



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 2 7 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 290/2021 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 25 de abril de 2019 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización reclamada en más de 6.000 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 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 las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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.

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

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

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.

6. Este Consejo ya tuvo oportunidad de pronunciarse sobre este procedimiento en los Dictámenes 101/2021 y 512/2020, en los que manifestábamos que para poder analizar convenientemente la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, resultaba necesario retrotraer las actuaciones al objeto de que la Administración sanitaria emitiera los correspondiente informes preceptivos (tanto del Hospital General de La Palma como del SIP) señalados en el art. 81.1 LPACAP, respecto a las cuestiones complementarias que le fueron formuladas por el órgano instructor en su solicitud de informe de 29 de junio de 2020, y que una vez evacuado el citado informe (así como el subsiguiente informe complementario del SIP), procedería completar la tramitación del procedimiento administrativo a través de los cauces legalmente establecidos; esto es, acordándose la apertura de un nuevo trámite de audiencia a la interesada -previo traslado de los precitados informes complementarios-; y, finalmente, elaborando una nueva Propuesta de Resolución que se sometiera a dictamen de este Consejo Consultivo de Canarias.

7. Emitidos dichos informes y dado el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, nada obsta la emisión del preceptivo dictamen sobre el fondo de la reclamación planteada.

II

1. La reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria -tal y como se extrae de su escrito de reclamación inicial- en los siguientes antecedentes fácticos:

«PRIMERA.- Con fecha 25 de diciembre del 2018 me da un fuerte dolor de cabeza como si un líquido llenara mi cabeza y me quemara. Sabía que algo iba muy mal, no era un simple dolor de cabeza, por lo que comencé a gritar por mi pareja diciéndole que llamara a alguien que algo pasaba. A la misma vez me dieron una fuertes ganas de obrar hasta que perdí la conciencia en el baño y, por lo que dice mi pareja del fuerte dolor de cabeza mi cuerpo hizo de todo a la vez, obre, me vomite y orine, al poco volví en sí y me vi sentada en el váter y mi pareja llamando a la ambulancia y me volví a quedar inconsciente luego pudieron sacarme del baño con más familiares que llegaron y me pusieron en posición de defensa, como le dijo el médico de 112 en el suelo, mi pareja me cuenta que mis ojos se quedaron en blanco y la lengua me la tubo que destrabar; pronto llega la ambulancia y les cuenta todo lo sucedido yo vuelvo en mi aunque hablo muy lento y voy y vengo en estado de seminconsciencia.

Soy trasladada hasta el hospital de La Palma donde ingreso 13.47 y me ponen todo tipo de sedantes, calmantes y me hacen una analítica, allí me tienen en observación sin hacerme ninguna otra prueba. Nadie habla con mis familiares para preguntarles lo sucedido, suponemos que el doctor de urgencias hablaría con el personal de la ambulancia que si pregunto a mi pareja nada más llegar a la casa. Casi todos pensábamos que algo grave pasaba pues los síntomas de lo que había pasado no era normal (persona joven, 34 años, con poliquistosis renal, un fuerte dolor de cabeza repentino, pérdida de conocimiento, descontrol de esfínteres, etc.), menos la doctora que me atiende que dice que es una simple cefalea que me durará 3 días y aunque mi familia no está conforme con que me den el alta sin realizarme un escáner finalmente no nos queda más remedio que aceptar el alta ya que al ir mi madre a hablar con la doctora para expresarle su disconformidad, la única respuesta que recibe por parte de la doctora es que si no está conforme la van a pasar a un sillón en una sala de espera porque les hace falta la camilla que estaba ocupando y evidentemente la forma de decirlo no fueron las más agradables.

Los síntomas que presento con el momento del alta son: habla muy lento adormitada y con un dolor de cabeza insoportable.

Sobre las 03.00 del día 26/12/18 me incorporo de repente en la cama y vomito puro líquido, mi familia decide volver para urgencia ya que sigue dudando que sea un simple dolor de cabeza. Ingreso sobre las 04.00 y como vieron que había estado horas antes allí me pasan directamente a la sala polivalente a un sillón. La doctora de guardia que me atiende esta vez tampoco considera hacerme un escáner, aunque mi familia se lo ruegue pues como yo me cogía de la cara, nariz y ojos para aguantar mi cabeza que no la soportaba, comento que sería sinusitis como si yo no supiera lo que era una sinusitis.

