



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de diciembre 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. 466/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. En concreto, se trata de analizar la reclamación presentada por (...) a raíz de la prestación sanitaria dispensada a ésta en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

2. La reclamante solicita una indemnización de 1.000.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC).

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación 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.

Por su parte, la resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, n) LOSC.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público].

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.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). Circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, 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 (art. 21 LPACAP).

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada Ley 39/2015; 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 11/1994 y 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.

II

1. La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

A este respecto, la perjudicada expone, en síntesis, lo siguiente -folios 1 a 3-:

a) El día 6 de marzo de 2019 acude al Centro de Salud de Los Gladiolos por convulsión en el brazo derecho; se le coloca una vía en el mismo miembro convulsionado y se le traslada en ambulancia medicalizada al Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria.

b) Permanece toda la noche ingresada poniéndole medicación por vía. Cuando entra la enfermera del turno de mañana comprueba que la medicación no está cayendo por la vía. Empieza a moverla, la limpia y a la vista de que sigue sin bajar, la enfermera se molesta y aprieta la botella de medicación y le entra con presión, vaciándose el contenido de golpe, causándole un dolor muy fuerte. La enfermera desconecta el sistema de la vía, derramando sobre la paciente la medicación que quedaba en la vía. En ese momento empezó a hincharse su brazo y a ponerse rojo.

c) De vuelta a su domicilio, y ante la persistencia del dolor, acude al médico de cabecera para que le mandara algo para el mismo. Le prescribe medicamentos, pero ante la continuidad del dolor, la remite a Urgencias.

d) El 17 de abril de 2019, vuelve a ingresar en Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, trasladada en ambulancia por convulsiones en las extremidades superiores e inferiores. El marido refiere al personal que tiene una tromboflebitis en brazo derecho para que no le cogieran la vía en dicho brazo.

e) Su médico le remite al cirujano vascular, que le manda una eco Doppler y le cita para resultados en febrero de 2020. Dicha prueba no es concluyente y sigue en estudio.

2. La interesada indica que, a consecuencia de la defectuosa prestación sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (por el servicio de Enfermería mediante la incorrecta colocación de una vía subcutánea en su brazo derecho), se le han irrogado una serie de daños y perjuicios consistentes en «(...) dolores insoportables, inflamación que no se me va, pérdida de sensibilidad, se me pone frío y al caminar con él estirado hacia (a)bajo se me hincha más». De tal manera que sigue sin poder hacer su vida cotidiana, y sin poder desarrollar su actividad laboral.

3. Sobre la base de esa mala praxis médica citada anteriormente, la perjudicada plantea una reclamación indemnizatoria cuya cuantía se cifra en 1.000.000 euros.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada de 5 de marzo de 2020 se insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a la reclamante por el Servicio de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

2. Con fecha 9 de marzo de 2020 se requiere a la interesada a fin de que mejore la reclamación formulada; cumplimentando dicho trámite mediante escrito presentado el día 2 de julio de 2020.

3. Mediante Resolución de 9 de junio de 2020, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada por (...), acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

Dicha resolución consta debidamente notificada a la reclamante con fecha 13 de abril de 2020.

4. Con fecha 11 de marzo de 2020, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP), referido a la asistencia sanitaria prestada a (...) (art. 81.1 LPACAP).

Dicho informe es evacuado el día 20 de julio de 2020.

5. El día 26 de julio de 2020, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada e incorporando -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose a la interesada un plazo de diez días para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos que estime procedentes.

Ambos acuerdos constan debidamente notificados a la reclamante el día 5 de agosto de 2020.

6. Con fecha 20 de agosto de 2020 la reclamante formula escrito de alegaciones.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en el Antecedente de Hecho quinto de la Propuesta de Resolución), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 27 de octubre de 2020 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...)

9. Mediante oficio de 28 de octubre de 2020 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el día 30 de ese mismo mes y año), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su dictamen n.º 328/2020, de 10 de septiembre), «la jurisprudencia ha precisado

(entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que “para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño”.

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

2. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*Lex artis ad hoc*».

En este sentido, 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 (recurso de casación 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, declara lo siguiente: *«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».

Ha de tenerse en cuenta que 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.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el dictamen n.º 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a

las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la *lex artis*, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración».

3. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto de hecho objeto de este Dictamen, se hace preciso señalar lo siguiente.

