.

- El 27 de junio de 2019 se solicita informe al SIP en relación con la prescripción de la acción. Tal informe se emite, tras recabar la documentación oportuna, el 23 de octubre de 2019, pronunciándose además sobre el fondo del asunto, sin perjuicio de considerar prescrita la acción

- El 12 de noviembre de 2019 se insta a la reclamante a aportar cuanto considere oportuno en relación con la prescripción de la acción, aportando el 11 de diciembre de 2019 alegaciones y diversos documentos.

- Tales documentos son remitidos nuevamente al SIP para la emisión de informe complementario el 16 de diciembre de 2019, viniendo a emitirse informe que en síntesis se ratifica en el anterior, el 27 de febrero de 2020.

- El 9 de marzo de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas por la interesada y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite, lo que se notifica a aquélla el 6 de abril de 2020.

- El 9 de marzo de 2020 se acuerda la apertura de trámite de audiencia, que es notificado a la reclamante el 6 de abril de 2020, presentando la reclamante escrito el 1 de junio de 2020 en el que manifiesta no presentar alegaciones e insta la continuación del procedimiento.

- El 2 de junio de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que no es informada por el Servicio Jurídico, lo que se justifica por tratarse de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la reclamación de la interesada por haber prescrito su derecho a reclamar, sin perjuicio, además, de entrar en el fondo del asunto y desestimar también desde este punto de vista, lo que, si bien no es preciso al haber prescrito, se hace para mayor claridad y mayor abundamiento en sus conclusiones.

2. A tal efecto, ante todo es preciso, y así lo hace la Propuesta de Resolución, exponer los antecedentes obrantes en la historia clínica de la reclamante, constando los siguientes, según se extrae del informe del SIP de 23 de octubre de 2019:

«- El 13 de enero de 2006, la paciente de 41 años de edad fue sometida a Cesárea por el Servicio de Ginecología, en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), por no descenso de la presentación. Anterior Cesárea en fecha: 25 de septiembre de 2003. Apendicectomizada.

Padece de: Obesidad grado 2, fisura anal Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia, Hipertensión arterial, Trombosis idiopática, cefaleas migrañosas por anticonceptivos orales, Ictus isquémico transitorio en agosto de 2011 y junio de 2012. Preeclampsia en la primera gestación (2003) y enfermedad hipertensiva de la gestación en el segundo embarazo (2005-2006). En esta última cesárea no se evidenciaron complicaciones y las pérdidas hemáticas se cuantificaron como normales.

- Tres meses después, el 5 de abril de 2006, ingresa en el Servicio de Urgencias del HUC donde acude para ser tratada por fuerte dolor abdominal y es dada de Alta.

- Posteriormente es remitida el 31 de agosto de 2006 desde el servicio de Hematología, donde se controla por Trombocitosis y amenorrea. En este momento, durante la consulta se destaca un incremento ponderado de su peso: 18 kg. La exploración ginecológica con ecografía trasvaginal resulta rigurosamente normal. Se le realizaron pruebas complementarias y se concluyó diagnóstico de: Amenorrea funcional probablemente secundaria a obesidad.

- El día 10 de mayo de 2007, ingresa en el Servicio de Ginecología del HUC remitida por el facultativo especialista de zona, con la sospecha de: Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI), que no mejora tras 48 horas de tratamiento. Tras ECO abdominal se observa moderado engrosamiento tubárico derecho que impresiona de salpingitis, o inflamación de la trompa. Es dada de alta tras mejoría clínica. Se aconseja control por el Servicio de Digestivo dados los antecedentes de colon irritable y dolor abdominal de más de 6 años de evolución.

- El día 22 de noviembre de 2007, es remitida de nuevo por metrorragia y leucorrea, y se le solicita histeroscopia diagnóstica y biopsia, siendo el resultado de: Endometrio proliferativo hiperplásico. Se instaura tratamiento con gestógenos. Un año más tarde, dada la hipermenorrea, se decide insertar un DIU de Levonormgesta. Tras este procedimiento, consulta en varias ocasiones por dolor en hipogastrio.

- Durante los años siguientes la reclamante acude en numerosas ocasiones a los Servicios de Urgencias, donde es ingresada varias veces, recibiendo tratamiento por dolores abdominales, si bien no se aportan Informes Médicos.

- El 19-04-10, la paciente acudió al Servicio de Urgencias por dolor suprapúbico irradiado a la pierna izquierda.

- Con fecha 3 de junio de 2010, ingresa en el HUC para someterse a laparoscopia diagnóstica por algias pélvicas, por parte de Cirugía General y Digestiva. Hallan una herniación del epiplón en línea media.

