



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de septiembre 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 (...) en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 318/2020 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 23 de julio de 2020 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 27 de julio de 2020), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 22 de enero de 2019 a instancia de la representación de (...) y (...), que a su vez actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor (...), por los daños sufridos por este como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a la cantidad de dos millones de euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); la Ley 41/2002, 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 (...) y (...), que actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor (...), al haber sufrido en su esfera moral y, el menor, también en la personal, el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, en este caso actúan mediante la representación acreditada de D.^a (...).

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

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

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

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

6. Ha de advertirse que el presente expediente trae causa del que fuera objeto del Dictamen 113/2020, de 21 de mayo de 2020, en el que este Consejo Consultivo concluía la procedencia de retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV del Dictamen, pues indicaba el mismo:

«Siendo, pues, la fecha de la determinación de las secuelas el 3 de octubre de 2017 y habiéndose presentado la reclamación el 22 de enero de 2019, parece que se ha presentado

superado el año de prescripción establecido en el art. 67 LPACAP, por lo que, en ese caso, la solicitud sería extemporánea.

Ahora bien, habida cuenta del sentido de este Dictamen, que impide que este Consejo entre a conocer el fondo del asunto, y dado que, en la Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, nada se dice respecto a la extemporaneidad de la acción ejercitada, deben retrotraerse las actuaciones a fin de que se otorgue un nuevo trámite de audiencia a la interesada para que pueda alegar lo que considere conveniente sobre esta cuestión. Evacuado dicho trámite, se elaborará una nueva Propuesta de Resolución -debidamente motivada en lo que al aspecto temporal de la acción se refiere [art. 35.1, letra h) LPACAP]-, que habrá de ser remitida a este Consejo para su dictamen preceptivo. De esta forma, se garantizará la observancia del principio de contradicción y se evitará que se produzca indefensión».

7. En el presente caso, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues, tal y como se especifica en la Propuesta de Resolución, en fecha 3 de octubre de 2017 se emitieron juicios diagnósticos de patologías que no estaban especificadas, siendo muchos de ellos meros signos clínicos que obedecían a patologías sin concretar. Estos diagnósticos no especificados, es decir, sin conocer las causas ni el alcance de los mismos, requieren la búsqueda de un diagnóstico diferencial, sin perjuicio de que posteriormente se confirme la sospecha inicial. En este supuesto, resulta imposible conocer, con 18 días de vida y un infarto cerebral no especificado, el alcance del daño, pues el niño no ha tenido tiempo de evolucionar ni mostrar en el desarrollo, las posibles secuelas que sus padecimientos le pueden ocasionar, por lo que podemos concluir que la reclamación se interpone en plazo (art. 67 LPACAP).

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

II

Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión lo siguiente:

Con fecha 19 de noviembre de 2017 (...) dio a luz a su hijo, (...), en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).

A los tres días de vida, el niño tuvo que ser ingresado por convulsiones/estatus epiléptico neonatal, hipoglucemia, lesión cerebral e hipotonía axial.

Los episodios de convulsiones no han cesado desde su nacimiento debiendo ser ingresado en numerosas ocasiones desde entonces en el HUNSC, continuando hasta la fecha bajo supervisión y tratamiento médico.

El objeto de la reclamación es una defectuosa asistencia sanitaria en el momento inmediatamente posterior al parto, y tanto durante la estancia en el hospital del menor hasta el alta, como durante las posteriores asistencias sanitarias recibidas.

Se reclama por todo ello una indemnización que se cuantifica de manera cautelar en 2.000.000 euros, cantidad que no es alterada posteriormente.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

- El 25 de enero de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éstos reciben notificación el 1 de febrero de 2019, aportando parte de lo solicitado el 14 de febrero de 2019. No obstante, al no haberse concretado debidamente en qué consistió exactamente la deficiente asistencia sanitaria, se insta a que se concrete el 19 de febrero de 2019, lo que se les notifica el 25 de febrero de 2019. Es el 8 de marzo de 2019 cuando se aporta este dato.

- Por Resolución de 12 de marzo de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, lo que se notifica a los reclamantes el 18 de marzo de 2019.

- El 13 de marzo de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar la documentación necesaria, lo emite el 17 de diciembre de 2019.