Paso toda la noche en urgencias, nuevamente sin hacerme ninguna prueba y llena de calmantes para el dolor sin que estos sirvan para nada, sabiendo que tengo riñones poliquísticos y soy propensa a tener aneurisma y encima tengo antecedentes familiares pues toda mi familia paterna padece de la misma enfermedad. A primera hora de la mañana mi madre como trabaja para el Servicio Canario de Salud busca a la que fue mi nefróloga durante muchos años y conoce el caso de mi familia ella subió a urgencia a pedirle a la doctora de urgencia que me hicieran un escáner ya que sufro de dicha enfermedad por lo menos para descartar y así fue, si no es por ella no me lo hubieran hecho pues la doctora de urgencias seguía diciendo que no era necesario el realizar el escáner. Finalmente me hacen el escáner y por desgracia teníamos razón. Tenía una hemorragia subaracnoidea por lo tanto llevaba ya más de 24 horas con un derrame en mi cabeza y nadie hizo nada.

SEGUNDO.- Como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria debe de organizarse de urgencias mi traslado a UVI del Hospital Universitario de Canarias en helicóptero que por suerte en ese momento se encontraba en el Hospital de La Palma para trasladar a otro enfermo.

En el Hospital Universitario de Canarias al que soy trasladada, como se ha indicado el día 26 de diciembre del 2018, e ingresada en el mismo por un periodo de 23 días en el que como consecuencia de presentar un cuadro de hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma de arteria comunicante anterior debo ser tratada en varias ocasiones mediante procedimiento endovascular, a raíz de lo cual estuve de baja durante 93 días, distribuidos en: Días de hospitalización 23 y días improductivos 93.

Asimismo, he sufrido un importante daño moral derivado del prolongado periodo en que padecí las molestias propias de la rotura de un aneurisma (dolor de cabeza repentino y muy intenso, náuseas y vómitos, rigidez en el cuello, sensibilidad a la luz, pérdida de conocimiento y confusión) además de padecer de base poliquistosis renal que se incluye entre los factores de riesgo de sufrir rotura de aneurisma y sin embargo se entendiendo por los facultativos de urgencias que se trataba de una simple cefalea negándose a realizarme ningún tipo de prueba dándome el alta en una ocasión y en la segunda se me traslada a los sillones de la sala polivalente porque me niego a irme a mi casa. Si no es por la actuación de mis familiares probablemente el desenlace hubiera sido mucho más traumático de lo que ha sido o incluso la muerte. Todo esto ha motivado y generado en la actualidad un estado de ansiedad e inseguridad respecto al servicio canario de salud.

En consecuencia, reclamo (...) por daño moral».

2. La perjudicada formula reclamación de responsabilidad patrimonial al entender que «los daños reclamados son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria imputable a la Administración (...) » (Hecho segundo del escrito de reclamación). En este sentido, el escrito de reclamación inicial expone lo siguiente (Hecho tercero -folios 4 y 5-:

«Entiende esta parte que en el presente caso existe una infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria, tal como se constata de los documentos acompañados, de la que se deriva, en patente nexo de causalidad, el resultado dañoso producido y cuya indemnización se reclama y todo ello partiendo del terreno del diagnóstico pues la obligación del médico es realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica en ese momento. La omisión de las pruebas exigibles en atención a las circunstancias del paciente y el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para reclamar una responsabilidad (sentencias TS. 679/2010 de 10 de diciembre; 173/2012 de 30 de marzo; 33/2015, de 18 de febrero). En el presente caso se le diagnostica a la paciente de cefalea en una primera ocasión y en una segunda de sinusitis negándole tras varias peticiones de la realización de un escáner el cual se realiza tras la insistencia familiar que motiva que la que la fue la nefróloga de la paciente le solicite a la doctora de urgencia que le realice dicha prueba la cual se omitió a pesar de la sintomatología que presentaba (dolor de cabeza repentino y muy intenso con pérdida de conocimiento, fotofobia, convulsiones (...)) más mis antecedentes de salud todos propios y factores de riesgo (poliquistosis renal) de la rotura de una aneurisma de la que finalmente fue diagnosticada e intervenida en dos ocasiones en el Hospital Universitario de Canarias tras 23 días de ingreso y 93 días de baja laboral.