- Es operada el 4 o el 6 de junio de 2010 con técnica de herniografía laparoscópica. En dicha intervención no se objetiva patología ginecológica; únicamente un pequeña herniación de epiplón a través de ojal de la fascia de pared anterior del abdomen, que se resuelve durante ese procedimiento. Útero y anejos dentro de la normalidad. El posoperatorio transcurre sin complicaciones.

- Durante el control en consulta de Ginecología del HUC, la paciente indica dolor abdominal, localizado en hemiabdomen inferior. La TAC solicitada el 2 de octubre de 2012 muestra todo dentro de la normalidad salvo posible infarto omental que se descartó por laparoscopia exploradora urgente realizada el 8 de octubre de 2012.

- El 8 de octubre de 2012 es nuevamente intervenida por Cirugía general y Digestiva del HUC por dolor abdominal de 2 meses de evolución. Se le practicó una laparoscopia exploradora urgente que reveló un pequeño defecto herniario a nivel de la fascia, por encima de la línea de incisión Pfannestiel de las cesáreas con adherencias de ciego a ovario derecho, sin signos de infarto omental epiploico. Se repara la hernia, liberando la fascia hasta llegar a zona sana, siéndole colocada la primera malla de Prolene de 15 cm por 15 cm fijada a puntos sueltos de Vicryl 0.

- La paciente permanece asintomática hasta el 4 de abril de 2014, fecha en que acude por urgencias por cuadro de dolor intenso en fosa iliaca izquierda de casi 1 mes de evolución (...).

- El 8 de mayo de 2014 se practica laparoscopia quirúrgica, visualizando anejo derecho normal con adherencias a intestino y peritoneo y folículo hemorrágico de anejo/ovario izquierdo (la lesión observada en ecografía y TAC de abdomen correspondería al quiste del anejo/ovario izquierdo). Se realizó quistectomía de ovario izquierdo y adhesiolisis (...)

- El 28 de mayo ECO de vejiga urinaria normal, realizada por el Servicio de Urología en el CAE.

- Posteriormente es valorada por primera vez en consulta de urología del Hospital Universitario de Canarias, el 16 de abril de 2015 por congestión pelviana izquierda secundaria a intervenciones de ovario izquierdo, con imperiosidad y urgencia miccional.

- El 16 de noviembre de 2014 se realiza ecografía y TC de abdomen-pelvis sin contraste iv por referir la paciente alergia al pescado, lo que disminuye la sensibilidad de la prueba para la detección de lesiones sólidas. Hígado con infiltración grasa difusa. Páncreas, vesícula biliar bazo y ambos riñones sin alteraciones significativas (...).

Llama la atención la morfología triangular de la cúpula vesical, si bien no está completamente replecionada, sin cambios respecto a estudio previo de 5 de mayo de 2014.

Esclerosis subcondral de la vertiente ilíaca de ambas.

- En enero de 2015 es valorada de nuevo en consulta de Cirugía por cuadro de dolor abdominal de varios meses de evolución, intermitente, lancinante, que aumenta con los movimientos, así como durante la menstruación y las relaciones sexuales. También refiere aumento del dolor durante la micción. Comenta que es un dolor intenso que se inicia en la zona del hipogastrio-suprapúbica y se irradia hacia FII, fosa lumbar izquierda.

Dicho dolor se acompaña de náuseas sin vómitos, no afecta al apetito, ha presentado alteración del hábito deposicional. La paciente se ha realizado una colonoscopia y una RMN sin hallazgos patológicos.

Se solicitan las siguientes pruebas: Ecografía de Abdomen urgente el 21 de marzo de 2015: No evidenciándose imágenes sugestivas de hernias. Ecografía Vesical-Postmiccional, del 30 de octubre de 2015: La exploración ecográfica abdominal superior dentro de parámetros normales

La exploración ecográfica de región pélvica o inferior muestra cambios postquirúrgicos en zona hipogástrica con malla de contorno muy plegados, llamando la atención una importante diástasis hipogástrica de los rectos anteriores en dicha zona y hernia subyacente lateralizada a la izquierda de aprox 2 cm en maniobra Valsalva (doloroso a la exploración).

La RMN del 7 de abril de 2015: Cambios postquirúrgicos en pared abdominal anterior, con presencia de fibrosis muy probablemente en relación con colocación de malla de Prolene. No evidenciamos masas ni colecciones en pared abdominal anterior. Pequeña imagen triangular de baja señal en T2 y T1, sugestivo de fibrosis en contacto con la vertiente anterior de la cúpula vesical, hemitriángulo izquierdo. Es remitida al Servicio de Urología por imperiosidad y urgencia miccional.

