



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 5 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de febrero de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la ***Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 2/2021 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 20 de septiembre de 2019 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización reclamada en más de 6.000 euros, en este caso concreto 600.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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 (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; la Ley 41/2002, de 14

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad del ejercicio del derecho a reclamar.

Así, se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando a través del Servicio Canario de la Salud (SCS).

La reclamación no es extemporánea, pues se ha presentado dentro del plazo de un año previsto en el art. 67.1 LPACAP, ya que se presentó el 20 de septiembre de 2019, respecto a la atención médica recibida por la reclamante tras su ingreso hospitalario el 29 de septiembre de 2018.

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

A la Secretaría 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 de este Servicio.

5. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es la siguiente:

La paciente, de 79 años de edad, acudió a urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), el 29 de septiembre de 2018 por dificultad respiratoria progresiva de cinco días.

- Desde Urgencias es derivada a Medicina Interna y se reajusta su tratamiento, administrándole yodo.

Como consta en la historia clínica de la paciente, ésta es alérgica al yodo y a la cortisona. La administración del yodo le provoca una parada cardiorrespiratoria. Asimismo, contrajo dos neumonías nosocomiales y tuvieron que tratarla con antibiótico.

Tuvo graves secuelas que la obligaron a estar ingresada dos meses en el CHUC. Durante su ingreso se ha ido Recuperando lentamente sin alcanzar el estado de salud previo a su ingreso.

Durante su ingreso, el 28 de noviembre de 2018 sufrió un ictus isquémico como consecuencia de la retirada/insuficiente tratamiento anticoagulante, que la patología de la paciente requería por su ingreso prolongado. No realizarle tratamiento de fibrinólisis también influyó en sus secuelas.

La interesada entiende que existió falta de diligencia en la actuación del SCS, lo que le ha ocasionado graves secuelas: hemiplejía del lado derecho y disartria, afasia, hemianopsia insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome coronario agudo, patologías que la convierten en una persona dependiente para casi todas las actividades cotidianas.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

«Tras lectura de historial clínico de la paciente (...) se confirman los siguientes antecedentes patológicos: Alergia al yodo y a la cortisona.

Fumadora desde hace más de 30 años, diabetes mellitus. HTA, hipoacusia, anemia ferropénica crónica, dislipemia, bocio, hipotiroidismo adquirido, coleditiasis, artrosis, insuficiencia venosa, sdr ojo seco, infección pasada por virus hepatitis B, gonartrosis con prótesis en rodilla izquierda, obesidad. Degeneración macular asociada a la edad.

Paciente de 79 años en el momento de los hechos reclamados.

El 28 de septiembre de 2018 el médico de Atención Primaria acude al domicilio de la paciente y tras valorar la misma diagnostica insuficiencia respiratoria grave, avisa 112 y remite a urgencias hospitalaria del HUC.

Al llegar al hospital anotan en historial que sufre una dificultad respiratoria progresiva de 5 días de evolución, astenia, tos con escasa expectoración. No fiebre ni dolor torácico, sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna.

La paciente, comenta en historia el médico que la observa: “vive en un piso con un hijo (el cual tiene problemas de consumo según me comenta, no trabaja, le pide dinero de malas maneras y en alguna ocasión lo denunció y posteriormente le quitó la denuncia), que presenta disnea y cansancio al mínimo esfuerzo, camina muy despacio con bastón, no sale a la calle, buen nivel cognitivo, fuma hasta 2 cajas al día, los sábados viene una persona a ayudarla, le compra la comida y limpia algo el piso. Divorciada.”

A la llegada a urgencias se inicia ventilación mecánica no invasiva, perfusión de Seguril y de Nitroglicerina, realizan interconsulta a Medicina Interna.

“Tras valoración por Medicina Interna se decide reajustar el tratamiento y traslado a Unidad de Cuidados Semi-Intensivos para tratamiento”, donde ingresa a las 4 de la madrugada del día 29 de septiembre de 2018.