Cabe entonces afirmar que en el caso que nos ocupa existió falta de medios en la actuación de los profesionales médicos del servicio de urgencias ya que el diagnóstico erróneo (cefalea) con el correspondiente riesgo de muerte ocasionó un daño moral innecesario además de exigir la aplicación de tratamientos muchos más agresivos y penosos para el paciente. Por lo que entiendo que debe apreciarse la culpa o negligencia exigida a los médicos, así como al Hospital de La Palma.

Como consecuencia de dicha culpa o negligencias se me ha ocasionado un daño moral cuya cuantía se ha fijado atendiendo a la sana crítica ante la frustración, el descrédito, la intranquilidad, el desasosiego que sufrí tanto yo, añadido al padecimiento propio de la enfermedad, como mi familia y que en la actualidad me han generado un alto nivel de ansiedad».

3. El SIP informa lo siguiente:

- Mujer que a la edad de 34 años y con antecedentes personales de alergia a la amoxicilina, poliquistosis renal, HTA, valvulopatía aórtica no reumática, hernia discal lumbar que el día 25/12/2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma en ambulancia a las 13:47 horas por un cuadro de cefalea, vómitos y supuesto cuadro sincopal (según notas clínicas de urgencias). No se objetiva focalidad necrológica, se pauta tratamiento y se mantiene en observación. Pasadas unas horas se mantiene el cuadro sin focalidad neurológica, no considerándose inicialmente

indicada la realización de pruebas de imagen a criterio médico en ese instante. Se decide alta a las 18:48 horas con analgesia y aconsejando reposo y en caso de empeoramiento o nuevos síntomas regresar al servicio de urgencias.

- El 26/12/2018, a las 04:00 horas regresa al Servicio de Urgencias por empeoramiento de los síntomas. Se realiza nueva exploración sin objetivarse focalidad neurológica, se pauta tratamiento y se mantiene en observación a la paciente. A las 09:06 horas se solicita TAC. Ante el resultado de hemorragia subaracnoidea en la TAC se realiza interconsulta a la UCI, y tras consultar con el neurocirujano de guardia del Hospital de referencia para esta patología (Hospital Universitario de Canarias) se procede a solicitar traslado a este hospital a través del 112.

- La paciente permanece ingresada en el Hospital Universitario de Canarias entre el 26/12/2018 y el 18/01/2019. Durante este tiempo se realizan arteriografías terapéuticas el 26/12/2018 (oclusión de aneurisma mediante coils), el 03/01/2019 y el 07/01/2019 (por vasoespasma en ambas ocasiones tratado mediante infusión de verapamilo con buen resultado). Al alta la paciente se encuentra con exploración neurológica normal.

Consideraciones del SIP:

- Tal como consta en la historia clínica, el 25/12/2018 la paciente acude a urgencias del Hospital General de La Palma por primera vez a las 13:54 horas por el facultativo médico. Consta en las anotaciones clínicas un cuadro sincopal con cefalea y vómitos e ingesta de alcohol la noche previa sin alteraciones o focalidad neurológica relevantes.

Ante este cuadro se piden pruebas complementarias (analítica) y se deja a la paciente en observación a la espera de resultados. Consta nueva valoración a las 18:08 horas y a las 18:47 horas sin cambio alguno. Ante resultado analítico sin hallazgos relevantes y tras tres evaluaciones con exploración física normal se decide alta con las recomendaciones mencionadas en el punto anterior, ya que, tal como menciona el jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital General de la Palma, no estaba en ese momento, a criterio médico, indicada la realización de pruebas de imagen.

- El síncope es una pérdida súbita y breve de la conciencia con ausencia de tono postural seguida de recuperación espontánea. El paciente queda inmóvil y flácido y en general tiene los miembros fríos, el pulso débil y la respiración superficial. A

veces se producen breves sacudidas musculares involuntarias, que se asemejan a una convulsión. En general se indican las siguientes pruebas:

- ECG.
- Oximetría de pulso.
- En ocasiones, ecocardiografía.
- En ocasiones, prueba de la mesa basculante.
- Análisis de sangre sólo si corresponde en función de la evaluación clínica.

Rara vez, deben solicitarse estudios de diagnóstico por la imagen del SNC. En general, si el síncope provoca una lesión o es recidivante (en particular en poco tiempo), se justifica la indicación de otras pruebas. No se solicitan pruebas de diagnóstico por imágenes cardíacas y cerebrales a menos que lo indiquen los hallazgos clínicos (sospecha de etiología cardíaca o deficiencia neurológica). Los pacientes en los que se sospechan arritmias o isquemia deben internarse para su evaluación. En los demás individuos, las pruebas pueden efectuarse de manera ambulatoria. Extraído de *«manual MSD, versión para profesionales»* edición online.

