



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 2 4 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de mayo 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 184/2021 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 la Secretaria 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. La solicitud de dictamen, de 29 de marzo de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de marzo de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 134.670 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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. Suay Rincón.

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, según se acredita mediante el acta de notoriedad de declaración de herederos que se aporta, donde consta la relación de parentesco entre la causante y los herederos.

5. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 24 de julio de 2019 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 14 de noviembre de 2018.

II

Los reclamantes promueven 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 (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa y madre, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«Segundo.- El día 15/09/2018 (...), de 73 años de edad, con antecedentes clínicos de hipertensión, diabetes, colesterol, cáncer de mama (mastectomía derecha en 2004), Insuficiencia venosa, By pass fémoro poplíteo de Miembro Inferior Derecho en 2013, se cae en su casa y se fractura la cadera derecha.

Es trasladada en ambulancia al servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (en adelante CHUIMI), donde permanece en observación hasta el día siguiente 16/09/2018, y por la noche la suben a planta de traumatología donde esa misma noche dan orden de que ayune para a la mañana siguiente para bajarla a quirófano.

Tercero.- El 17/09/2018 la suben a planta sin intervenir a las 16:00 horas dando el almuerzo a esta hora, produciéndose en la paciente vómitos desde este momento y en cada comida hasta la noche. Este proceso se repite de la misma forma todos los días hasta el día 20/9/2018 en que fue intervenida quirúrgicamente colocándole una prótesis en dicha cadera derecha.

Ya en planta, seguía vomitando después de la operación, a pesar de lo cual se le da el alta en ese estado el día 26/09/2018 (se adjunta como documento E informe de alta de traumatología), siendo trasladada en ambulancia a su casa donde siguió vomitando hasta el día 2/10/2018 en que fue nuevamente trasladada al mismo hospital, quedando ingresada en Neurología en observación por esas náuseas y vómitos.

Cuarto.- Una doctora informa a la familia que al parecer presentaba piedras en el conducto biliar y en la vesícula, comenzando a tratarla para que las expulse haciéndole distintas pruebas.

Quinto.- El día 12/10/2018 la familia nota en la cara de la afectada ciertos síntomas que antes no tenía, como el ojo derecho medio cerrado y la mandíbula inclinada hacia el mismo lado, dificultad a la hora de expresarse y algunos tonos enrojecidos en su cara dando voz de alarma a la doctora de inmediato, la cual la ausculta y diagnóstica sin más, que se trata de un simple aire facial y que no había de que alarmarse pudiéndose recuperar de esto con rehabilitación sin problema alguno.

Sexto.- El día 13/10/2018 se descubre que en realidad sufría un ictus, que no había sido diagnosticado antes, y del que no se había percatado el personal sanitario, debiendo ser intervenida el día 16/10/2018 por neurología, practicándole un cateterismo cerebral restándole secuelas muy graves. Se decide su traslado a centro hospitalario concertado a fin de seguir rehabilitación (se acompaña como documento F informe de neurología).

Séptimo.- El día 7 de noviembre de 2.018 ingresa en el centro concertado (...) de Las Palmas de Gran Canaria, donde ingresa en muy mal estado, falleciendo el día 14 de noviembre de 2.018. Se adjunta informe de ingreso en dicho centro como documento G y certificado de inscripción del fallecimiento como documento H".

A la vista de lo expuesto, consideran los reclamantes "Que el resultado final, se debe a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, con un cúmulo de errores, tanto en cuanto al retraso en la primera intervención quirúrgica de cadera, con

un alta prematura sin controlar el síndrome emético, como en el posterior ingreso donde no se atiende al requerimiento de la familia y se diagnostica y trata tardíamente un ictus que culmina con el fallecimiento de la paciente, lo que le ha causado un evidente daño a mis representados por la pérdida prematura de su ser querido”».

Como consecuencia de ello, los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a 104.520 euros para el cónyuge viudo y 30.150 euros para el hijo que convivía con la víctima, aplicando a título orientativo el baremo previsto para la indemnización de víctimas en accidentes de tráfico en el año 2018 previsto en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, conforme a la nueva redacción efectuada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 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. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 6 de agosto de 2019 se identifica el procedimiento, de lo que reciben notificación los reclamantes el 13 de agosto de 2019.