En la UCSI se realiza nueva exploración que demuestra llamativo trabajo respiratorio, taquipnea, obesidad, desnutrición, sequedad de mucosas. No fiebre. No dolor torácico. La auscultación cardiopulmonar demuestra murmullo vesicular globalmente disminuido con crepitantes en bases y sibilantes dispersos (...) Flemas purulentas, orientada, habla entrecortada por la disnea, hepatomegalia con dolor a la palpación profunda. Edemas ligeros con fovea hasta la rodilla, sin focalidad neurológica. Refiere en los últimos 5 días dos caídas.

Se realiza analítica general, presenta leucocitosis, la Rx de tórax diagnóstica ICT (índice cardiotorácico) aumentado, redistribución de flujos hacia vértices, sin consolidaciones (neumonías (...)) evidentes. Se realiza EKG.

El EKG demuestra taquicardia sinusal, ascenso de S-T sin dolor torácico.

Plan: tratamiento oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva, antibióticos y corticoides endovenosos. Tratamiento antiisquémico.

En la historia clínica anota el internista a las 10.49 horas del día 29 de septiembre que están pendientes de hablar con familiares.

El mismo día 29 de septiembre a la llegada de su hijo se informa de la gravedad actual de su madre.

El día 30 siguen los cuidados realizados por el Servicio de Medicina Interna, se repite EKG, presenta inversión onda T, realización de interconsulta a Cardiología para valorar cateterismo una vez pasada la fase infecciosa.

Se anota que la paciente padece EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

El 1 de octubre de 2018, tercer día del ingreso, se encuentra clínicamente mejor, pero con dependencia de la ventilación mecánica no invasiva. consciente, orientada y colaboradora.

Cardiología valora a la señora y mantiene el tratamiento antisquémico, sospecha de SICA (SDr. de Isquemia Coronaria Aguda).

Solicitados: ETT (Eco-transtorácico) por Cardiólogo. Realización de cateterismo cuando esté en condiciones, siempre tras estudio ecocardiográfico Análisis, Rx de tórax y abdomen, TAC de tórax y cráneo sin contraste.

El día 4 de octubre el especialista médico anota que no hay familiares para informar. Igual ocurre el día 5.

En los días sucesivos desde el ingreso se realizan las distintas pruebas diagnósticas.

No se realiza Angio-TAC de troncos supraaórticos por la alergia al yodo referida, sí la Ecografía de los mismos.

También se realiza durante ingreso Doppler color venoso bilateral de miembros inferiores, Ecografía abdominal, endoscopia digestiva alta, colonoscopia. Vigilancia clínica.

En resumen: la paciente ingresa en UCSI el 29 de septiembre por sepsis grave de origen pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda además de daño miocárdico agudo con EKG con elevación de S-T y elevación de marcadores de daño miocárdico, que se trata de forma conservadora con Adiro y Ticagrelor (antiagregantes plaquetarios, tratamientos preventivos para trombosis).

"Tras conseguir estabilidad se traslada a planta de Medicina Interna" el 8 de octubre de 2018".

El 15 de octubre se realiza TAC de tórax sin contraste, "dado que la paciente es alérgica al yodo" según consta en historial clínico. Ello está especificado en historial médico y en el informe del TAC de Radiología.

El 17 de octubre TAC de tórax sin contraste.

El 14 de noviembre el Cardiólogo que estudia y trata a la señora anota: "es alérgica al contraste yodado (confirmado) con shock anafiláctico en Madrid tras TAC con contraste". "Se desestima estudio angiográfico por el alto riesgo que tiene la paciente debido a su alergia."

La paciente se recupera lentamente, consiguiéndose la estabilidad y mejoría clínica.

Aunque persiste debilidad muscular la paciente comienza a deambular con andadores.

Pero el ingreso se prolonga por anemia con heces oscuras que tras las pruebas diagnósticas, endoscopia, se observan úlceras superficiales de colon derecho.

