



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 176/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de mayo 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 representación de (...), que a su vez actúa en representación de su hija menor (...), por el fallecimiento de su pareja y madre, respectivamente, (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 128/2022 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 30 de marzo de 2022, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 31 de marzo. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, 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).

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP], consistente en el fallecimiento de su

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

pareja y madre, respectivamente, (...), tal y como se acredita en el libro de familia aportado. En este caso, (...) y (...) actúan mediante la representación acreditada de (...), y a su vez el primero ostenta la representación legal de su hija, la menor (...), en virtud del art. 162 del Código Civil.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 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. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues, si bien el interesado interpuso aquel escrito el 30 de septiembre de 2020, respecto del daño consistente en el fallecimiento de (...) y el hijo que gestaba, producido el 18 de junio de 2013, el cómputo del plazo había quedado interrumpido por la sustanciación de las Diligencias Previa Penales, 744/2013, ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Icod de los Vinos, que posteriormente dieron lugar al Auto de sobreseimiento de dichas Diligencias de 26 de septiembre de 2019, notificado a la parte demandante 30 de septiembre de 2019.

### III

El interesado expone, como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

« (...) SEGUNDA. - Que al momento del fallecimiento, (...) se encontraba con 36 semanas de gestación del segundo hijo habido con mi patrocinado; siendo dicho embarazo de alto riesgo desde fecha 14 de noviembre de 2012

*TERCERA.- Que con fecha 15 de junio de 2013, la fallecida acudió por sangrado y contracciones al Hospital Universitario de Canarias, realizándosele una toma de tensión arterial resultando 170/90 y 140/84; pese a lo cual no se le indicó fármaco o tratamiento alguno vs dicha hipertensión, ni se instauró protocolo de actuación alguno para la prevención del riesgo gestacional por hipertensión en la gestante; remitiendo a la gestante a su domicilio, el cual, conforme consta en la alegación primera anterior, se encuentra en (...), en el municipio de El Tanque; todo ello pese a que la fallecida tenía prevista cita en el módulo de alto riesgo y fisiopatología fetal el día 17 de junio de 2013.*

*CUARTA.- Que en horas de madrugada del día 18 de junio de 2013, la gestante, estando en su domicilio, comienza a tener convulsiones y vomitar, perdiendo la conciencia y falleciendo seguidamente según adveraron los facultativos del 112 requeridos por mi patrocinado.*

*QUINTA.- Que en razón de los citados fallecimientos, se incoan los autos de Diligencias Previas nº 744/2013 ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de Icod de los Vinos; en las que con fecha 30 de septiembre de 2019 se notifica Auto por el que se acuerda el sobreseimiento provisional de las mismas.*

*(...)*

*SEXTA.- Que esta parte cuantifica la presente reclamación, en concepto de principal, s.e.u.o. y sin perjuicio de mejor cuantificación conforme lo informado y referido al Otrosí Expongo Segundo siguiente, en los siguientes importes, conforme lo establecido en la Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2013 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación:*

*-Fallecimiento de (...): 114.691 ´14 €*

*-Fallecimiento del concebido: 19.115 ´19 €».*

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, si bien se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan practicadas en el procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 2 de octubre de 2020 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación; de lo que recibe notificación en la misma fecha, aportando lo requerido el 16 de octubre de 2020 y el 2 de noviembre de 2020.

- Por Resolución de 5 de noviembre de 2020, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, de lo que recibe notificación en la misma fecha.

- El 9 de noviembre de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 10 de agosto de 2021, tras haber recabado la documentación oportuna (historia clínica de la paciente obrante en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), informe emitido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC, el 11 de agosto de 2021, y copia del informe forense obrante en las Diligencias previas n.º 744/2013.

- A fin de dictar acuerdo probatorio, el 17 de enero de 2022 se insta al reclamante a aportar los medios probatorios de los que desee valerse, presentando a tal efecto escrito el 31 de enero de 2022 donde interesa la práctica de la prueba documental consistente en que se tenga por reproducida la aportada en el expediente, se recabe la historia clínica de la fallecida obrante en el HUC, y se requiera la emisión del preceptivo informe del Servicio.

- El 3 de febrero de 2022 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas, ya aportadas, por el interesado, y, siendo todas las pruebas documentales y obrando en el expediente, se da por concluido el trámite probatorio. Ello se notifica al reclamante telemáticamente, constanding su caducidad por no haberse accedido a ella en el plazo legalmente establecido.

- El 3 de febrero de 2022 acuerda preceptivo trámite de vista y audiencia, cuya notificación telemática al interesado caducó en dos ocasiones por no acceder a ella en el plazo legalmente establecido.

- El 28 de marzo de 2022 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado.