- El 13 de marzo de 2020 mediante oficio del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 6 de Las Palmas de Gran Canaria, se solicita a la Administración la remisión del expediente, al haberse iniciado procedimiento ordinario 74/2020, tras presentarse recurso contencioso-administrativo por desestimación presunta por parte de los reclamantes.

- Mediante Resolución del Secretario General del SCS, de 25 de mayo de 2020, se ordena la remisión del expediente al Juzgado, remitiéndose, posteriormente cada una de las actuaciones, sin que conste que se haya resuelto el procedimiento judicial, por lo que la Administración está obligada a resolver, sin perjuicio de la resolución en sede judicial.

- Tras solicitarse el 16 de marzo de 2020 informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), y ser reiterada posteriormente la misma, éste se emite el 9 de julio de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna: copia de la Historia Clínica de (...) custodiada en Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, informe emitido por la Jefa del Servicio de Neurología del citado Hospital, copia de la Historia de Salud de la paciente custodiada en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, así como copia de la Historia Clínica de aquélla aportada por el Hospital (...).

- El 22 de julio de 2020 se dicta acuerdo en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados, así como incorporar la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, abriendo periodo probatorio a fin de que se aporte por los interesados la prueba pericial solicitada. De ello reciben notificación los interesados el 18 de agosto de 2020 sin que se aporte el informe pericial.

- El 16 de octubre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que son notificados los reclamantes por vía telemática el 20 de octubre de 2020, presentado escrito de alegaciones el día 21 del mismo mes y año en las que se remiten a las alegaciones realizadas en sede judicial.

- El 11 de noviembre de 2020 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 19 de noviembre de 2020, emitiéndose Propuesta de Resolución definitiva el 25 de marzo de 2021, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima -correctamente, como se analizará- la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo Consultivo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más

que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

3. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos.

A tal efecto, hemos de analizar cada uno de los puntos de la reclamación de los interesados en la que se concluye:

«Que el resultado final, se debe a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, con un cúmulo de errores, tanto en cuanto al retraso en la primera intervención quirúrgica de cadera, con un alta prematura sin controlar el síndrome emético, como en el posterior ingreso donde no se atiende al requerimiento de la familia y se diagnostica y trata tardíamente un ictus que culmina con el fallecimiento de la paciente, lo que le ha causado un evidente daño a mis representados por la pérdida prematura de su ser querido».

1) Por una parte, así, pues, se imputa el fallecimiento de la paciente al retraso en la intervención de cadera.

Sin embargo, el informe del SIP señala que producida la fractura el 15 de septiembre, en la misma fecha es diagnosticada y se decide ingreso para intervención quirúrgica (nota del Servicio de COT a las 16:45 horas del 15 de septiembre). No se trató de una intervención quirúrgica programada y por tanto quedaba condicionada por la disponibilidad de quirófano de urgencias.

Por otra parte, consta que se realizó estudio preoperatorio, consulta con el Servicio de Anestesia y Reanimación y valoración por el Servicio de Hematología en relación a su medicación (antiagregante y antitrombótica) en paciente de riesgo, manteniéndose el AAS y suspendiendo Aterina (sulodexida) 24-48 horas antes de la intervención a fin de prevenir sangrado excesivo. Como se consigna en los antecedentes que figuran incorporados al informe del SIP,

Por tanto, como bien señala la Propuesta de Resolución, aunque con intención de ser intervenida el día 18 de septiembre, fecha en la que se mantuvo en ayuno condicional una vez transcurrido el tiempo preciso desde la suspensión de medicación, la intervención se llevó a cabo el 20 de septiembre condicionada por la ocupación de quirófano de urgencias. Esta circunstancia está contenida en la historia clínica y la paciente y sus familiares fueron conocedores de la dificultad como así se refleja.

El ingreso en planta se produjo a las 19:10 horas del 16 de septiembre, tras la intervención, continuando la paciente en ingreso hospitalario hasta el 26 de septiembre.