Es valorada por primera vez por el servicio de urología hospitalaria del HUC, antes lo fue en el CAE, el 16 de abril de 2015.

El 9 de junio acude de nuevo a consulta de Urología del HUC por dolor suprapúbico sugestivo de síndrome de dolor vesical, en RMN se aprecia imagen sugestiva de atrapamiento vesical en posible relación con cirugía anterior bien con la cesárea de 2006 o con la laparoscopia de junio de 2010, en la reparación de la hernia de epiplón o bien la reparación urgente hernia de la pared abdominal en 2012.

El 15 de junio de 2015, la Citoscopia realizada por Urología, resultó normal, presencia de abundante fibrina en hemitriángulo izquierdo. Tratamiento con antibióticos y pendiente de toxina botulínica intradetrusor para lo cual se incluye en lista de espera.

El 23 de julio de 2015, se emite informe por parte del servicio de urología del HUC, donde se refiere que el 9 de junio fue valorada por la Unidad de urodonamia de Urología, por presentar dolor suprapúbico sugestivo de síndrome de dolor vesical.

Se practica una RMN de suelo pélvico, apreciándose una imagen sugestiva de atrapamiento vesical de posible relación con cirugía anterior, bien de la intervención de la cesárea -tiene DCI (13 de noviembre de 2006), bien de la primera laparoscopia habida el 4 o el 6 de junio de 2010 con DCI por pequeña hernia de epiplón o bien de la reparación urgente de la nueva hernia de pared abdominal de la incisión de Pfannenstiel para la cesárea de fecha 8 de octubre de 2012 con DCI para cirugía de urgencias.

Se recomienda tratamiento con inyección intratrigonal de toxina botulínica tipo A procediéndose a su inclusión en la lista de espera.

El 30 de octubre de 2015, se le practicó ecografía abdominal que reveló cambios postquirúrgicos en zona hipogástrica con malla de contorno muy plegados, llamando la atención una importante diástesis hipogástrica de los músculos rectos anteriores en dicha zona y hernia subyacente lateral izquierda de 2 cm en maniobra de Valsava.

El 3 de noviembre de 2015 fue vista por el C.A.E. de La Orotava en consulta sucesiva de urología que recomienda que la paciente continúe el seguimiento por urología en el Hospital Universitario de Canarias.

El 16 de noviembre de 2015 es nuevamente intervenida por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUC, hallando gran fibrosis sobre lecho quirúrgico previo que engloba la malla y, aparentemente, un segmento nervioso en el lado izquierdo próximo al pubis, vejiga íntimamente adherida al cuello uterino en cara anterior del mismo y a la cicatriz en su lado izquierdo. No hernias.

Le fue retirada la malla de Prolene, disección y fulguración del nervio atrapado y practicada una histerectomía + doble anexectomía convencional con liberación de la fascia. Se le practica un recambio de la malla prefascial de Prolene (...).

Al recibir el Alta, el Servicio de Urología diagnostica: Síndrome de dolor vesical, Hiperactividad idiopática del músculo Detrusor e Incontinencia urinaria de urgencia. La anatomía patológica de lo hallado refiere; mucosa endometrial proliferativa, cervicitis crónica inespecífica, folículos quísticos ováricos bilaterales, cuerpo lúteo en ovario izquierdo, nervio periférico con cambios consistentes en neuroma traumático, malla abdominal con reacción granulomatosa tipo cuerpo extraño.

El dolor era probablemente secundario al atrapamiento nervioso por la fibrosis postquirúrgica.

- En enero de 2016, tras episodio de tos intensa, comienza con dolor infraumbilical, sin datos de recidiva heniaria en la exploración.

Se solicita TAC de Abdomen completo, en fecha: 16-02-2016 evidenciando hígado de baja densidad por infiltración grasa difusa. Discreta paniculitis mesentérica. Ausencia de estructuras ginecológicas. Resto de estructuras abdominopélvicas sin hallazgos significativos.

Se demuestra un aumento de densidad de los planos grasos subcutáneos profundos a nivel de pelvis sin que se demuestren claras imágenes de colecciones, no obstante la sensibilidad, la técnica está disminuida por la falta administración de contraste intravenoso. No se observan imágenes de hernias.

- Acude de nuevo a consulta de Urología del HUC, el 23 de febrero de 2016, explicando que no llegó a realizarse el tratamiento con toxina botulínica porque fue intervenida de histerectomía y ooforectomía, con retirada de la malla de la hernia de la Intervención de cesárea, y que vuelve a tener dolor en aparente relación con contracción involuntaria del detrusor.