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente, en especial, en el informe del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, constan en la historia clínica de la fallecida, en relación con la asistencia que nos ocupa.

Así, se hace constar en aquel informe:

*«A.- La Sra. (...), fecha de nacimiento 04.08.81, no contaba con antecedentes patológicos de hipertensión, enfermedad renal o tiroidea, diabetes, cardiopatías. Sí presentaba cuadros de migrañas y de lumbalgias.*

*Entre los antecedentes obstétricos: Parto en noviembre de 2006 en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, con recién nacida de bajo peso 2200 g.*

*B.- Por este antecedente obstétrico, recién nacido con bajo peso para edad gestacional inferior al percentil 5, en su segundo embarazo (FUR 17.09.12) el 14.11.12 es derivada a la consulta de Riesgo Obstétrico en el HUC.*

*C.- De la documentación obtenida se conoce que fue sometida a amniocentesis (21.02.13), controles analíticos sucesivos, ecografías, etc.*

*D.- El objeto de la reclamación que analizaremos se expresa así: " (...) Que con fecha 15 de junio de 2013, la fallecida acudió por sangrado y contracciones al Hospital Universitario de Canarias, realizándosele una toma de tensión arterial resultando 170/90 y 140/84; pese a lo cual no se le indicó fármaco o tratamiento alguno vs dicha hipertensión, ni se instauró protocolo de actuación alguno para la prevención del riesgo gestacional por hipertensión en la gestante; remitiendo a la gestante a su domicilio, (...) todo ello pese a que la fallecida tenía prevista cita en el módulo de alto riesgo y fisiopatología fetal el día 17 de junio de 2013 (...) ".*

*E.- Del informe forense de fecha 4 de septiembre de 2015 se extrae, a la vista de la documentación clínica y trámites de instrucción aportados al procedimiento:*

*-Que la gestante, en la semana 36.2, acude el 15.06.13 al Servicio de Urgencias del HUC, por presentar sangrado y contracciones cada 10 minutos.*

*-Que a la exploración y vista con espéculo por la médico especialista en Obstetricia y Ginecología Dra. (...), se constata que el cérvix estaba cerrado y de consistencia normal, sin restos hemáticos ni sangrado en vagina.*

*Por lo expuesto, no se encontraba de parto.*

*-Que la tensión arterial (TA) al ingreso era de 170/90 y a exploración fue de 140/84.*

*(...)*

*-Que estaba citada en la mañana del lunes 17 de junio de 2013 en la consulta de Alto riesgo, donde venía efectuando el seguimiento del embarazo.*

*48 horas después de la atención en Urgencias, el 17.06.13 es valorada en la consulta programada de Alto riesgo. No constan alteraciones, como así mismo se recoge en el informe forense sobre el atestado de la Guardia Civil: " (...) según manifestaciones del esposo de la fallecida, se hallaba en los últimos días de gestación, habiendo acudido esa misma mañana a revisión médica en el Hospital, donde no se halló nada anormal (...) "*

*F.- Ese día, se realizaron los controles habituales con toma de exudado vaginal para detectar estreptococo y se derivó para control en Fisiopatología fetal y en la consulta de Final de Gestación.*

*A dicha cita no acude comoquiera que en horas de la madrugada del 18 de junio se despertó sobresaltada con un fuerte dolor de cabeza, pidiendo un analgésico, pero no tuvo tiempo de tomárselo porque comenzó a vomitar y perdió la consciencia. Exitus a las 02:15 h. por hemorragia intracerebral aguda y extensa».*

3. Tal y como la doctrina de este Consejo 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 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.

El 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. 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 tantas otras).

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).

4. Partiendo de las precedentes consideraciones, por tanto, 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.

1) En primer lugar, refiere el reclamante que *«el 15 de junio de 2013, la fallecida acudió por sangrado y contracciones al Hospital Universitario de Canarias, realizándosele una toma de tensión arterial resultando 170/90 y 140/84; pese a lo cual no se le indicó fármaco o tratamiento alguno vs dicha hipertensión, ni se instauró protocolo de actuación alguno para la prevención del riesgo gestacional por hipertensión en la gestante»*.

Pues bien, a este respecto ha de señalarse que, según señala el informe emitido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC de fecha 11 de agosto de 2021, la paciente, a pesar de haber sido catalogado el embarazo de alto riesgo debido a que tuvo una hija de bajo peso tras una primera gestación a término, presentó una gestación dentro de lo normal, destacando unas cifras de tensión arterial límite, que no altas, motivo por el cual se le había indicado control ambulatorio, y acudir a urgencias en caso de que fuera igual o superior a 149/90 o presentara clínica como cefalea, epigastralgia, o escotomas.