- El 8 de julio de 2019 los reclamantes solicitan que se les dé traslado de la póliza de responsabilidad civil del HUNSC, a lo que se les contesta mediante escrito de 7 de agosto de 2019 (notificado el 13 de agosto de 2019) que la aseguradora del HUNSC es el propio Servicio Canario de la Salud.

- El 27 de diciembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas por los

interesados y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite, lo que se notifica a los interesados el 7 de enero de 2020.

- El 27 de diciembre de 2019 se confiere a los interesados el preceptivo trámite de vista y audiencia, de lo que reciben notificación el 7 de enero de 2020, compareciendo representante acreditada el 13 de enero de 2020 para recabar copia del expediente, que se le entrega en el acto. Posteriormente, el 12 de febrero de 2020, se presenta escrito de alegaciones sobre el acuerdo probatorio, alegando la ausencia de informe de cirujano plástico que se cita entre lo recabado por la Administración, si bien, mediante escrito de 18 de febrero de 2020 se aclara que se citó por error, no teniendo relación alguna tal servicio con nuestro expediente.

- El 20 de febrero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, 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.

- El 21 de mayo de 2020 se emite Dictamen 113/2020, por este Consejo Consultivo, que concluye la inadecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, por haber prescrito la acción para reclamar, debiendo retrotraerse el procedimiento a fin de conceder trámite de audiencia a los reclamantes respecto de la prescripción.

- Así pues, en virtud del citado Dictamen, el 3 de junio de 2020 se da audiencia a la parte reclamante instando a la aportación, en su caso, de los medios que considere convenientes en contra de la prescripción, de lo que recibe notificación aquélla el 22 de junio de 2020.

- Por medio de escrito presentado por correo postal, los reclamantes aportan escrito de alegaciones oponiéndose a la prescripción de la acción.

- El 19 de julio de 2020 se emite nueva Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, al entender no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud; puesto que no ha quedado demostrada mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la reclamante.

2. En el expediente que se examina, constan en la historia clínica de (...) y de su hijo como antecedentes de relevancia, tal como se recoge en el informe del SIP y señala la Propuesta de Resolución:

«- (...) presentó un embarazo controlado por obesidad materna. Todas las pruebas realizadas según los protocolos resultaron dentro de la normalidad.

- Con fecha 18 de septiembre de 2017, y 41 semanas de gestación normoevolutiva, ingresa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUNSC por pródromos de parto. Al ingreso, los signos vitales maternos son normales, así como la frecuencia cardíaca fetal (FCF). El test de Bishop que valora las condiciones cervicales fue de 8, favorable, y la bolsa amniótica se describe íntegra, sin pérdida de líquido amniótico mediante maniobra de esfuerzo, ni sangrado. Durante la evolución del parto todos los datos indican bienestar fetal.

- El inicio del parto fue espontáneo, con presentación cefálica, dilatación espontánea de 6 horas de duración, amniorraxis total con líquido claro en cantidad normal. El parto fue eutócico o normal, sin riesgo de infección. Estuvo asistido por Matrona, no describiéndose ninguna incidencia, con resultado de recién nacido varón, vivo, con Apgar de 9 y 10 sin necesidad de reanimación ni aporte de oxígeno. Ph de cordón con valor normal.

Finalizado el parto se inició contacto piel con piel del recién nacido con su madre e inicio de lactancia materna.

El recién nacido presenta datos antropométricos dentro de la normalidad. Peso 3.460 gr, longitud 50,5 cm. Perímetro craneal 36 cm. Glucemia capilar 42. Cabeza y cuello normales. Reflejo bilateral presente. Extremidades superiores e inferiores, clavículas, tronco, columna y caderas normales. Genitales normoconfigurados, ano permeable. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica normales. El recién nacido normal pasó a Nido donde estuvo en observación, describiéndose en la hoja de cuidados desde su nacimiento hasta 24 horas después. Toda la exploración y resultados estuvieron dentro de la normalidad.

Tras 24 horas de observación sin incidencias y estando el neonato en buenas condiciones, se le da el alta con el diagnóstico de Recién nacido a término de peso adecuado a su edad gestacional, dándose las recomendaciones sobre cuidados, controles, tratamiento, alimentación y lactancia materna. Se especifica que, en caso de no poder dar lactancia materna, dar tomas de leche ENFAMIL 1, explicando la forma de preparación del biberón. También se explican las situaciones en las que debe acudir al pediatra con rapidez.