Requerimiento de transfusiones sanguíneas. Seguidamente desarrolla dos neumonías nosocomiales en planta, a principio de noviembre la primera y el 23 de noviembre la segunda, que requieren tratamiento antibiótico.

El 19 de noviembre la trabajadora social escribe en historial clínico: "contacto con la cuidadora que tenía y me dice que contacte con el hijo pero no lo consigo".

Se realiza posteriormente consulta con trabajador social para solicitar ayuda domiciliaria al alta, así como centro de crónicos en el futuro".

Sigue con mejoría lenta y el 28 de noviembre de 2018 sufre cuadro de Ictus Isquémico.

Se realiza TAC de cráneo, el 28 de noviembre del 2018, sin contraste y ello especificado en historial y en informe de Radiología. Además se anota en el mismo: "no se realiza Angio-TC de troncos supraórticos y Polígono de Willis por referir alergia al contraste yodado". ACV isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda.

Valorada por el Servicio de Neurología, el mismo desestima fibrinólisis dado antecedentes hemorrágicos de la paciente (angiodisplasias previas y úlceras crónicas en colon por colitis isquémica). También se desestimó Arteriografía dada alergia al yodo.

"En las siguientes semanas mejoría parcial, afasia motora con emisión de algunas palabras, movilización del dedo índice de mano derecha (...), pero persistiendo hemiplejía del resto del hemicuerpo derecho".

La dieta es molida, deposiciones adecuadas en la evolución, mejorando la insuficiencia cardíaca, se realiza interconsulta a Rehabilitación.

En historial clínico el 21 de diciembre de 2018 el médico internista expone: que "la paciente está pendiente de centro de crónicos, que tiene un hijo que ha hablado pocas veces con nosotros de la situación de la paciente (es consciente del Ictus y tras este hemos hablado con él).

Problema social. Hablado con trabajador social". "Dada la mejoría de la paciente, pero dependencia para las actividades de la vida diaria aunque se alimenta sin ayuda, se considera que podría continuar sus cuidados en un centro de crónicos".

Durante el ingreso se realizaron las siguientes interconsultas: Cardiología, Oftalmología, Rehabilitación, Logopedia, Neumología, Neurología.

El 5 de diciembre TAC de cráneo sin contraste.

El 15 de enero de 2019 TAC de cráneo sin contraste, sin cambios significativos con respecto al previo.

Se determina alta: Diagnóstico principal. Sepsis grave de origen pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda global secundaria, ventilación mecánica no invasiva, insuficiencia cardíaca

congestiva, sdr coronario agudo con elevación del segmento S-T, daño miocárdico agudo isquémico. Neumonía nosocomial, colitis isquémica. Ictus isquémico.

Indican para casa dieta molida diabética sin sal, oxígeno domiciliario y tratamiento médico.

La paciente sigue en espera de centro de crónicos, mientras tanto se acuerda que el hijo se la lleva a domicilio.

El 5 de febrero de 2019, la doctora que sigue evolutivamente a la señora paciente anota en historia clínica que está pendiente que su hijo se la lleve a domicilio.

El 18 de febrero en observaciones: bipedestación con poca ayuda. La paciente está más colaboradora, descansando bien, realiza Rehabilitación, logra dar pasitos con andador.

El 4 de marzo de 2019 se traslada a la paciente en ambulancia al domicilio».

3. En su informe, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1.-Analizado historial clínico de la paciente e informes médicos, podemos afirmar que durante la estancia hospitalaria de la señora (...) no le fue administrado yodo.

Durante el ingreso hospitalario se anota reiteradamente los antecedentes alérgicos al mismo. Ni se administró yodo ni hubo parada cardíaca.

El 14 de noviembre de 2018 el Cardiólogo que estudia y trata a la señora, por el cuadro isquémico, anota: "es alérgica al contraste yodado (confirmado) con shock anafiláctico en Madrid tras TAC con contraste". Lo que se afirma en la reclamación viene a colación de hechos previos a las fechas reclamadas.