- Al regresar al servicio de urgencias el día 26/12/2018 a las 04:15 horas es valorada por facultativo médico y según se extrae de las anotaciones clínicas se añade ftofobia, náuseas, astenia (muy cansada) y pérdida de apetito al cuadro clínico. La exploración neurológica continúa siendo rigurosamente normal. Se solicita nueva analítica, se pauta tratamiento y se mantiene a la paciente en observación. A las 09:06 horas ante la persistencia del cuadro se considera oportuno solicitar CT craneal, que se realiza a las 11:35 horas (según notas de enfermería) y se gestiona traslado urgente al Servicio de neurocirugía del Hospital Universitario de Tenerife.

- Este traslado no es *«consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria»*, al contrario, ante el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea, y la imposibilidad de ser tratada en el centro de diagnóstico, la adecuada asistencia sanitaria consiste en el traslado al hospital de referencia con capacidad para terapéutica de dicha patología en el menor plazo de tiempo posible tal como se ha realizado.

- Tras ser dada de alta hospitalaria por curación sin secuelas por parte del servicio de neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias el día 18/01/2019, la paciente es vista en revisión en consulta de neurocirugía el 07/03/2019, emitiéndose informe en el que no se aprecia contraindicación alguna para reiniciar su vida laboral

y es dada de alta laboral por su MAP el 08/03/2019. Por lo que entre el inicio del cuadro el 25/12/2018, con ingreso hospitalario el 26/12/2018 y el alta laboral el 08/03/2019 transcurren 73 días, de los cuales se consideran 23 de hospitalización y 50 improductivos.

- Por último, es innegable el efecto que en cualquier paciente genera el padecimiento de una enfermedad que requiere ingreso y procedimientos quirúrgicos, máxime cuando ha habido complicaciones (dos vasoespasmos que requirieron arteriografía durante el ingreso) y además se ha desarrollado de urgencias (aumenta considerablemente el estrés con respecto a patologías/intervenciones que cursan de forma programada o esperada). Todo esto sumado a experiencias previas de ansiedad por la percepción de las propias limitaciones físicas derivadas de otras patologías como en este caso, tal como se infiere de su historial, destacando como ejemplo las notas del Servicio de Rehabilitación de septiembre y octubre de 2015 en las que consta «paciente con demanda-ansiedad por su situación-sensación de limitación laboral», hace sea innegable el daño y la afectación psicológica que padece la paciente por, según sus propias palabras, *«las molestias propias de la rotura del aneurisma que padeció»*. Sin embargo, este cuadro se ha resuelto completamente sin secuelas y no consideramos estas alteraciones psicológicas consecuencia del funcionamiento de la asistencia sanitaria sino propias del mismo proceso en sí.

Conclusiones del SIP:

En función de lo relatado previamente se emite informe desfavorable a la reclamación.

4. El SIP emite informe complementario en que expone lo siguiente:

«En relación a lo expuesto en el Dictamen 101/21 del Consejo Consultivo de Canarias:

a.- Si era necesario realizarle un TAC a la interesada en alguna de las veces en que estuvo ingresada los días 25 y 26 de diciembre.

Hasta las 04:15 horas del 26.12.18 la exploración neurológica era normal, con maniobras específicas realizadas: valoración del nivel de conciencia y estado mental. Exploración de nervios craneales. Valoración de masa muscular, tono y fuerza. Movimientos anormales o no. Sensibilidad. Reflejos. Coordinación. Marcha, etc.

Esto es, no presentó alteración de la consciencia, convulsiones ni déficits neurológicos focales, etc., que justificaran otra actitud, como se constata en la Historia Clínica:

“ (...) Exploración neurológica: Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, sin alteraciones del lenguaje siendo este fluido y coherente. Pupilas isocóricas normorreactivas,

con reflejo consensual normal, sin nistagmo ni diplopia. Pares craneales explorados normales, con facial centrado y sin focalidad neurológica. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica en las cuatro extremidades. Marcha normal. Maniobra dedo-nariz normal. No hemianopsia por confrontación, no disartria ni afasia. No signos de irritación meníngea (...) ”

A las 09:06 h del día 26.1.18, ante la persistencia de los síntomas cefaleas y vómitos se solicita entonces TAC craneal, por la médica de Urgencias.