- El postparto y puerperio transcurren dentro de la normalidad, con alta el 19 de septiembre de 2017. Se dan las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados, higiene, alimentación, lactancia y controles a seguir.

- El día 21 de septiembre de 2017, el neonato, de tres días de vida, ingresa procedente de Urgencias, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HUNSC, al que viene derivado de Clínica Quirón. Ingresó por mal estado general, sospecha de deshidratación y

sepsis. Se detalla que ha sido traído por sus padres por problemas con la alimentación, la cual rechaza desde hace 24 horas, notándolo más decaído, con tendencia al sueño, con llanto pero al ponerlo al pecho se queda dormido, presentando escasa o nula succión. Sin fiebre ni vómitos. Diuresis de tres pañales/día y cuatro deposiciones aproximadamente. Lactancia materna exclusivamente, adecuado agarre aunque no refiere subida de leche.

A su llegada a urgencias se objetiva mal color con triángulo de evaluación pediátrica alterado a expensas de apariencia y circulación, por lo que se monitoriza y se realiza glucemia capilar, con resultado de LOW, es decir, "baja". Se administra bolo de 5 ml de suero glucosado al 10% y una carga de volumen a 20 ml/kg. Se monitorizan constantes vitales, presentando saturación de oxígeno al 96% y FC de 100-80 lpm. Se traslada a UCIP sin incidencias.

- Al ingreso la puntuación de riesgo de mortalidad pediátrica es de 7. Regular estado general, con ictericia generalizada. Hemodinámicamente estable, sin soporte. Digestivo, sin hallazgos significativos. Metabólico-renal: sin edemas, hipoglucemias de 21 al ingreso, es decir, muy bajas. Hematológico-infeccioso: afebril, ictericia, sin manchas anómalas. Neurológico: Hipoactivo, reactivo a la manipulación, fontanela normotensa, reflejos osteostendinosos presentes y simétricos, sin clonus (contracciones musculares anómalas).

En análisis, hipoglucemia, hiperosmolaridad, hipernatremia, acidosis metabólica. Cultivo de líquido cefalorraquídeo y prueba de diagnóstico molecular para virus, con resultado negativo para ambos. EKG normal.

- En las primeras horas de ingreso y tras inicio de tratamiento y estudio de hipoglucemia, comienza a realizar crisis tónico-clónicas de predominio izquierdo que derivan en status convulsivo (en EEG se observan crisis eléctricas compatibles con status también), que requiere tratamiento anticonvulsivante-sedante para ceder el episodio 12 horas después. Se mantiene bomba de infusión continua pese a lo cual continúa realizando crisis eléctricas, aunque no clínicas, objetivadas en EEG hasta el tercer día de ingreso y que ceden con tratamiento farmacológico. Desde entonces no realiza crisis ni eléctricas ni clínicas, realizando retirada gradual del tratamiento anticonvulsivante. Se trata la deshidratación moderada hipernatrémica.

En EEG realizado el 22 de septiembre de 2017 se objetivan elementos sugestivos de encefalopatía epiléptica y elementos más lesivos irritativos izquierdos

El EEG de fecha 25 de septiembre de 2017 mostró lentificación de la actividad de base y deficiente organización de los ciclos vigilia-sueño

En RMN cerebral de 26 de septiembre de 2017 se describen imágenes que sugieren plantear diagnóstico diferencia con lesiones ictus like (postictal, MELAS, entre otros)

En Ecografía transfontanelar previa al alta se objetiva imagen coincidente con lo visto en RMN, no descrita en primera ecografía realizada al ingreso. Se solicita interconsulta a Hematología para estudio de la coagulación con objeto de descartar trombofilia.

- El 15 de enero de 2018 se observa reducción significativa del tamaño de la masa en ICE. Pendiente de RMN para evaluación definitiva de respuesta (folio n.º 203).

- Evoluciona favorablemente, con mejoría progresiva tras retirada de fármacos sedantes, presentando al alta de UCIP hipotonía de predominio axial, pero despierto, activo y reactivo al entorno. Alta con tratamiento farmacológico. Se traslada a planta el 28 de septiembre de 2017 con diagnóstico de Hipoglucemia no especificada, Epilepsia no especificada, no intratable, con estado de mal epiléptico. Convulsiones no especificadas. Deshidratación, Hiperosmolaridad e Hipernatremia. Acidemia metabólica no especificada, Infarto cerebral no especificado, Ictericia neonatal no especificada.