De hecho, la paciente no necesitó tratamiento hipotensor en ningún momento de la gestación, al presentar cifras dentro de la normalidad.

A tal efecto, aclara el informe del SIP, en contra de lo señalado por el reclamante:

« (...) con carácter general, se habla Hipertensión gestacional: Dos tomas de TA sistólica >160 o TA diastólica >110 separadas 15 minutos para considerar el diagnóstico. Esto es, las tomas de las cifras tensionales deben encontrarse elevadas de forma mantenida, lo que NO ocurrió en el presente caso para sospechar la existencia de hipertensión gestacional, que exigiera la adopción de medida terapéutica alguna.

*El objetivo durante el embarazo es mantener la TAS entre 130-145 y la TAD entre 80-95 y es necesario iniciar tratamiento hipotensor en aquellas pacientes que presenten cifras tensionales superiores a este rango de manera mantenida. Lo que no ocurre, como ya se ha expuesto en el presente caso».*

Se explica, seguidamente, por el informe del Servicio de Ginecología del HUC que, cuando llegó a Urgencias, fue explorada con espéculo, no observando restos hemáticos en vagina, y orificio cervical de consistencia normal. La cifra tensional era de 170/90, tomada en la puerta, de pie y con un tensiómetro estándar automático. No recibió medicación para la tensión, y posteriormente en paritorio, sentada, en reposo y con esfigmomanómetro adecuado, la TA era de 140/84. Una cifra normal y esperada en una paciente con obesidad moderada.

En caso de ser hipertensión gestacional, estas cifras elevadas se habrían mantenido. Pero no presentaba clínica de Enfermedad Hipertensiva Gestacional, para cuyos síntomas había sido instruida la gestante. Se realizó ecografía y registro cardiotocográfico, sin registrar actividad uterina. No estaba de parto. Fue dada de alta para seguir controles en consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y en Fisiopatología Fetal (FPF)

2) Añade en su reclamación el interesado que la paciente fue dada de alta *«pese a que la fallecida tenía prevista cita en el módulo de alto riesgo y fisiopatología fetal el día 17 de junio de 2013».*

Pues bien, como resulta del informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, no había criterio de ingreso de la paciente en su atención en urgencias hasta el día 17 de junio de 2013, en el que estaba citada en el módulo de alto riesgo obstétrico, pues el día 15 *«Se le realizó una ecografía y un registro cardiotocográfico (RCT). Registro cardiotocográfico: reactivo no dinámica. Ecografía: Gestación activa en cefálica con Peso fetal estimado de 3000 grs Placenta grado III, TA normal. Doppler umbilical fisiológico».*

Y se explica ello del modo que sigue:



*«La ecografía y el RCT son pruebas que se utilizan para valorar el bienestar fetal intraútero, siendo ambos garantes de una situación de ausencia de pérdida de bienestar fetal».*

Dadas las pruebas realizadas y sus resultados, la paciente fue dada de alta para que siguiera sus controles en la consulta de ARO y en Fisiopatología Fetal (donde se realizan los registros cardiotocográficos).

Tal es así que, incluso en la atención dispensada el día 17, tampoco se hallaron anomalías que pudieran relacionarse con el desenlace final.

En tal sentido consta en el informe del SIP:

*«48 horas después de la atención en Urgencias, el 17.06.13 es valorada en la consulta programada de Alto riesgo. No constan alteraciones, como así mismo se recoge en el informe forense sobre el atestado de la Guardia Civil: “ (...) según manifestaciones del esposo de la fallecida, se hallaba en los últimos días de gestación, habiendo acudido esa misma mañana a revisión médica en el Hospital, donde no se halló nada anormal (...) ”*

*F.- Ese día, se realizaron los controles habituales con toma de exudado vaginal para detectar estreptococo y se derivó para control en Fisiopatología fetal y en la consulta de Final de Gestación».*

Asimismo, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, señala:

*«Dos días después del control por Urgencias acudió a la Consulta de ARO de nuevo se le realizó una valoración clínica (con toma de TA) y una ecografía. Ambas resultaron normales por lo que a la paciente siguiendo el protocolo de la consulta de ARO vigente en ese momento y dada la edad gestacional, se derivó para control en FPF y en la consulta de Control de Final de Gestación».*

De lo expuesto se extrae que en la nueva valoración realizada dos días después de acudir a urgencias, en el control en ARO, se realiza nueva valoración y ecografía, derivando a la paciente a FPF y a consulta de Final de Gestación, sin que en esta consulta del día 17 se haya detectado ninguna alteración que se relacione con el fatal desenlace.