- Se realiza estudio urodinámico el 30 de marzo de 2016, en el que se evidencia una vejiga de baja capacidad con múltiples contracciones involuntarias del detrusor.

- Se realiza nueva Cistoscopia por Urología del HUC, el 4 de mayo de 2016: Buen paso de cistoscopio. No lesiones inflamatorias ni neoforativas. Mucosa vesical de aspecto normal.

Ambos meatos normales. Tolera uno 250 cc cuando comienza con importante deseo miccional y dolor. Se indica de nuevo la inyección de toxina botulínica intradetrusor y se entrega hoja de inclusión en lista de espera quirúrgica para dicho procedimiento, con fecha 4 de mayo de 2016.

- En junio de 2016, refiere salida de heces por vagina. Se solicitan los siguientes estudios: Enema Opaco con doble contraste, del 17-08-2016. Tras administración de contraste por vía rectal no se demuestran imágenes de fistulas rectovaginal. Pendiente de cita con Ginecología.

- Acude a consulta programada de Urología el 31 de enero de 2017, refiriendo mejoría clínica del síndrome doloroso pélvico.

En RMN solicitada el 30 de marzo de 2017: En sacro, adecuada congruencia en ambas articulaciones sacroilíacas, sin signos de sacroileítis aguda. No se evidencian masas, ni colecciones sacras.

En suelo pélvico: cambios postquirúrgicos con pequeños artefactos por clics quirúrgicos en el músculo recto del abdomen, con signos inflamatorios-edematosos en el tejido celular subcutáneo adyacente. Pequeños ganglios inguinales superficiales bilaterales, de probable carácter reactivo inflamatorio-infeccioso.

Se remite a la paciente por Urología mediante interconsulta a Cirugía General (...) Refiere dolor profundo que describe "como si le retorcieran o le estuvieran desgarrando" en todo el hemiabdomen inferior, acompañado de distensión abdominal. Hábito intestinal diario, con dolor abdominal con los esfuerzos defecatorios. Sangrado ocasional de sangres rojas (hecha rectostopia).

A la exploración presenta obesidad moderada con gran faldón abdominal. No se objetivan hernias claras en pared abdominal. Presenta dolor a la palpación en hemiabdomen inferior izquierdo en torno a la cicatriz de laparotomía.

- En TAC de 5 de julio de 2017: Se realizan cortes tomográficos del abdomen y pelvis sin contraste, esteatosis hepática sin claras lesiones focales. Persiste un aumento de densidad de planos grasos subcutáneos en región infraumbilical no delimitando imágenes de colecciones ni otras alteraciones radiológicas. Resto de estructuras sin hallazgos significativos (...).

- El 1 de diciembre de 17, se le practicó un enema opaco que reveló pérdida de las suturas en colon descendente y sigma. Sin otros hallazgos.- Enema opaco con contraste baritado del 01- 12- 2017; Hallazgos: Radiografía simple sin alteraciones. Tras la administración del enema baritado, éste transcurre de recto a ciego, refluendo a íleon terminal visualizando colon descendente y sigma con pérdida de haustras (saculaciones y movimientos peristálticos) a valorar mediante estudios específicos. No se demuestran otras imágenes que sugieran patología obstructiva, inflamatoria o neoformativa. No se observan divertículos.

Colonoscopia completa en abril de 2018; exploración: se progresa hasta 5 cm de íleo terminal que presenta un aspecto normal. Se examina más del 90% de la superficie mucosa sin hallar anomalías en zona alguna. Se toman biopsias de colon para estudio de colitis microscópicas. Diagnóstico: Colonoscopia e ileoscopia normales.

- TAC (HUNSC) de abdomen y pelvis con contraste del 13 de junio de 2018: Motivo de exploración: Estudio complementario abdominal en paciente que localiza dolor en región suprapúbica. Antecedentes de histerectomía, doble anexectomía y eventroplastia. Se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste yodado endovenoso en fase portal y se compara con estudio previo de 28 de octubre de 2015.

Diástasis de rectos anteriores del abdomen, con aumento de densidad en la pared abdominal a nivel suprapúbico sugestivo de afectación inflamatoria. No se objetivan mallas quirúrgicas radiodensas. No líquido libre ni colecciones intraabdominales. Ausencia de estructuras ginecológicas. Bazo accesorio de 17 mm. Hígado esteatósico moderado a severo sin lesiones ocupantes de espacio. (...) Sin otros hallazgos significativos.

Estudio Neurofisiológico: Conducción motora del nervio femoral bilateral y sensitiva del nervio femorocutáneo bilateral dentro de límites de la normalidad.