- Durante su estancia en planta presenta buena evolución. Afebril, sin nuevas crisis y buena tolerancia oral. Estabilidad de parámetros analíticos y estudio analítico en busca de alteraciones genéticas como causa de la clínica presentada, como alteraciones de la coagulación, estudios diagnósticos de enfermedad neurometabólica, que quedaron pendientes al alta del paciente y que posteriormente resultaron normales.

- Dada su evolución favorable y estando los padres informados, se da de alta hospitalaria el día 3 de octubre de 2017, con las recomendaciones sobre tratamiento y seguimiento por Neurología Infantil, Hematología. Nuevas pruebas y control por Pediatría de Atención Primaria, a la vez que se explican síntomas de alarma que requieren acudir al Servicio de Urgencias.

- El día 5 de octubre de 2017 es llevado a urgencias por espasmos: hace 12 horas empieza a realizar movimientos rítmicos de escasos segundos de duración, la mayoría bilaterales, en intervalos de 10-20-30 minutos durante toda la noche. No se administra dosis de biotina por no encontrar dicho medicamento en las farmacias. No presenta vómitos, fiebre ni diarrea. Diuresis adecuada (más de 4 pañales al día).

A la exploración, buen estado general. Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. Neurológicamente activo. Muguet oral y genital en tratamiento. Hipotonía axial normal en el niño, reflejos del recién nacido presentes y simétricos. Realiza algún espasmo puntual cefálico hacia el lado izquierdo que es observado en su estancia en Urgencias. Exploración cardiopulmonar y abdominal dentro de la normalidad.

Análisis de glucemia dentro de la normalidad y EEG que describe ligero retraso dismadurativo con elementos paroxísticos aislados, descartando status epiléptico. Se ajusta el tratamiento anticomitial y se da el alta con diagnóstico de Epilepsia neonatal. Se dan recomendaciones acerca del tratamiento y seguimiento en consultas Externas de Neurología Pediátrica. Se explican signos de alarma y se indica volver si empeoramiento.

- El día 6 de octubre es atendido en Urgencias por aumento de movimientos anómalos de extremidades durante el sueño y la vigilia de unos segundos, así como con la cabeza, oculares y en ocasiones con todo el cuerpo. Presenta buena tolerancia a lactancia materna exclusiva. Deposiciones y diuresis adecuadas. Aumento del número de episodios y gran ansiedad materna, por lo que se decide su ingreso.

Buen estado general. Normohidratado, normoperfundido y con palidez-cianosis generalizada. Neurológicamente activo y reactivo. Hipotonía axial habitual en él, aunque impresiona algo menos. Realiza mioclonias durante la exploración de intensidad llamativa (movimiento involuntario, breve, brusco, repentino o sacudida). Se mantiene en observación con tratamiento anticonvulsivo y se realizan las pruebas pertinentes.

Los estudios diagnósticos de enfermedad neurometabólica realizados hasta ahora no presentan alteración significativa.

En Ecografía transfontanelar de 10 de octubre de 2017 persiste imágenes previas.

El día 11 de octubre se realiza estudio neurofisiológico. En EEG se describe integración de la actividad cerebral en valores límite para la edad del niño, y reducción de la actividad paroxística respecto a EEG previo.

- Durante su estancia se evidencian los movimientos referidos por la madre, que impresionan de mioclonias, evidenciando en registro largo de EEG una reducción de la actividad paroxística respecto a los estudios previos, por lo que dada la estabilidad clínica, adecuada tolerancia oral y exploración física normal se decide alta el día 11 de octubre de 2017, con el diagnóstico principal de Mioclonias (epilepsia) para su seguimiento ambulatorio en consultas de Neurología Infantil y pediatría de zona, dándose las recomendaciones sobre tratamiento, seguimiento e indicando volver en caso de empeoramiento.

- El paciente continúa sus controles en consultas Externas de Neurología Infantil con el diagnóstico de convulsiones/epilepsia neonatales, con seguimiento de su neurodesarrollo y ajuste según requerimientos y peso de fármaco anticonvulsivo. Acude a Rehabilitación por hipotonía y tortícolis derecha en el contexto de factores de riesgo del neurodesarrollo.

