



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 8 9 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de marzo de 2022.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 48/2022 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante oficio de 3 de febrero de 2022 (con registro de entrada el día 4 de febrero de 2022), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de decirse que, si bien el interesado no ha cuantificado la indemnización que solicita, ni en la reclamación que presenta ni a lo largo de la tramitación del procedimiento, sin embargo, la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que, de estimarse, el importe de la indemnización superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (por todos, Dictamen 579/2021, de 9 de diciembre). Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación, además de la LPACAP; la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

4. 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 Dirección del SCS, 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. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

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, mediante el SCS.

6. Concorre el requisito de no extemporaneidad de la reclamación formulada (art. 67 LPACAP), pues aunque esta se presenta el 8 de julio de 2019, respecto a un daño derivado de la intervención quirúrgica realizada el 11 de abril de 2018, con reintervenciones el 2 y 28 de mayo de 2018, por las que recibió el alta hospitalaria el 6 de junio de 2018, sin embargo, el afectado fue reintervenido por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, el 2 de agosto de 2018, como consecuencia, precisamente, de la anterior intervención que consistió en la amputación de cuatro dedos del MSI. Por tanto, no está prescrita la acción para reclamar.

## II

1. La representante legal del interesado expone en la reclamación, como fundamento de su pretensión resarcitoria lo siguiente:

*« (...) El 9 de abril de 2018, con motivo de una caída, (...) fue atendido por el Servicio Canario de Salud, en urgencias del Hospital Negrín, donde le colocaron una férula en la mano izquierda. Ante aumento del dolor, acudió nuevamente el 10 de abril de 2018, a las 5.40h, y tras retirarle la escayola y sin ningún análisis, procedieron a ponerle otra.*

*Quince horas más tarde, el 10 de abril de 2018 a las 20.42h, continuando el dolor, acude de nuevo a urgencias pero, utilizando su seguro federado e inquieto por la anterior visita, se dirige al Hospital (...), donde le diagnostican "sepsis grave secundaria a contusión de mano izquierda" y lo derivan en ambulancia al Hospital Negrín.*

*Allí ingresa urgente el día 11 de abril de 2018 con diagnóstico de "shock séptico por fascitis en MSI" y permanece hasta el alta hospitalaria el día 6 de junio de 2018, tras la amputación de cuatro dedos de su mano izquierda. A raíz de la misma, con fecha 24 de julio de 2018, le realizan una nueva intervención en el miembro superior izquierdo.*

*Actualmente mi representado padece una minusvalía del 67% y considera que podría haberse evitado con un diagnóstico preciso en su segunda visita al Hospital Negrín el día 10 de abril de 2018, por lo que reclama la correspondiente indemnización (...) ».*

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan, particularmente, las siguientes actuaciones, tras la presentación de la reclamación el 8 de julio de 2019:

- El 8 de agosto de 2019, se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, en concordancia con lo dispuesto en los arts. 66, 67 y 68 LPACAP. Por lo que, en fecha 16 de septiembre de 2019, fue atendido el citado requerimiento.

- Por Resolución de 8 de octubre de 2019, de la Directora del SCS, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, indicando la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- El 15 de noviembre de 2021, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe, previos los informes preceptivos de los servicios intervinientes en la atención sanitaria prestada [historia clínica del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN), informes de los Servicios de Cirugía Ortopédica y

Traumatología (COT) y de Urgencias, ambos del HUGCDN, así como historia clínica de Atención Primaria, entre otros].

- El 17 de noviembre de 2021, se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las propuestas por el interesado, y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite, lo que se notifica debidamente.

- El 17 de noviembre de 2021, se confiere al interesado el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, notificándose efectivamente, sin que haya presentado escrito de alegación alguno.

- El 1 de febrero de 2022, se emite Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión del interesado.

3. 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).

### III

1. La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio, pues el órgano instructor considera que, tras la instrucción del expediente, no concurre el nexo causal necesario para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre y 69/2019, de 28 de febrero), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias 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 LRJSP).

3. Entrando en el fondo del asunto planteado por el interesado, el objeto de la reclamación se centra en el diagnóstico erróneo en su segunda visita al Servicio de Urgencias del HUGCDN el 10 de abril de 2018 y consecuente tratamiento e intervenciones quirúrgicas soportadas; aportando el interesado con efectos probatorios diversa documental, principalmente médica.