- El Servicio de Cirugía del HUC apunta en su informe que a pesar de los distintos tratamientos médicos pautados [analgésicos, antiinflamatorios, espasmolíticos etc (...)] la paciente continua con la misma sintomatología, con dolor abdominal que le incapacita para las actividades de la vida diaria. Se propone cirugía de revisión y resección del faldón abdominal por parte del Servicio de Cirugía Plástica, que la paciente acepta. En septiembre de 2018 se incluye en lista de espera quirúrgica para abordaje y extirpación de faldón

abdominal, dado obesidad para tratamiento conjunto entre Cirugía General y Cirugía Plástica, estos consideran extirpación parcial del faldón.

- Ecografía de Vejiga Urinaria, solicitada por el Servicio de Urología, del 10 de abril de 2019: Riñón derecho 12cm, Riñón izquierdo 11,9cm. Ambos riñones bien diferenciados, sin signos de uropatía obstructiva. No cálculos ni colecciones perirrenales, Grosor de parénquima conservado. Vejiga escasamente distendida, poco valorable, si bien no se demuestran lesiones mucosas.

La paciente es vista en consulta de Urología el 17 de julio de 2019, donde se valora una Ecografía realizada el 21 de mayo del mismo año en la que se exploró selectivamente el hemiabdomen inferior, el área referida como dolorosa por la paciente, y se identificó tejido celular subcutáneo de aspecto normal. No colecciones ni signos de complicación. No hay herniación de contenido abdominal ni en reposo ni tras maniobra de Valsalva. Dado que la paciente manifiesta clínica compatible con diverticulitis perforada a vejiga, se decide ese mismo 21 de mayo la realización de cistoscopia urgente por el Servicio de Urología

Cistoscopia: Uretra de aspecto normal sin estenosis ni lesiones mucosas. Ambos OOUU (orificios uretrales) ortotópicos (normales) e inyectando orina clara. Cervicotrigitis. No se observan lesiones inflamatorias ni neoforativas en mucosa vesical y no se observan trayectos fistulosos.

Se decide solicitar una Resonancia Magnética para mejor valoración del cuadro y localización y extensión de fistulas de Suelo Pélvico que se realiza el 6 de agosto de 2019.

En techo vesical se observan dos alteraciones señal lineales milimétricas hiperintensas en secuencia sensible a líquidos que contactan con sigma adyacente pudiendo corresponder con la sospecha clínica. Correlacionar clínica y analíticamente esta posibilidad. (...).

Cambios postquirúrgicos por histerectomía y anexectomía. No se observa edema significativo en planos óseos y musculares. Por dicho motivo Urología del HUC le solicita una Cisto-uretrografía Miccional Seriada (CUMS) y desde la consulta de Cirugía General y Digestiva se le solicita Enema Opaco para valoración de posible fístula colo-vesical.

- La paciente actualmente está pendiente de realización de Cisto-Uretrografía Miccional Seriada (CUMS) por parte del Servicio de Urología del HUC. Pendiente de cita en el momento actual».

3. Pues bien, del informe del SIP, se deriva, y así lo señala la Propuesta de Resolución, que, siendo el objeto de la reclamación los problemas abdominales que lleva padeciendo la reclamante desde 2006, debido a la intervención quirúrgica de cesárea que se practicó en esa fecha, siendo éste por tanto el daño reclamado, ha de analizarse, (dado el transcurso de casi diez años entre el eventual daño,

permanente, pues según la reclamante, se produjo en la cesárea y le ha acarreado daños que continúan a día de hoy y la reclamación), la posible prescripción de la reclamación, de acuerdo con el art. 67 de la LPACAP que señala que *«Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito el derecho a reclamar. Este derecho prescribe al año desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas»*.

En tal sentido, tal como se ha indicado por este Consejo Consultivo, es constante la jurisprudencia del Tribunal Supremo (por todas STS de 8 de octubre de 2012, RJ/2012/9630) que entiende que, tratándose de un daño permanente, la materialización del daño con sus consecuencias se produce en el momento del diagnóstico, recordando en ella que *«como con reiteración ha manifestado la Sala, por todas la Sentencia de la Sección Sexta de 18 de enero de 2008 (RJ 2008,166), existen determinadas enfermedades en las que no es posible una curación propiamente dicha, pues la salud queda quebrantada de forma irreversible, supuestos en que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la “actio nata”, a la que nos hemos referido, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable»*.