3.1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública; puesto que no se ha demostrado *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada a la reclamante. En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

3.2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente recogida, entre otros, en el dictamen n.º 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necessitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite

trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo «(...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3.3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». Es ésta la conclusión que se alcanza después de analizar y tener en cuenta los siguientes datos:

3.3.1. Como ya se ha indicado anteriormente, la interesada reclama por la, a su juicio, defectuosa prestación sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Más concretamente, por la incorrecta colocación -por el servicio de Enfermería de dicho hospital- de una vía subcutánea en su brazo derecho que le habría ocasionado una flebitis. De esta manera, se le habrían irrogado una serie de daños y perjuicios consistentes en «(...) dolores insoportables, inflamación que no se me van, pérdida de sensibilidad, se me pone frío y al caminar

con él estirado hacia (a)bajo se me hincha más». Y, por todo ello, seguiría sin poder hacer su vida cotidiana, y sin poder desarrollar su actividad laboral.

Sin embargo, el relato ofrecido por la reclamante no se corresponde con la realidad que se desprende del expediente administrativo. En este sentido, y a la vista de la prueba obrante en las actuaciones, se concluye que las dolencias que afectan a la paciente en el miembro superior derecho son anteriores a la intervención del Servicio Canario de Salud (marzo de 2019). Así se desprende del informe del SIP, en donde se puede leer lo siguiente -folios 25 y ss.-:

«A.- Paciente mujer 45 años con antecedentes: Dolor en cicatriz de cesárea de larga evolución, colon irritable, bocio multinodular, cambios degenerativos en columna cervical y lumbar, 18 puntos de fibromialgia, fatiga diaria con sensación de falta de aire, arritmias, (...) Dolor en región cráneo cervical (CEH) desde 2016, (...) Desde abril de 2017 consta parestesias y dolor en miembro superior derecho (MSD), artromialgias generalizadas, lumbociatalgias, vértigos, (...) entre otras circunstancias.

En seguimiento por las especialidades: Endocrinología, Cardiología, Neurología, ORL, Dermatología, Reumatología, Rehabilitación, entre otras.

B.- El 6 de marzo de 2019, 19:56 h, acude al servicio de urgencias del C.S. Los Gladiolos por fasciculaciones (contracciones musculares) involuntarias de MSD de una hora de evolución. Se le administra Alprazolam sublingual. Durante su estancia experimenta episodio de desconexión con el medio(?) y se frenan sus fasciculaciones, la paciente no reacciona a estímulos y se decide traslado al HUNSC.

Llega al Servicio de urgencias del HUNSC alrededor de las 20:36 h.

A la exploración a su llegada presentaba Balance muscular: 2/5 en MSD y 5/5 en resto del cuerpo. Claudicación de brazo derecho en maniobra de Mingazzinni. Sensibilidad conservada global excepto hipoestesia en primer dedo de la mano derecha. Por lo tanto, ya existían alteraciones sensitivo/motoras en MSD a su llegada al hospital.

Se practican analíticas, así como TAc de cráneo alrededor de las 09:00 h que resultó normal sin alteraciones relevantes.

Se cursan interconsultas con Psiquiatría y Neurología que pauta tratamiento antiepiléptico ambulatorio (Zebinix 800).

Durante el ingreso, solo se suministró Diazepam (anticonvulsivante) 10 mg/2ml intravenoso en perfusión, diluido en 100 cc de suero fisiológico (se administra entre 15-30 minutos) por indicación del Neurólogo. Ello se realizó alrededor de la 08:30 h del 7 de marzo, como consta en los registros.

El día 7 de marzo de 2019 se cursa alta a las 12:50 horas.

C.- A partir del 8 de marzo acude a su médico de familia por manifestar dolor en MSD que se atribuye a flebitis.

Flebitis es la inflamación de la vena en el trayecto por donde pasa la cánula insertada. Entre los síntomas: eritema o enrojecimiento, calor en la zona, tumefacción y dolor, sin descartar la posibilidad de la aparición de secreción purulenta y fiebre.

El 26 de marzo es derivada a Cirugía Vasculor por flebitis sin manifestaciones de calor ni cambio de color, con pulsos presentes en MSD. Se pauta Varidasa® (antitrombótico en el tratamiento de la inflamación aguda o crónica, traumática (con edema o hematoma) o infecciosa) y Thrombocid® crema. No regresa a atención primaria hasta el 2 de mayo.

D.- Nuevamente acude por decisión propia al Servicio de urgencias del HUNSC a las 22:58 h del 16.04.19, por presentar esa tarde movimientos clónicos del MSD que pasan al MID y después al MSI. No existe mención a patología relacionada con la flebitis de MSD. La exploración es similar a la del día 7 de marzo de 2019.