4. El SIP, a la vista de la historia clínica del paciente y los informes médicos preceptivos, establece el siguiente orden cronológico de los hechos sobre la asistencia médica que el paciente recibió:

*«A.- Reclamante hombre con fecha de nacimiento 08.04.64 que cuenta entre sus antecedentes: Enfermedad de Crohn, Linfoma NH tipo B, Enfermedad renal crónica Estadio G3aA1, Trastorno adaptativo y lumbalgia, entre otros.*

*Desde 2014 tramitando procedimiento para declaración de discapacidad.*

*B.- En la fecha 9 de abril de 2018 acude al Servicio de urgencias del HUGCDN alrededor de las 17:35 h. presentando dolor en mano izquierda tras caída el día anterior con apoyo de la misma.*

Se realiza radiografía que no muestra signos de fractura. A la exploración: Dolor a la palpación de 4º y 5º metacarpiano con intensa tumefacción, sensibilidad y perfusión distal conservada.

Se coloca férula de inmovilización y se pauta tratamiento analgésico-antiinflamatorio. Recomendación de acudir a su médico de cabecera para seguimiento.

C.- El 10 de abril, aproximadamente a las 05:40 h regresa al Servicio de Urgencias del HUGCDN.

Es valorado por traumatólogo Dr. (...), a la exploración presenta: " (...) aumento de volumen, doloroso a la movilización de los dedos de forma pasiva y activa. No crepitación. No aumento de temperatura con contralateral. Presenta dos heridas superficiales. No fiebre. Dolor a la palpación en 5º metacarpiano (...) ".

Siendo el mecanismo causante del dolor en mano izquierda una caída con apoyo de la misma se mantiene el diagnóstico de contusión en mano aplicando medidas conservadoras, inmovilización, hielo, tratamiento médico. Tras observación sin signos de complicación, es alta a las 11:03 h.

D.- Es esta atención sanitaria de 10.04.18 en la que el reclamante considera que no se realizó un diagnóstico preciso que hubiera evitado el daño.

Sin embargo, a la exploración no existe una colección que fluctúa o absceso drenable, no existen signos o síntomas de alarma que hablen de potencial gravedad como anestesia cutánea, ampollas o flictenas, crepitación, bullas violáceas, dolor desproporcionado, fiebre, signos de afectación sistémica (taquicardia, taquipnea (...)), etc.

Las ampollas/flictenas o vesículas como resultado de la isquemia de los tejidos, es un signo patognomónico de una infección necrosante de tejidos blandos y debe alarmar por la inminencia de una fascitis.

E. Solicita asistencia a través de seguro privado al Hospital (...), a las 20:42 h del día 10 de abril.

Se observa nueva sintomatología. A la exploración: " (...) Mano izquierda con herida puntiforme con supuración, palidez de la mano, secreción purulenta, pulsos débiles, flictenas, hipoestesia hasta la muñeca, aumento de volumen hasta el codo (...) " se inicia antibioterapia con ceftriaxona 1 gr y es derivado al HUGCDN.

F.- Ingresa en el HUGCDN a las 22:29 h del día 10.04.18, habiendo transcurrido 12 horas desde el alta (11:03 h del 10.04.18).

Acude ahora con importante dolor, celulitis de la mano izquierda, aumento de volumen asociado a cambios tróficos y leve empastamiento sin claros signos de celulitis en antebrazo y brazo ipsilaterales.

*Valorado por especialista de Cirugía plástica y Medicina Interna se solicita analítica y ante la sospecha diagnóstica: Tenosinovitis vs fascitis, se pide TAC que mostró fascitis superficial. Inicia tratamiento con antibioterapia.*

*Con los resultados obtenidos y con el diagnóstico de sepsis grave y probable fascitis necrotizante, se decide llevar a quirófano para desbridamiento, realizando procedimiento quirúrgico a partir de las 03:00 h ya del día 11. Durante la cirugía presenta inestabilidad hemodinámica por lo que sube a la Unidad de Reanimación intubado en ventilación mecánica.*