A ello añade: *«En la sentencia de 10 de julio de 2012 hemos explicado el fundamento de esta doctrina: La previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse siguiendo el principio de la “actio nata”, responde a la necesidad de no dar comienzo el plazo de prescripción cuando del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuánta en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, que por ello no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, cual es el supuesto de enfermedades de evolución imprevisible o aquellos otros ocasionales casos en que la enfermedad inicialmente diagnosticada se traduce en unas secuelas de imposible predeterminación en su origen, mas no resulta de aplicación cuando el daño producido resulta previsible en su determinación, y por tanto, cuantificable, pese a que permanezca el padecimiento por no haberse recuperado íntegramente la salud o quedar quebrantada de forma irreversible, momento en que se inicia el plazo para la reclamación, como aquí sucede a partir de aquella determinación del diagnóstico de la enfermedad»*.

En el presente caso, la propia interesada reconoce en su reclamación, en reiteradas ocasiones, que comienza con dolores abdominales desde las primeras semanas post cesárea, y, aunque al principio acudió pensando que podía deberse a

motivos distintos a la intervención quirúrgica, posteriormente ella misma anuda estos dolores a la Cesárea de fecha 13 de enero de 2006.

Entre las pruebas presentadas por la interesada en el escrito de reclamación inicial, constan diferentes informes médicos y documentación clínica relacionada con los hechos en la que se observa, como ella misma relata, que se le realizaron diferentes pruebas diagnósticas durante el transcurso de los años. En fecha 3 de junio de 2010 se practica laparoscopia diagnóstica, emitiendo un juicio diagnóstico de epiplón herniado.

Por tanto, en esta fecha ya se disponía de un posible diagnóstico que la propia reclamante asociaba con la cesárea a la que se sometió, pudiendo ejercitar la acción reclamatoria a partir de este momento.

Pero incluso, siendo más favorable a la reclamante, podemos tomar como clara referencia del *dies a quo*, el informe de Urología de fecha 23 de julio de 2015, en el que consta que, con fecha 9 de junio de 2015 fue valorada en la Unidad de Urodinamia del Servicio de urología, observando «*imagen sugestiva de atrapamiento vesical en posible relación con cirugía anterior bien de la intervención de cesárea o de la reparación de hernia de pared abdominal*».

En esta fecha la reclamante era conocedora de la posible relación de su patología abdominal con la intervención quirúrgica de cesárea desde la que padecía el daño por el que reclama, siendo evidente, por tanto, que la reclamación pudo ejercitarse desde el día 23 de julio de 2015.

No obstante, no lo hizo hasta el 31 de octubre de 2016, un año, 3 meses y 8 días después de conocerse esta posible relación, por lo que, incluso con esa interpretación, la acción reclamatoria está prescrita.

Por todo lo expuesto, es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución en cuanto determina que la acción para reclamar ha prescrito.

Por su parte, ha de aclararse, si bien no se menciona en la Propuesta de Resolución, ni por la interesada, mas, se aporta Resolución de incapacidad permanente, de fecha 17 de marzo de 2016, recurrida por la interesada solicitando la incapacidad total, la ausencia de relevancia en la interrupción del cómputo del plazo de prescripción de los trámites referidos, y es que, al respecto ha señalado la jurisprudencia, por todas, la paradigmática STS de 8 de octubre de 2012 (RJ/2012/9630): «*nuestra sentencia de 29 de noviembre de 2011 (RJ 2012, 2529) señala que*

(...) en modo alguno puede atenderse a resoluciones de organismos públicos declarativos de incapacidad para reabrir plazos o hacer ineficaces los ya transcurridos (...). Es doctrina de esta Sala, que debe reiterarse hoy en aras de la necesaria homogeneidad doctrinal e igualdad en el tratamiento de los justiciables, que las resoluciones de minusvalía e incapacidad, no sirven para interrumpir ni para hacer ineficaz el plazo transcurrido correspondiente a una reclamación de responsabilidad patrimonial».

4. Finalmente, y no siendo preciso por estar prescrita la acción para reclamar, no obstante, la Propuesta de Resolución, siguiendo los informes del SIP entra en el fondo del asunto para desestimar igualmente por esta causa, concluyendo la Propuesta de Resolución lo siguiente:

«En cualquier caso, existen elementos de juicio suficientes para desestimar por el fondo del asunto, pues el SIP, en su informe de fecha 27 de febrero de 2020 (folios n.º 2057 y ss), expone que los hechos relatados y sufridos por la reclamante no se pueden concatenar. La cesárea de enero de 2006 es la segunda que sufre la señora. La primera es en 2003. Ambas transcurren sin problemas, durante las mismas e igualmente en el postoperatorio.