No hay constancia alguna, por lo demás, de que, ni durante el periodo de tiempo de espera para la intervención, ni durante el ingreso en periodo postoperatorio, existan síntomas neurológicos, por lo que esta fase de la asistencia no guarda relación alguna con el objeto de la reclamación.

En fin, se añade por la Propuesta de Resolución, recogiendo lo contenido en el informe del SIP, en todo caso, se realizó profilaxis tromboembólica dado el tipo de intervención y en el tratamiento al alta se incluyó antiagregante plaquetario y anticoagulante, dado que los pacientes con fractura de caderas tienen un alto riesgo de complicaciones tromboembólicas tras el tratamiento quirúrgico.

2) Por otra parte, se imputa por los interesados el fallecimiento de la paciente también a su alta prematura y sin control del síndrome emético.

Lo cierto es que del informe del SIP se detrae igualmente que tampoco resultó prematura el alta, dado que consta, por una parte, informe del Servicio de Cirugía y Ortopedia señalando que, tras anestesia general, en condiciones de asepsia y antisepsia, se realiza artroplastia parcial de sustitución de cadera, que se desarrolla sin incidencias. Se pauta profilaxis antibiótica según el protocolo y pasa a despertar, desde donde dan alta a hospitalización esa misma noche. Durante la noche presenta cuadro nauseoso sin episodios eméticos registrados y que precisa de rescate farmacológico con antiemético.

En los días posteriores, es valorada por el Servicio de Medicina Interna, que ajusta medicación por su patología previas y postoperatorias y por el Servicio de Rehabilitación y Medicina Interna, que pauta tratamiento fisioterapéutico para movilizaciones y retorno de la marcha.

Tampoco en dichos días se registra en la historia clínica cuadros de náuseas, hasta el 25/09/2018, en el que se registra vómito alimenticio a las 13:00 asociado a situación de estreñimiento, no se registra abdomen agudo, se administra tratamiento mediante enemas y antieméticos, que son efectivos.

Y es así que el día 26/09/2018, tras buena evolución clínica de la paciente, de la herida quirúrgica y control del dolor, y con deambulación con andador, se decide el alta hospitalaria.

Por otra parte, en relación con las alegaciones relativas a la falta de control tras el alta hospitalaria, consta en la historia clínica lo contrario. La enfermera de Atención Primaria acudió al domicilio de la paciente los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2018 para administrarle Clexane 40 mg. Y tampoco se hace mención en esos días a náuseas y vómitos.

3) Por otro lado, se reclama también a causa del diagnóstico tardío del ictus sufrido por la paciente, lo que relacionan los reclamantes con la presencia de

vómitos desde el ingreso en el Servicio de Cirugía en el periodo del 16 al 26 de septiembre de 2018.

Descartada sin embargo en el apartado anterior dicha circunstancia, procede ahora señalar que, tal y como se observa en los antecedentes clínicos de la paciente, la paciente presenta episodios de vómitos de forma reiterada en ingresos previos correspondientes a los años 2013 y 2017 en relación con la intervención quirúrgica de isquemia crónica MID e infección con retirada de prótesis respectivamente.

Constan vómitos en el ingreso en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar en abril de 2013 (días 4, 6 y 11) para intervención por isquemia crónica miembro inferior derecho, asoció estreñimiento. Náuseas, los días 7, 8 y 21 de abril de 2013. Asimismo, en el contexto de ingreso en febrero 2017, refirió vómitos alimenticios, se describen náuseas los días 17, 18 y 19 de febrero de 2017. Entre los diagnósticos consta insuficiencia renal leve prerrenal. Demandó asistencia en el Servicio de Urgencias hospitalario el 2 de marzo de 2017 por cuadro de vómitos de 8 días asociado a estreñimiento.

De ello concluye el informe del SIP que ninguna relación habría de guardar con el ictus esta sintomatología, dado que, en los referidos ingresos, muy anteriores a la fecha de intervención de fractura de cadera que nos ocupa, la paciente refirió el mismo cuadro digestivo de vómitos y náuseas asociado estreñimiento.