*G.- En la mañana del día 12 de abril se solicita valoración por Cirugía Plástica al observar empeoramiento del estado general.*

*A la exploración se evidencia progresión a pesar del tratamiento quirúrgico previo, aun cuando los límites eran adecuados, y del tratamiento antibiótico, la infección podría seguir progresando y se decide entonces reintervención para ampliación del desbridamiento y amputación de regiones necrosadas. Firma el Consentimiento informado su hija.*

*En la intervención iniciada aproximadamente a las 12:00 h se observa: Necrosis de dedos 1º a 4º con pedículos trombosados, musculatura viva con aspecto viable, fascia profunda bien, no pus ni signos celulíticos o de infección a nivel de antebrazo y brazo. Piel dorsal restante en mano necrosada. D5 viable.*

*Se realiza: Desbridamiento de todo el tejido superficial necrosado (profundo sano), y amputación por isquemia a nivel metacarpo-falángico de los dedos 1º a 4º mano izquierda.*

*El paciente sufrió shock séptico por fascitis necrotizante Tipo II, de miembro superior izquierdo por Streptococcus pyogenes que precisó amputación de los primeros 4 dedos mano izqda.*

*Permanece en Reanimación-UMI hasta el 23.04.18 y por evolución favorable con shock séptico resuelto pasa a planta de hospitalización de Cirugía Plástica.*

*En seguimiento posterior con lecho de herida limpio, como se expone la cabeza de metacarpianos se programa para cobertura con injertos y colgajo. Intervención quirúrgica que se realiza en dos tiempos: 2 de mayo de 2018 y 28 de mayo de 2018.*

*Cursa alta hospitalaria con evolución favorable el día 6 de junio de 2018.*

*H.- Realiza seguimiento en consultas externas y el 2 de agosto de 2018 se realiza por Cirugía plástica Injerto de piel parcial sobre herida en zona lateral de mano izquierda con zona donante en antebrazo. Epiteliza con perfecta evolución (...) ».*

Además, el SIP realiza las siguientes consideraciones, por las que finalmente concluye que no existe responsabilidad sanitaria. Así, indica:

« (...) La fascitis necrotizante es definida como una infección infrecuente, rápidamente progresiva que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica, con una tasa de mortalidad elevada debido a su rápida progresión a shock y fallo multiorgánico.

Los signos y síntomas de la fascitis necrosante son inespecíficos en las fases iniciales de la enfermedad, lo que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento.

La evolución del cuadro se divide en tres estadios clínicos:

El primero simula cualquier infección banal de tejidos blandos y consta de eritema, calor, dolor y edema del área afectada. Cabe resaltar que el dolor siempre es desproporcionado al comparar su intensidad con el compromiso cutáneo aparente.

En el estadio II aparecen vesículas (ampollas) como resultado de la isquemia de los tejidos, signo que es patognomónico de una infección necrosante de tejidos blandos y debe alarmar por la inminencia de una fascitis, además la piel se indura y puede fluctuar.

Estadio III la necrosis se hace evidente, las vesículas se llenan de material hemático, la piel cambia a una coloración violácea, se presenta crepitación y debido a la muerte de los tejidos el dolor desaparece convirtiéndose en anestésica al área comprometida

Otros síntomas: fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, etc.

El tratamiento se basa en tratamiento quirúrgico extenso y precoz, cobertura con antibioterapia y soporte hemodinámico.

Supone la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y al desarrollo, en un tercio de los pacientes, de shock y fracaso multiorgánico. La mortalidad por Fascitis necrotizante tipo II es superior al 40% (...)».

5. La evolución de la enfermedad del paciente, descrita por el SIP, se reafirma en los distintos informes médicos obrantes en el expediente. Por ejemplo, el informe emitido por el Servicio de Radiología indica, en la exploración realizada el 11 de abril de 2018, que:

« (...) sufre caída hace dos días mientras hacía barranquismo sobre unas pozas con resultado de traumatismo en mano izquierda sin fractura asociada. Acude ahora con importante dolor, celulitis de la mano, aumento de volumen asociado a cambios tróficos y leve empastamientos sin claros signos de celulitis en antebrazo y brazo ipsilaterales. Ruego valoración.