- Con fecha 30 de octubre de 2017, en consulta de hematología se informa de estudio de la mutación de factor V Leiden y 20210 gen protrombina negativas, concluyendo que el lactante no presenta alteraciones genéticas de trombofilia y se indica a la madre estudios de anticuerpos que puede manifestarse por trombosis, estudios que no constan en la historia clínica que la paciente se haya realizado.

- El 12 de enero de 2018, con 3 meses de edad, el lactante es llevado a urgencias derivado del Servicio de Rehabilitación por mioclonias en muñeca izquierda de menos de 10 segundos. Estos movimientos los realiza a diario durante las tomas y el sueño, notando la

madre un ligero aumento en el número de episodios desde el día anterior (7-8/día). Buen cumplimiento del tratamiento. No otra sintomatología acompañante.

Presenta buen estado general y las exploraciones realizadas son normales, así como las analíticas. Durante su estancia en Urgencias realiza episodio de mioclonías durante el sueño en antebrazo izquierdo. Dado el buen estado clínico se decide alta a domicilio con el diagnóstico principal de mioclonías y los diagnósticos previos: Hipoglucemia neonatal, lesión cerebral, hipotonía axial, y las recomendaciones sobre tratamiento, seguimiento e indicaciones de acudir si empeoramiento.

- El 27 de febrero de 2018 acuden de nuevo a Urgencias por observación de movimientos de sacudidas de muñeca izquierda y ambos pies de menos de 10 segundos de duración, en las 24h. previas. Buen cumplimiento del tratamiento. Exploraciones similares a las previas y dentro de la normalidad. Neurológicamente activo y reactivo. Se realiza RMN de control. Durante las 16 horas que permanece en observación se mantiene con buen estado general y realiza un menor número de mioclonías aisladas, retornando a su estado habitual. Se decide alta a domicilio con diagnóstico y recomendaciones ya conocidas.

- El día 1 de marzo de 2018 acude a Urgencias por convulsiones diferentes de las habituales. Movimientos de flexo-extensión de cuello de forma rítmica (unas 20 sacudidas en 15 minutos). Desde la mañana estaba más decaído de lo normal, un poco más hipotónico y en ocasiones presenta la mirada fija, no respondiendo cuando se le llama. Cumplimiento de la medicación.

Exploraciones dentro de la normalidad, como en ocasiones anteriores. Se realiza EEG que arroja un registro aceptablemente integrado para la edad del paciente, con los paroxismos específicos descritos, y estudio poligráfico dentro de límites normales.

Permanece en observación durante 14 horas sin realizar ningún episodio convulsivo-mioclónico. Dada la estabilidad clínica y el resultado esperado en función de su patología, en las pruebas diagnósticas realizadas, se decide alta a domicilio con el diagnóstico de Epilepsia secundaria, y las recomendaciones ya conocidas.

- Según informe de Consultas Externas de Neurología Infantil, con los diagnósticos ya conocidos, adquiere los items del desarrollo de forma adecuada a su edad, precisando de ajustes del tratamiento anticomitial según requerimientos.

- El 21 de marzo de 2018, con 6 meses de edad, se describe en Consulta de Neurología Infantil que presenta buen aspecto general, con exploraciones dentro de la normalidad. Reflejo rotuliano izquierdo ligeramente aumentado en comparación con el derecho. En RMN de 27 de febrero se describen hallazgos de evolución hacia la cronicidad de la lesión previa parieto-occipital derecha, sin identificar nuevas lesiones. La madre comenta que se irán a vivir a Inglaterra, y posteriormente, en fecha 20 de abril de 2018 se produce contacto telefónico desde allí por nuevos episodios, por lo que se ajusta la dosis de tratamiento con

buena respuesta, según comunicación vía email con la madre el día 26 de abril del mismo año, acordando realizar EEG de forma urgente, coincidiendo con los episodios en caso de empeoramiento, y manteniendo contacto vía telefónica o email para mayor rentabilidad.

Se realiza informe con fecha 3 de junio de 2018 por el Servicio de Neurología Infantil, siendo éste el último contacto. El paciente no vuelve a acudir a consultas».

3. En el ámbito de la asistencia sanitaria curativa la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (RC n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, por su parte, declara: *«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 con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

Teniendo en cuenta los antecedentes expuestos y a la vista de la anterior doctrina jurisprudencial, procede concluir, por un lado, que la atención a la madre durante el embarazo, parto y postparto fue óptima, sin que, no solo, no hubiera ningún contratiempo, sino que todos los controles obtuvieron la máxima puntuación. Asimismo, por otro lado, el tratamiento y seguimiento al menor han sido también adecuados, interrumpiéndose tras la marcha de sus padres a Inglaterra.