En agosto de 2006 tiene problemas con la menstruación. Había aumentado 18 kg de peso, y tras estudio se concluye que la amenorrea es probablemente secundaria a la obesidad. Se refiere en la historia clínica que la señora tenía problemas de colon irritable y dolor abdominal de más de 6 años de evolución, anterior por tanto a la primera cesárea del 2003. En mayo de 2007 tras un año de la segunda cesárea sufre ingreso por sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica. En noviembre de 2007 de nuevo es remitida al Servicio de Ginecología por metrorragia y leucorrea y se descubre endometrio proliferativo hiperplásico. Tras biopsia, patología vigilable por si complicaciones posteriores.

En el mismo año se diagnostica salpingitis, inflamación de la trompa, e ingresa en el Servicio de Ginecología con sospecha de Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

La señora también fue intervenida de apendicetomía y fisura anal previo a la cirugía de 2010. Igualmente padece colon irritable, y presencia de dolor abdominal desde antes de la primera cesárea del año 2003.

En el 2010 nos situamos a cuatro años de la segunda cesárea y la reclamante ha sufrido todos estos problemas.

Valoramos que, debido a todo este cúmulo de circunstancias médicas sufridas por la paciente, previas al descubrimiento de la hernia de epiplón en junio de 2010, no se puede demostrar clínicamente que la misma sea secundaria a la cesárea de 2006, no se demuestra relación directa.

Por eso, más allá de la prescripción de lo reclamado, no se demuestra lo reclamado, que la causa de los males posteriores provengan de la segunda cesárea de 2006.

Y aun si se estimara que algún problema de salud pudiera provenir de ello, ya en 2010 estaría prescrito, pues a partir de 2010 acontecería otra problemática de salud a la que no se puede identificar, con la claridad suficiente y necesaria, con hechos claros y definidos, con la cesárea de 2006.

Lo que se encuentra en junio de 2010 al intervenir a la señora tras laparoscopia es una pequeña hernia de epiplón a través de la fascia de la pared anterior del abdomen, sin patología ginecológica, y se trata por el Servicio de Cirugía.

El epiplón es un pliegue del peritoneo (tejido delgado que reviste el abdomen) que rodea el estómago y otros órganos del abdomen. Se origina en la curvatura mayor del estómago, colgando caudalmente por delante del colon transversal e intestino delgado. La hernia encontrada del epiplón que ocurre en la pared anterior al abdomen no tiene porqué ser causada por la cirugía de cesárea previa, cuatro años antes, en la cual lo que se realiza es una incisión transversal a unos 3 cm por encima del pubis y que permite realizar las intervenciones quirúrgicas pélvicas. Incisión muy baja en el abdomen. Quirúrgicamente o anatómicamente, no podemos demostrar la relación entre la cesárea de 2006 y la hernia de 2010. Asimismo, la estimación de que la herniación fuera ocasionada por la obesidad de la paciente es asumible por este Servicio de Inspección, dado el excesivo número de kg que aumenta la paciente tras la cesárea de 2016.

Por tanto y concluyendo, la reclamación se inicia porque la señora reclamante opina que el origen de sus problemas posteriores estriba en la praxis médica ejercida en la cesárea de 2006, y esto no es demostrable tras el estudio efectuado de los hechos.

Se parte de una premisa no demostrable por los datos contenidos en la historia clínica de la paciente. Es más, sí son fácilmente justificables causas intrínsecas, dependientes de la paciente como es la obesidad, como el origen de la herniación hallada en 2010, y ya a posteriori una serie de hechos clínicos que ocurren a continuación que ya no compartirían causa con los hechos del año 2006.

No se valora mala praxis, en todo momento atendieron a la paciente, con todo tipo de pruebas diagnósticas, como se demuestra en la historia clínica profusamente, con la atención continuada de los profesionales, de los distintos y variados servicios que estuvieron a su disposición y con las técnicas médicas y quirúrgicas disponibles y que se consideraron, y se sigue considerando en la actualidad apropiadas a sus problemas de salud.

Con respecto al punto de las alegaciones en las que se comenta por primera vez la existencia de clips quirúrgicos tras la cirugía en la paciente (folio n.º 2048), hay que referir:

Los clips quirúrgicos o las grapas quirúrgicas se usan a menudo durante la cirugía para ayudar a controlar la hemorragia de los vasos sanguíneos cercanos. Son un método muy eficaz para proporcionar al cirujano una visión clara durante el procedimiento. También es un

método muy rápido y eficiente que permite a los cirujanos reducir el tiempo real de la cirugía. Por lo general, se utilizan durante cirugías abdominales, extirpación de la tiroides, los ovarios u otros órganos y luego se dejan dentro del paciente.