•Se identifica una asimetría de ambos miembros superiores a expensas de marcado aumento en el volumen del izquierdo respecto al contralateral que ocurre en forma de un engrosamiento cutáneo difuso con también engrosamiento y trabeculación de aspecto edematoso del tejido celular subcutáneo en todo el miembro incluido. Asociando en tercio

*distal algunas flictemas a nivel cutáneo. En profundidad dicha edematización de tejido celular subcutáneo se colecciona de forma laminar y grosor de hasta 8 mm en torno a la fascia superficial de la musculatura, sobre todo en el aspecto posterolateral y anterior proximal del miembro, en relación con fascitis superficial.*

*No se observa borramiento de planos grasos ni engrosamientos de las fascias profunda en los diferentes compartimentos musculares que sugieran la presencia de una miositis o fascitis profunda. No se objetivan subfusiones o colecciones aéreas que sugieran fascitis necrotizante aunque esto podría presentarse sin este contenido gaseoso.*

*No se observan alteraciones óseas significativas.*

*Nota: Si no se adoptara una actitud quirúrgica urgente en este momento, podría valorarse una opinión de este caso por parte de la Sección especializada de Musculoesquelético cuando sea posible, a evaluar esta posibilidad por su parte (...)».*

6. Asimismo, en el informe emitido por el Coordinador del Servicio de Urgencias, relativo a la asistencia médica recibida los días 9 y 10 de abril, se indica:

*«1,- El día 9/4/18 fue atendido, en urgencias, por caída con apoyo en la mano izquierda, con dolor y tumefacción, sensibilidad y perfusión vascular conservada. Radiografía sin lesiones óseas. Se coloca férula de inmovilización, tratamiento analgésico u es alta y seguimiento en centro de salud*

*2,- El día 10/4/18 es atendido, en urgencias, por aumento de dolor y volumen en la extremidad lesionada, se ha retirado la férula. Se explora de nuevo, no se aprecia patología ósea aguda, no presenta fiebre, no presenta aumento de temperatura local y si presenta signos inflamatorios y dolor. Se inmoviliza de nuevo y se remite a Atención Primaria con tratamiento analgésico» (páginas 95 y siguientes del expediente).*

7. En el mismo sentido se pronuncia el Servicio de COT en su informe, al señalar, entre otras cuestiones, que:

*« (...) La evolución hacía el proceso de fascitis posterior ha sido una complicación que sin duda se produjo de una forma aguda, que es característica en este tipo de infección, que inicialmente compromete planos intermedios de los tejidos de la extremidad sin manifestar signos a nivel de la piel.*

*Se trata de un proceso infeccioso de suma gravedad producido por gérmenes de alta capacidad de provocar necrosis de los tejidos a los que afecta. El tratamiento se debe instaurar una vez diagnosticado de forma precoz con desbridamiento quirúrgico y antibioterapia específica.*

*Las complicaciones locales son frecuentes con el resultado de necrosis tisular incluyendo necesidad de amputación y las consecuencias generales quedan marcadas por la posibilidad de shock séptico que obliga a terapias enérgicas de soporte hemodinámico.*

*La relación que se solicita se valore entre la atención recibida y expresada en este informe y el diagnóstico de fascitis necrotizante de la mano izquierda tras nueve horas de evolución, creo sería explicada por la rapidez del desarrollo de este tipo de infecciones y factores predisponentes por parte del paciente que serían el padecimiento de enfermedades como el Linfoma y enfermedad de Crohn y enfermedad renal crónica (...)».*

A mayor abundamiento, entre la documentación médica obrante en el expediente, podemos citar los datos observados en la Gerencia de Atención primaria (página 826 del expediente), o en Listado de Notas médicas de urgencias sobre la asistencia que el paciente recibió sobre la evolución de su lesión en el MSI, practicándose, como se observa distintas pruebas médicas en función de los medios existentes (página 114 del expediente), demostrándose, pues, una correcta *praxis* médica.

8. En resumen, siguiendo el informe del SIP, en la sintomatología típica de fascitis necrotizante hay presencia de ampollas, edema, dolor intenso y placas de necrosis, síntomas que no se manifestaron en las dos primeras asistencias médicas prestadas los días 9 y 10 de abril de 2018 en el HUGCDN, razón por la que no se sospechó *ab initio* de esta patología, considerando, por tanto, la valoración médica practicada correcta según las circunstancias y evolución de la lesión finalmente diagnosticada.