Definitivamente las afirmaciones de la reclamante al respecto no se demuestran.

2.- La paciente de 79 años, con múltiples patologías previas, llega al servicio de urgencias hospitalario con insuficiencia respiratoria aguda global, desnutrida, asténica, necesitando ventilación mecánica, paciente en estado grave.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Semi-Intensivos, tras valoración por el Servicio de Medicina Interna. Tras estudios previos se determina sepsis de origen broncopulmonar.

Por tanto, la paciente estaba grave cuando llega al hospital. Se diagnostica, igualmente, Síndrome de Isquemia Coronario Agudo (en paciente con HTA, dislipemia, obesidad, diabetes y tabaquismo de 30 años de evolución), este cuadro mejora con tratamiento médico. No se produjo como afirma el reclamante tras "administración del medicamento al que era alérgica" y no hubo parada cardíaca.

Sufre empeoramiento de la anemia crónica que padece desde hacía años, por pérdida de sangre, hemorragias digestivas, debido a ulceraciones en colon, y ello en paciente con anemia crónica. Se trata.

Esta es una razón de no poner tratamiento fibrinolítico cuando sufre cuadro de isquemia cerebral durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna.

Como contraindicación absoluta al tratamiento fibrinolítico (descomposición de los coágulos) es el sangrado activo o diátesis hemorrágica (excepto menstruación) incluso el sangrado gastrointestinal en el mes previo.

A su vez las neumonías hospitalarias, posteriores, en planta, se trataron pertinentemente y gracias a ello mejoró sin problemas posteriores.

3.- Tras lectura de la reclamación donde afirman una falta de información se confronta dicha aseveración con lo relatado día a día en la historia clínica, y ello no es confirmado.

Contrariamente a ello, se valora que los médicos y enfermeras anotan que en las ocasiones que pudieron contactar con familiar (hijo) le facilitaron la información adecuada y que este entendió la misma, otras veces los intentos fueron vanos, puesto que no hallaron al interlocutor familiar y ello se refleja en ocasiones en historial.

4.- Habida cuenta que los procesos patológicos sufridos tras ingreso de la paciente por un cuadro de origen respiratorio grave, desnutrición, de los antecedentes patológicos, la edad, etc., que son tratados convenientemente, teniendo en cuenta todos sus antecedentes, así como los cuidados efectuados por variados servicios hospitalarios, no se demuestra falta de diligencia en la asistencia sanitaria o mala praxis.

5.- Resumiendo: a la Señora (...) no se le administró yodo, no sufrió parada cardíaca, se le administró tratamiento según patología y estado clínico según momento diagnóstico, no hubo desatención, ni tampoco falta de información».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento administrativo, constan las siguientes actuaciones relevantes:

- El procedimiento se inició mediante la presentación de la oportuna reclamación el 20 de septiembre de 2019 en Registro perteneciente a la Administración General del Estado en la Comunidad de Madrid.

- Mediante Resolución de 7 de noviembre de 2019, de la Directora del SCS, se admitió a trámite la reclamación.

- En ese mismo día se solicitó informe al SIP, previo informe de los Servicios cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable.

- El SIP emite informe el 5 de noviembre de 2020, previa incorporación al expediente de la historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) (Servicios de Medicina Interna, de la Unidad de

Cuidados Semiintensivos, Digestivo, Cardiología, y Urgencias, entre otros), así como informe específico del Servicio de Neurocirugía del HUC sobre la reclamación presentada.

- Con fecha 9 de noviembre de 2020 se dicta Acuerdo probatorio, consistente en toda la documental constituida por el citado historial clínico e informes médicos.

- En la misma fecha se acuerda el trámite de vista y audiencia a la interesada por plazo de 10 días, que es notificado debidamente a sus representantes.

- Dado el preceptivo trámite de audiencia, el 11 de diciembre de 2020 se recibe escrito de alegaciones, donde la representación letrada de la interesada se limita a ratificarse en los términos de la reclamación y a indicar que está en desacuerdo con el informe del SIP porque no se ajusta a la realidad, sin concretar a qué extremos se refiere ni acreditar la presunta falsedad que alega.