Entre el comienzo de la asistencia a las 13:47 horas del día 25 hasta la solicitud del Tac a las 09:06 horas del día 26 transcurren menos de 19 horas, ello no condicionó ni un cambio en el tratamiento necesario ni produjo un resultado desfavorable.

La reclamación es formulada por daño moral “ (...) derivado del prolongado periodo en que padecí las molestias propias de la rotura de aneurisma (...) ”, no resulta periodo prolongado considerar una supuesta demora de 19 horas.

Habría que tener en cuenta, que con carácter retrospectivo siempre es posible establecer hipótesis, conocido el resultado final, lo que se pudo haber hecho o no y qué actitud diagnóstica debió adoptarse o no.

b.- Las consecuencias que pudo tener en la recuperación de la paciente el transcurso de las siete horas y media transcurridas desde su ingreso en urgencias, por segunda vez, hasta la efectiva realización del TAC:

No existieron consecuencias. El aneurisma quedó ocluido de forma completa. No presenta secuelas. Ni siquiera prolongación del tiempo estándar de curación de la patología que aquejaba. La conclusión es que el daño no se ha llegado a producir y no cabe reconocer indemnización por lo que podría haber pasado, pero no ha llegado a pasar».

5. En el trámite de audiencia, la reclamante alega lo que sigue:

«1. En relación con lo expuesto en el dictamen 101/21 del Consejo Consultivo de Canarias a si era necesario realizarme un Tac, pues claramente desde que llego a hospital ya que mis síntomas eran bastante claros de que era una rotura de aneurisma, (dolor de cabeza intenso de repente como si me estuvieran quemando media cabeza, seguidamente nauseas vómitos, diarreas, perdida del conocimiento y convulsiones cuando llega la ambulancia me encuentra en el suelo de lado en posición fetal, por lo tanto fueron suficientes razones para haberme realizado un TAC desde el primer momento ya que tuve perdida de ESFINTER).

2. Luego en dicho informe dice que hasta las 4:15 de la noche 26/12/2018 la exploración era normal, hora a la que vuelvo al hospital después de darme el alta porque me continuaban los vómitos, pues igualmente me pusieron en un cuarto y siguieron pensando que no necesitaba un TAC.

3. Dice también dicho informe que a las 09:06h del día 26/01/2018 por la persistencia de cefalea vómitos solicitan el TAC, y eso es totalmente mentira me hacen el TAC por como digo en escritos anteriores mi madre consigue a mi nefróloga para que por favor suba a urgencia hablar con los médicos y me hicieran dicha prueba ya que por mi enfermedad de riñón poliquístico tenía riesgo de aneurisma.

4. Hablan de 19 horas mientras esperé para una prueba, y dicen que eso no condicionó según ellos a ningún cambio en el tratamiento necesario, y entonces porque nada más hacerme el TAC me mandaron rápidamente a la UCI y me ponen tratamiento urgentemente, pues fueron 19 horas que yo me debatí entre la vida y la muerte mientras los médicos de urgencia no hicieron nada sino esperar que se me fuera el dolor de cabeza.

5. Y por último y no menos importante comentan que no existió consecuencias, que no tengo secuelas y que el daño no se llegó a producir, pues señores el derrame cerebral me dio, está claro que eso no es culpa de nadie, pero si como se tramitó que de suerte estoy viva, ya que de 10 personas lo cuenta solo una, como me dicen los médicos de hoy, y si tengo secuelas por lo que viví yo y mi familia y cada uno tiene que responder por sus actos y el procedimiento no se hizo bien supongo porque eran fechas festivas y no se le dio la importancia que debería, pues ahora deben de responder por sus errores».

6. Por último, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en particular, porque está acreditado que la actuación del SCS fue conforme a la *lex artis* y no existió daño antijurídico indemnizable.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), 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, LRJAP-PAC- requisito esencial 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).

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, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en un presunto error de diagnóstico, pues se le diagnostica cefalea en una primera ocasión y en una segunda sinusitis, negándole tras varias peticiones la realización de un escáner. Entiende, en consecuencia, que existió falta de medios en la actuación de los profesionales médicos del servicio de urgencias ya que el diagnóstico erróneo (cefalea) le ocasionó, ante el riesgo de muerte, un daño moral innecesario además de exigir la aplicación de tratamientos muchos más agresivos y penosos para el paciente.