Así, nos indica el SIP que la fascitis necrotizante, es infrecuente y rápidamente progresiva, lo que confirmaría que la sintomatología clínica se vea modificada en muy corto espacio de tiempo. Lo que ocurrió en la asistencia recibida por el afectado el 10 de abril a las 20:42 en el Hospital (...), exploración que sí inducía la sospecha de una infección de partes blandas con sepsis lo que motivó el traslado al HUGCDN.

En consecuencia, se ha demostrado por la Administración Sanitaria que la determinación del diagnóstico certero en atención a la evolución de la infección soportada por el paciente desde un inicio resulta de difícil concreción médica. Todo ello, sin perjuicio de que el desarrollo de la enfermedad en el MSI no haya sido la deseada, culminando con la amputación de cuatro dedos.

Por estas razones, se considera que no hubo diagnóstico erróneo de la enfermedad del reclamante, que por lo demás, fue intervenido quirúrgicamente conforme al tratamiento de su lesión en el MSI, para desbridamiento a fin de eliminar

completamente el tejido necrótico y por tanto la carga bacteriana; y que al persistir la infección que ocasiona la isquemia de los tejidos se procedió a la resección de zonas afectadas lo que determinó la amputación de los cuatro dedos de la mano izquierda no deseada.

9. En cuanto a la «*prohibición de regreso*», citada en la Propuesta de Resolución, efectivamente, este Consejo Consultivo ya se ha pronunciado en diversas ocasiones al respecto, entre ellas en el Dictamen 374/2015, en el que citábamos la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, Sentencia núm. 8/2010 de 29 enero, Sala de lo Civil, Sección 1.<sup>a</sup>, dictaminando que:

*«La valoración del nexo de causalidad exige ponderar que el resultado dañoso sea una consecuencia natural, adecuada y suficiente, valorada conforme a las circunstancias que el buen sentido impone en cada caso, y es evidente que para responsabilizar una determinada actuación médica no sirven simples hipótesis o especulaciones sobre lo que se debió hacer y no se hizo, cuando la extracción por vagina estaba médicamente justificada y no era posible exigirle otra distinta una vez conocido el resultado.»*

*La lex artis supone que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una forma de actuación. Implica por tanto la obligación del médico de realizar aquellas pruebas necesarias atendiendo el estado de la ciencia médica en ese momento, incluidos los protocolos indicativos para seguimiento de un embarazo y de un parto normalizado, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); 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 (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».*

Esta doctrina es plenamente aplicable al caso que nos ocupa, puesto que no se ha llegado a trasladar al expediente la existencia de un diagnóstico erróneo alegado por el afectado, especialmente teniendo en cuenta la evolución de la sintomatología del paciente, como ya se ha indicado (Doctrina reiterada en los DDCC 85/2016, 426/2016, 171/2017, 96/2018, 115/2019 125/2019, 148/2019, 229/2019, 282/2019, 65/2020, 118/2020, 256/2020, 389/2020, 226/2021 y 327/2021).

Por las razones expuestas, la calificación de una *praxis* asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio «ex post», sino por un juicio «ex ante», por lo que dados los síntomas y la clínica que presentaba el paciente en cada momento en relación el diagnóstico recibido, no podemos considerarlo como incorrecto o tardío, como se ha probado suficientemente por el SCS, sin que el interesado haya presentado prueba alguna que desacredite los informes incorporados al expediente.

10. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, entre ellos en su Dictamen 283/2021, de 20 de mayo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio 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 el reclamante no ha aportado ninguna prueba de que la actuación sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*, que desvirtúe la diversa documental médica aportada por la Administración Sanitaria.

11. En definitiva, se considera que el sentido desestimatorio de la Propuesta de Resolución es conforme a derecho, pues por las razones expuestas se ha llegado a acreditar por la Administración Sanitaria que la actuación realizada al paciente por el SCS estuvo dentro de los estándares médicos exigibles, habiéndose realizado una *praxis* normal y correcta.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta conforme a Derecho, en virtud de las razones expuestas en el Fundamento III de este Dictamen.