Además, el informe del SIP señala, respecto del ingreso en el Servicio de COT en septiembre de 2018, que se describen vómitos y náuseas con las siguientes características y en las siguientes fechas:

- 17 de septiembre: Manifiesta náuseas pero no vómitos.
- 19 de septiembre, refiere que el día anterior tuvo náuseas y vómitos que relacionó con permanecer en ayunas y luego comer.
- 21 de septiembre: A la salida de URPA manifiesta náuseas.
- 25 de septiembre: Vómito alimenticio, náuseas.

Este cuadro se acompañó de estreñimiento con respuesta a enemas, lo que se corresponde con los episodios de ingresos anteriores sin que guardaran relación alguna con ictus.

Como hemos señalado, durante los días posteriores al alta hospitalaria recibí atención sanitaria domiciliaria para administración de tratamiento clexane 40 mg los días 27, 28 y 29 de septiembre no constando mención a vómitos.

El día 2 de octubre refirió a su Médico de Familia vómitos «*desde hace 2 semanas*» acompañados nuevamente de estreñimiento.

Es el 3 de octubre cuando por primera vez acude al Servicio de Urgencias refiriendo continuar con vómitos y náuseas después del alta. Tras los estudios pertinentes es diagnosticada de fracaso renal agudo, proceso de reagudización de la enfermedad renal crónica que ya padecía (nefropatía diabética vs nefroangioesclerosis) por causa multifactorial (vómitos, ARAII, enemas, sospecha de ITU), razón por la que se decide ingreso en el Servicio de Nefrología para estudio. En este ingreso fue estudiada, además, por el Servicio de Digestivo describiéndose coledocolitiasis, colelitiasis como causa de los vómitos.

Por ello, señala el SIP en su informe, en relación a los vómitos, que constan como antecedentes previos otros ingresos, y que no se presentaron de forma brusca, ausencia de síntomas neurológicos acompañantes (cefalea, disminución del nivel de conciencia) y causa orgánica de los mismos. Este contexto clínico no guarda relación con el correspondiente al ingreso en periodo posterior en el Servicio de Neurología.

Posteriormente, tal y como se señala en la Propuesta de Resolución, de los informes incorporados al expediente, se objetiva que, durante su ingreso en el Servicio de Nefrología, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para tratar los síntomas que presentaba la paciente, que fueron debutando a partir de entonces y no antes, sin que pudiera relacionarse la sintomatología previa de vómitos con la que aconteció después.

Informa el SIP que, durante el ingreso en el Servicio de Nefrología se abordó el cuadro de insuficiencia renal, fue estudiada por el Servicio de Digestivo con relación al origen de los vómitos, se descartó infección urinaria (urocultivo negativo el 5), fue valorada por el Servicio de Rehabilitación (BM psoas 2/5, cuádriceps 3/5, TA 4/5, tríceps sural 4/5).

Además, presentó persistencia de hipertensión arterial y el día 14 de octubre a las 20:20 horas dolor torácico atípico. En la misma fecha los familiares objetivan que no gesticula con el lado derecho de la boca.

En la valoración por el Servicio de Neurología el día siguiente, 15 de octubre, se objetiva parálisis facial en ausencia de otro signo neurológico etiquetada de parálisis

facial periférica. En ese momento, en la exploración neurológica la paciente estaba consciente y orientada en las 3 esferas, atenta, sin alteraciones en el lenguaje ni de las funciones superiores. MOM conservados, no alteración de pares craneales bajos, no alteraciones sensitivas, fuerza en MSI y MII 3/5, MSD y MID 4/5 (en concordancia con la valoración realizada previamente por el Servicio de Rehabilitación, 21 de septiembre, después de la fractura de cadera e intervención).

Es el 16 de octubre cuando al despertar refiere alteración en el lenguaje y debilidad en extremidades derechas quedando ingresada en la Unidad de Ictus.

El informe del SIP concluye que con independencia de la patología objeto del ingreso de fecha 3 de octubre de 2018 (reagudización de IRC) sufre en el contexto de sus antecedentes de riesgo de ictus isquémico de probable origen aterotrombótico en territorio de ACM izquierda diagnosticado el 16 de octubre y abordado adecuadamente con trombectomía mecánica + stent en ACM + reopro.