La razón por la que se dejan adentro es para asegurarse de que el sangrado permanezca bajo control.

Estos clips o grapas quirúrgicos también se consideran "biológicamente inertes". Esto significa que están hechos de materiales que no provocan ninguna respuesta del cuerpo extraño en el cuerpo. El material más común que se utiliza en tales situaciones es el titanio. Permanecen en el cuerpo sin causar ningún problema.

El uso de tales materiales inertes es bastante común en todo el campo médico. Tomemos, por ejemplo, el uso de implantes de titanio que se utilizan en todo, desde reemplazos de rodilla hasta mallas de aumento óseo e incluso en odontología. Permanecen sin problemas.

Para más información, al respecto de los hallazgos en RMN y comentado en las alegaciones, se hace eco en el Servicio de Urología en informe fechado el 20 de marzo de 2018 donde expone lo siguiente: "en el informe de la Resonancia Magnética se objetiva que los clips quirúrgicos de la operación realizada por los cirujanos están normoposicionados". El resto aducido en las alegaciones tiene que ver con el sdr pélvico doloroso crónico, y a su vez con patología inflamatoria del tejido celular subcutáneo, e intolerancia a la malla en el momento en el cual se realiza dicha RMN».

5. En relación con esta cuestión, también se ha de tener en cuenta el informe médico forense emitido en el seno del Procedimiento Ordinario 214/2017 seguido ante el Juzgado Contencioso Administrativo Número Dos de Santa Cruz de Tenerife, obrante a los folios 2051 y siguientes del expediente, en el que se hace constar lo siguiente «(...) 1.3.- Segunda intervención quirúrgica abdominal y evolución ulterior

El 13/01/2006, con ocasión del embarazo de su segunda hija, le fue nuevamente practicada una Cesárea, origen de la mala praxis denunciada, la cual, aparentemente no guarda relación de causalidad con los dolores que comenzaron dos meses después, (folio 15), al no darse entre otros los criterios de causalidad y de continuidad sintomática, dado el momento de aparición de los síntomas. Dolencias que tampoco cumplieron el criterio de exclusión al relacionarse directamente con restos deciduales trofoblásticos.

Al año y 4 meses de la Cesárea, con fecha de 10/05/2007, fue ingresada en el HUC, ante la sospecha de presentar una enfermedad inflamatoria pélvica, cuadro que aparentemente tampoco guarda relación de causalidad con la cesárea practicada, dado que en el presente caso se trató de un cuadro agudo, que fue tratado con antibióticos siendo dada de alta a la semana, el 16/05/2007 (...).

(...) 1.4.- Tercera intervención quirúrgica abdominal

(...) Esta herniación podría relacionarse con la Cesárea practicada 4 años y 4 meses antes, si bien, dada su evolución clínica durante este tiempo y la aparición aguda de los dolores, se considera que dicha herniación sucedió al tiempo de acudir a urgencias del HUC el 19/04/2010 y su causa fue por debilidad de la pared abdominal, sobreesfuerzo, aumento de la prensa abdominal, etc. (...)».

En este informe se concluye por el médico forense que la existencia de mala praxis se atribuye a la intervención quirúrgica de fecha 16 de noviembre de 2015 al apreciar la existencia de clics quirúrgicos (cuerpos extraños retenidos) en el músculo recto del abdomen, que son determinantes de la continuidad de los dolores que padece la interesada, no obstante, esta apreciación del médico forense, de un lado, no ha sido denunciada por la interesada, ni es el objeto del presente expediente, que se centra en la supuesta mala praxis derivada de la cesárea que se le practicó en el año 2006; y de otro, ha quedado desvirtuada por las consideraciones formuladas tanto en el informe del SIP como en la Propuesta de Resolución.

6. De lo expuesto se deriva la ausencia de responsabilidad por parte de la Administración por ser su asistencia conforme a la *lex artis ad hoc*, y, por su parte, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Tampoco presentó escrito de alegaciones en contra de los documentos médicos recabados por la instrucción del procedimiento, tras haber sido notificado el preceptivo trámite de audiencia sino que manifestó no tener alegaciones que realizar y limitarse a instar la continuación del procedimiento.

En relación con la carga probatoria, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio), que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia

de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Por lo que, no habiéndose acreditado lesión alguna derivada del Servicio Canario de la Salud, ni mala praxis en su realización también debe desestimarse la reclamación desde el punto de vista del fondo del asunto.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación de la interesada por haber prescrito su derecho y, en todo caso, procedería su desestimación desde el punto de vista del fondo del asunto, al no resultar debidamente probada la relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la actuación de la Administración sanitaria.