- La Propuesta de Resolución, de 30 de diciembre de 2020, sin el informe de la Asesoría Jurídica Departamental al haberse informado sobre cuestiones resueltas previamente -con cita de informe específico al respecto-, entrando en el fondo de la cuestión planteada, desestima la reclamación formulada por la interesada al entender que no concurren los requisitos legalmente exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun 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).

IV

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), que según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- 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).

2. Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma 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 también:

«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.

No habiéndose seccionado los tendones, la causa del déficit mencionado en la extensión de los dedos 2º, 3º y 4º (corregida) la encontramos en la afectación nerviosa, en concreto de las ramas terminales del nervio interóseo posterior, sin perjuicio de que la clínica de la sección de los vientres musculares en la zona lesionada, que fueron objeto de sutura, coincide con la de una lesión de la zona terminal de inervación motora, en este caso las ramas terminales del nervio interóseo posterior y produce un déficit funcional similar.

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no 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».

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que la falta de diligencia en la actuación del SCS le ha ocasionado graves secuelas: hemiplejia del lado derecho y disartria, afasia, hemianopsia, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome coronario agudo, patologías que la convierten en una persona dependiente para casi todas las actividades cotidianas. Esa falta de diligencia la concreta en que se le administró yodo, pese a constar que era alérgica, lo que le provoca una parada cardiorrespiratoria; en que sufrió un ictus isquémico como consecuencia de la retirada/insuficiente tratamiento anticoagulante, que la patología de la paciente requería por su ingreso prolongado; y que el hecho de no realizarle tratamiento de fibrinólisis también influyó en sus secuelas.

Sin embargo, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la

determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante. Así, en el informe del SIP se afirma categóricamente que no se le administró yodo, que no sufrió parada cardíaca, que se le administró tratamiento según patología y estado clínico según momento diagnóstico, que no hubo desatención, ni tampoco falta de información.

La reclamante, de 79 años, con múltiples patologías previas, llega al servicio de urgencias hospitalario con insuficiencia respiratoria aguda global, desnutrida, asténica, necesitando ventilación mecánica, en estado grave. Es ingresada en la Unidad de Cuidados Semi-Intensivos, tras valoración por el Servicio de Medicina Interna. Tras estudios previos se determina sepsis de origen broncopulmonar.

Por tanto, la paciente estaba grave cuando llega al hospital, donde se diagnostica, igualmente, Síndrome de Isquemia Coronario Agudo (en paciente con HTA, dislipemia, obesidad, diabetes y tabaquismo de 30 años de evolución), este cuadro mejora con tratamiento médico.

Sufre empeoramiento de la anemia crónica que padece desde hacía años, por pérdida de sangre, hemorragias digestivas, debido a ulceraciones en colon, y ello en paciente con anemia crónica, que es tratada. Esta es la razón de no poner tratamiento fibrinolítico cuando sufre cuadro de isquemia cerebral durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna, ya que está contraindicado de manera absoluta. A su vez las neumonías hospitalarias, posteriores, en planta, se trataron pertinentemente y gracias a ello mejoró sin problemas posteriores.

La representación de la reclamante no solo no ha probado lo que alega, sino que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que se le realizaron todas las pruebas necesarias y los tratamientos pertinentes de acuerdo con la evidencia científica disponible, por lo que se ha respetado la *lex artis*, descartándose inadecuada asistencia tanto en el abordaje inicial de las patologías presentadas por el paciente como en las posteriores durante su estancia hospitalaria.

En definitiva, de lo relatado se deriva que la atención sanitaria recibida por el interesado se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizaron las pruebas necesarias y se trató adecuadamente a la paciente según la sintomatología que presentaba, no apreciándose mala praxis,

siendo posiblemente las secuelas apreciadas consecuencia de la evolución de las graves patologías previas; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.