Sin embargo, sin la constatación de estos hechos es imposible establecer que existiera 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 del nexo causal entre los daños por los que reclama y la supuesta falta de la disposición de medios que produjo, a su entender, un error o retraso en el verdadero diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta la alegaciones de la reclamante. Así, en el informe del SIP se afirma que hasta las 04:15 horas del 26.12.18 la exploración neurológica era normal, con maniobras específicas realizadas: valoración del nivel de conciencia y estado mental. Exploración de nervios craneales. Valoración de masa muscular, tono y fuerza. Movimientos anormales o no. Sensibilidad. Reflejos. Coordinación. Marcha, etc. Esto es, no presentó alteración de la consciencia, convulsiones ni déficits neurológicos focales, etc., que justificaran otra actitud, como se constata en la Historia Clínica: « (...) *Exploración neurológica: Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, sin alteraciones del lenguaje siendo este fluido y coherente. Pupilas isocóricas normorreactivas, con reflejo consensual normal, sin nistagmo ni diplopia. Pares craneales explorados normales, con facial centrado y sin focalidad neurológica. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica en las cuatro extremidades. Marcha normal. Maniobra dedo-nariz normal. No hemianopsia por confrontación, no disartria ni afasia. No signos de irritación meníngea (...)* ».

A las 09:06 h del día 26.1.18, ante la persistencia de los síntomas cefaleas y vómitos se solicita entonces TAC craneal, por la médica de Urgencias.

Entre el comienzo de la asistencia a las 13:47 horas del día 25 hasta la solicitud del Tac a las 09:06 horas del día 26 transcurren menos de 19 horas, ello no condicionó ni un cambio en el tratamiento necesario ni produjo un resultado desfavorable.

El SIP se muestra contundente al afirmar que el transcurso de las siete horas y media transcurridas desde su ingreso en urgencias, por segunda vez, hasta la efectiva realización del TAC no tuvo consecuencias: El aneurisma quedó ocluido de forma completa. No presenta secuelas. Ni siquiera prolongación del tiempo estándar de curación de la patología que aquejaba. La conclusión es que el daño no se ha llegado a producir y no cabe reconocer indemnización por lo que podría haber pasado, pero no ha llegado a pasar.

De lo anterior se desprende que la reclamante no sólo no ha probado lo que alega (que hubo error de diagnóstico, pues se le diagnostica cefalea en una primera ocasión y en una segunda sinusitis, negándole tras varias peticiones la realización de un escáner, lo que le ocasionó, ante el riesgo de muerte, un daño moral innecesario además de exigir la aplicación de tratamientos muchos más agresivos y penosos para el paciente), sino que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que la se le prestó una adecuada asistencia, pues los síntomas que presentaba en ese momento, a criterio médico, no indicaban la realización de pruebas de imagen.

Está acreditado que se le realizaron las pruebas pertinentes de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible (exploración neurológica que era normal, con maniobras específicas realizadas: valoración del nivel de conciencia y estado mental. Exploración de nervios craneales. Valoración de masa muscular, tono y fuerza. Movimientos anormales o no. Sensibilidad. Reflejos. Coordinación. Marcha, etc.), por lo que hay que afirmar que se ha respetado la *lex artis*, descartándose una inadecuada asistencia por error o demora en el diagnóstico, ya que ante la persistencia de los síntomas iniciales se decidió, dentro de un tiempo prudencial, realizarle el TAC craneal, que evidenció el derrame, lo que precipitó el posterior traslado al centro de referencia de Tenerife.

En este sentido y en supuestos como el que nos ocupa, la doctrina del Tribunal Supremo es clara al mantener la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial. Así, por ejemplo en las Sentencias TS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007 se afirma que:

«todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico».

Estas consideraciones, son aplicables a este supuesto, ya que como hemos venido manteniendo desde el Dictamen 393/2015, «en modo alguno se puede considerar el diagnóstico inicial incorrecto en atención a los síntomas que presentaba la interesada en el momento de formularse el mismo, que es cuando corresponde realizar su valoración» y no cuando, como es el caso, ante la persistencia de unos limitados síntomas, se amplían las pruebas que dan con el diagnóstico final, que es adecuadamente tratado, sin que, además, hayan quedado secuelas.

De todo lo relatado se desprende que la atención sanitaria recibida por la interesada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, ya que se realizaron las pruebas pertinentes a la vista de la sintomatología que presentaba, no apreciándose mala praxis.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, así como la prohibición de regreso, rompen 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 de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.