NO consta sueroterapia ni medicación parenteral, exclusivamente Alprazolam 0.25 mg vía oral a la 01.45 h.

Después de seis horas es alta a las 05:11 h del día 17. Recomendando completar estudio por Neurología.

E.- 23.04.19: RMN Cervical: En C3-C4, C4-C5, C5-C6 cambios degenerativos discales y mínimos osteofitos posterolaterales. Protusión discal central C5-C6 con impronta postero discal central y lateralizada a ambos lados.

RMN Cerebral: engrosamiento mucoso en senos paranasales que sugiere sinupatía.

F.- Tras derivación de atención Primaria, el 24.04.19 es atendida en consulta de Cirugía Vasculor. A la exploración presenta pulsos a todos los niveles en Miembros superiores incluyendo radial derecho. Edema difícil de percibir en antebrazo derecho. Dolor a la palpación en la zona indicada. No patología vascular en el momento actual. Sin signos de patología isquémica ni tromboembólica profunda en MSD.

El 25 de octubre de 2019 se realiza ecoDoppler de MSD. Este procedimiento diagnóstico permite la evaluación del sistema venoso superficial y profundo de la extremidad superior con detalles de su anatomía y flujo vascular.

- Sistema profundo: permeable y competente desde vena subclavia hasta troncos infrahumerales, sin signos de Trombosis venosa profunda.

- Sistema superficial: - venas cefálica y basílica permeables. - sin imágenes de grandes venas varicosas.

17.02.20: Valoración por cirujano vascular. NO hay signos de patología isquémica o venosa.

G.- 17.03.20 consulta de Reumatología por nódulos subcutáneos migratorios en todo el cuerpo. Posteriormente se descartan causas autoinmunes. En relación con el objeto de la reclamación: muestra dolor sin cambio de temperatura local en antebrazo derecho. Se sospecha Distrofia simpático refleja.

H.- Otras pruebas complementarias:

02.06.20: Gammagrafía ósea articular Extremidades superiores: -Aumento de volumen de partes blandas en antebrazo. -Acúmulos articulares en codo derecho y, dos acúmulos focales e intensos en la articulación radio-cúbito carpiana vs husos proximales del carpo, con hiperemia local en el compartimento cubital. Estudio negativo para la detección de distrofia simpático refleja en extremidad superior derecha. - Artropatía con actividad inflamatoria local en muñeca izquierda.

La gammagrafía permite diagnosticar la existencia de patología osteoarticular.

29.06.20: Ecografía manos y dedos: Lesión anecoica redondeada sin señal Doppler color en el interior, localizada en región superficial del tendón flexor en la palma de la mano, de 2,2 x 3 x 3mm de tamaño, a la altura de la articulación metacarpo falángica del tercer dedo.

I.- El 6 de junio de 2020 nuevamente en urgencias con el diagnóstico de posibles episodios de crisis epilépticas versus Crisis conversivas según diagnóstico por Neurólogo.

Todo ello sin perjuicio de futuras y sucesivas revisiones en numerosas especialidades por la variada sintomatología que presenta».

A la vista de lo expuesto anteriormente, el SIP concluye señalando que «previamente a marzo de 2019, consta sintomatología referida a afectación de Miembro superior derecho de pérdida de sensibilidad, dolores, etc.»; y que «a su ingreso en el HUNSC el 6 de marzo de 2019 existía asimismo sintomatología deficitaria referida a MSD» (Conclusión primera del informe de 20 de julio de 2020). Por lo que no resulta acreditada la concurrencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, se impide -al ser un requisito esencial para ello-, el surgimiento de la responsabilidad extrapatrimonial de la Administración prestadora del servicio sanitario (art. 81.2, párrafo tercero LPACAP).

3.3.2. Por lo demás, del contenido del expediente administrativo tramitado -especialmente del informe del SIP, y del informe del Servicio de Enfermería-, se desprende que la técnica se realizó de forma adecuada, según los protocolos

existentes en el centro sanitario; sin que se aprecie la existencia de infracción a la *lex artis ad hoc* por parte del Servicio de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria durante la canalización de la vía venosa. Afirmación esta última que no resulta contradicha por instrumento probatorio alguno aportado por la parte reclamante -con los efectos jurídicos desfavorables que de ello se derivan ex art. 217.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-.

4. En conclusión, una vez examinado el contenido del expediente remitido, y habida cuenta de que la reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc* (art. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC), es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho, por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.