Es de destacar el hecho de que, el día 19 de septiembre de 2017 se da el alta a madre e hijo en perfecto estado, dándose las recomendaciones sobre cuidados, controles, tratamiento, alimentación y lactancia materna. Se especifica que, en caso de no poder dar lactancia materna, dar tomas de leche ENFAMIL 1, explicando la forma de preparación del biberón.

Sin embargo, consta que cuando la madre acude a urgencias el día 21 de septiembre de 2017, el bebé presenta un cuadro de deshidratación, hipoglucemia y alteraciones en la deglución, comentando la madre que aún no tiene suficiente leche para la lactancia y que, al parecer, sólo ha intentado la lactancia natural.

Por ello, concluye la Dra. (...), jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC, en su informe de 19 de marzo de 2019, de forma contundente, exponiendo que *«habría que buscar las causas por las que un recién nacido sano llega a urgencias en ese estado, pero que en ningún caso se le puede atribuir este hecho al parto»*.

Tal y como se ha descrito en el procedimiento, el parto y primeras horas de vida del recién nacido hasta ser dado de alta, transcurrieron sin incidencias, pues todas las exploraciones y primeros cuidados resultaron dentro de lo normal, sin que se pueda acreditar la existencia de hecho alguno que pudiera haber causado el daño.

Por todo ello, concluye, correctamente el SIP, y, así la Propuesta de Resolución:

«1.- 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: la atención recibida durante el embarazo, parto, período neonatal inmediato, así como las recomendaciones sobre alimentación del neonato y lactancia materna fueron

apropiados. Su atención en todos los ingresos y revisiones, así como los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, información y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- Todos los datos conocidos y que forman parte de la historia clínica e informes clínicos, constatan que durante el parto así como el período neonatal inmediato transcurrieron sin incidencia alguna, con todos sus controles no solo normales, sino con las más altas puntuaciones (Test de Apgar, Ph arterial), siguiendo los protocolos establecidos, sin que existiera ningún evento que pudiera remotamente relacionarse con la clínica de hipoglucemia y deshidratación severas, por la que el recién nacido fue traído al Servicio de Urgencias a los tres días de nacido.

3.- Desde su ingreso, el paciente no solo recibió el tratamiento adecuado, para la hipoglucemia severa presentada, sino también, se le realizaron todos los cuidados requeridos, así como las pruebas complementarias necesarias, según la clínica manifestada, en la búsqueda de las causas del proceso padecido por el neonato. Estudios que confirmaron las crisis epilépticas, la lesión cerebral isquémica, todo ello, tres días después del nacimiento, sin poder relacionar lo sucedido con ningún evento o incidente durante el parto o postparto inmediato en el que el recién nacido se encontraba en buenas condiciones e inicio precoz de lactancia materna, como recomiendan las guías actuales. Formación y recomendaciones que le fueron adecuadamente facilitadas a la madre.

4.- En cada momento de su evolución se realizaron los tratamientos oportunos, incluido rehabilitación, realizándose los estudios pertinentes, de los cuales se conoce que el lactante presenta Epilepsia secundaria, debido a lo cual ha requerido varios ingresos y reajustes de medicación, según su aumento de peso, estando la Epilepsia con adecuado control con anticomitial levetiracetam, según informe de Neurología Infantil fechado el 03/06/18. Asimismo, su evolución durante el seguimiento ambulatorio ha sido favorable, con adquisición de los ítems del desarrollo de forma adecuada a su edad, hasta su último control en fecha 21/03/18, no acudiendo a nuevos controles con posterioridad a esta fecha.

5.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el paciente requería en cada momento».

4. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), 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).

En este caso, los reclamantes no han aportado prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado, habiéndose acreditado en el expediente administrativo que la atención dispensada a la reclamante y a su hijo fue conforme a la *lex artis*, tanto durante el embarazo, especialmente seguido por obesidad de la madre, como en el parto y postparto, sin que hubiera ningún tipo de incidencia, dando el alta a madre e hijo en perfecto estado, de tal forma, que el daño por el que se reclama surgió tras el alta, por causas que se desconocen, pero en cualquier caso, ajenas al funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

5. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Administración sanitaria, se considera conforme a Derecho.