Se trata de dos patologías diferenciadas y sin relación entre sí.

La paciente desarrolló este cuadro en el contexto de la presencia de importantes factores de riesgo. El factor de riesgo más importante del ictus después de la edad es la hipertensión arterial. Otros factores de riesgos presentes en la paciente son la diabetes y la dislipemia.

Activado el Código Ictus, es adecuadamente tratada según los protocolos, tal y como se informa por el Servicio de Neurología.

Se informa así por el SIP que la paciente sufre inicialmente un ictus isquémico de probable origen aterotrombótico. Ictus agudo en territorio ACM izquierda. Estenosis suboclusiva de ACM izquierda. El objetivo principal del tratamiento del ictus está basado en la restauración del flujo sanguíneo, es decir, recanalizar la arteria ocluida, recuperar el flujo de sangre (reperfusión) y limitar el volumen de tejido dañado.

El tratamiento agudo elegido ante la presencia de penumbra importante e Ictus de inicio desconocido (despertar) y ante la posibilidad de mejora con rehabilitación fue trombectomía mecánica (angioplastia y colocación de stent en segmento M1).

El TAC craneal de esa fecha, 16 de octubre, que objetivó infarto en territorio ACM izquierda descartó proceso hemorrágico.

No obstante, un accidente cerebrovascular isquémico puede presentar sangrado y convertirse en un accidente cerebrovascular hemorrágico. En el presente caso

abordado el ictus isquémico y no estando presente en TAC de 16 de octubre, en TAC de control de 17 de octubre se objetiva hemorragia subaracnoidea (HSA). En doppler, probable vasoespasmó que mejoró progresivamente en controles posteriores.

Entre los factores de mal pronóstico de la HSA se encuentra el vasoespasmó, respuesta arterial a los depósitos de sangre subaracnoidea¹.

A pesar del abordaje de la oclusión en ACM -ictus isquémico- sufre transformación hemorrágica y ulterior vasoespasmos con las consiguientes importantes secuelas neurológicas.

La situación de la paciente con importantes secuelas neurológicas aconsejó traslado a centro concertado para recibir tratamiento rehabilitador ingresando, el 7 de noviembre de 2018, en el Hospital (...). Sufre una sepsis de origen urinario que a pesar de tratamiento evolucionó a exitus en fecha 14 de noviembre de 2018.

Conforme a todo lo expuesto, cabe concluir que los servicios asistenciales actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, sin que el ictus sufrido por la paciente guarde relación alguna con tal asistencia, ni haya sido tardíamente diagnosticado ni incorrectamente tratado, por lo que no existe el requerido nexo de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento de la Administración para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de esta última.

4. Ya para terminar, aunque ciertamente podría haber sido lo primero que tendría que haberse destacado, los reclamantes no han aportado prueba alguna que permita relacionar los daños por los que se reclama con el funcionamiento de la Administración.

Y en relación con la carga probatoria hemos de traer a colación nuestra propia doctrina. Venimos reiterando de forma persistente lo mismo, en efecto, a propósito de dicho pormenor:

«5. Por lo demás, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

En relación con la carga probatoria y como hemos reiterado en múltiples ocasiones (entre otros, en el reciente Dictamen 49/2021, de 10 de febrero, en el que nos remitíamos al Dictamen 87/2019, de 13 de marzo) “que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 el presente caso no se ha desplegado actividad probatoria por la interesada que nos lleve a la convicción de que ha concurrido defectuoso funcionamiento del servicio público, y, por el contrario, consta, como se ha reseñado anteriormente, que el actuar de la Administración sanitaria fue el adecuado».

En el sentido expuesto nos manifestamos en nuestro Dictamen 63/2021, de 18 de febrero (con cita de otros anteriores). E igualmente, en la misma línea y sin solución de continuidad, cabría invocar muchos otros casos (valga la cita de los Dictámenes 132, 138 y 182/2021, entre los más recientes).

Se trata de una doctrina que resulta de plena aplicación al supuesto que ahora nos ocupa.

5. En suma, por virtud de cuanto antecede, 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 objeto de este Dictamen es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.