A tal efecto, según señala el propio informe forense, de fecha 18 de junio de 2013, a la vista de los antecedentes médicos, analíticas previas y exploraciones clínicas practicadas, no existen datos objetivos que hicieran sospechar la previsión de un cuadro hipertensivo posterior con el consiguiente fallecimiento de la paciente.

Al no presentar clínica ni analítica de hipertensión, no se instauró protocolo de actuación para prevención del riesgo gestacional por hipertensión.

Tal y como señala el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC:

*« (...) según consta en el atestado de la Guardia Civil del 18 de junio de 2013 "Según manifiesta el esposo de la fallecida una hora después de acostarse (sobre las 23 horas) a dormir se despertó sobresaltada con un fuerte dolor de cabeza, pidiendo un analgésico, pero no tuvo tiempo de tomárselo porque comenzó a vomitar y perdió la consciencia".*

*Por los servicios sanitarios del 112 se estimó que el éxitus se produjo sobre las 02:15 del 18/06/13.*

*El informe de la autopsia concluye como causa de la muerte una hemorragia intracerebral y subaracnoidea aguda y extensa que clínicamente por lo que refiere el marido de la paciente no se acompaña de un estatus convulsivo (eclampsia) ni de síntomas prodrómicos de eclampsia (escotomas, epigastralgia) que es la forma más frecuente de presentación de las complicaciones hemorrágicas intracerebrales asociadas a la EHG.*

*Habitualmente en el caso de una EHG la paciente refiere en los días /horas antes de que se produzca el evento hemorrágico clínica prodrómica: cefaleas de instauración progresiva, escotomas centelleantes, epigastralgia. Más adelante si el cuadro progresa suele aparecer alteraciones en el estado de consciencia, luego convulsiones tónicoclónicas generalizadas (ambos por el edema cerebral asociado a la EHG que no se describe en la autopsia) y por último se produciría el evento hemorrágico.*

*(...)*

*El informe de la autopsia concluye que la causa de la muerte fue una hemorragia intracerebral y subaracnoidea aguda y extensa».*

La ausencia de la referida sintomatología previa al fatal desenlace, relacionada con hipertensión gestacional, lleva a que el propio informe forense señale que no hay indicios objetivos para aseverar que la hemorragia fuese hipertensiva. Por ello, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC indica la probabilidad de que la hemorragia masiva y extensa que sufrió, sin clínica previa, se produjera por la rotura de una malformación vascular previa, sin relación alguna con la atención dispensada en relación con la gestación.

Por virtud de cuanto antecede, el SIP concluye:

*«1.- En ningún momento la cifras de tensión arterial registradas en la gestante fueron indicativas de cuadro hipertensivo gestacional.*

*El objetivo durante el embarazo es mantener la TAS entre 130-145 y la TAD entre 80-95 y es necesario iniciar tratamiento hipotensor en aquellas pacientes que presenten cifras tensionales superiores a este rango de manera mantenida. Lo que no ocurre en el presente caso.*

2.- Durante la gestación, en ningún momento en los contactos con el servicio sanitario existió clínica compatible con hipertensión: hiperreflexia con clonus o cefalea intensa o alteraciones visuales como escotomas o visión borrosa o estupor o epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho o náuseas o vómitos, que hicieran aconsejable otras actuaciones diagnóstico-terapéuticas.

3.- En los controles analíticos, especialmente el efectuado quince días antes (28.05.13) NO existían parámetros alterados indicativos de hipertensión gestacional.

4.-La exploración y la actuación de la médico en la fecha 15 de junio de 2013 resultó lógica y coherente con los datos clínicos obtenidos.

5.- Aún en la práctica de autopsia, no se podido relacionar la hemorragia sufrida con cuadro hipertensivo. Como concluye el informe forense: " (...) no habiendo indicios objetivos para aseverar que la hemorragia fuese hipertensiva (...) ».

5. Por otro lado, y más allá de lo expuesto hasta ahora, resulta asimismo palmario que el reclamante no ha aportado prueba alguna, por su parte, que permita relacionar los daños por los que se reclama con el funcionamiento de la Administración.

Y en relación con la distribución de la carga probatoria cabría traer a colación, por ejemplo, lo expuesto en nuestro Dictamen 150/2022, de 21 de abril, en el que por otra parte se recuerda lo que viene constituyendo la reiterada y constante doctrina de este Consejo Consultivo, en los términos que siguen:

« (...) 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 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, 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 este caso, de los documentos obrantes en el expediente se constata que, de acuerdo con el historial clínico de la paciente, la interesada no ha llegado a trasladar al procedimiento la deficiente asistencia sanitaria alegada, pues de las actuaciones médicas practicadas se observa que fueron correctas, habiéndose practicado por los facultativos que

asistieron a la enferma las pruebas médicas pertinentes, empleándose los medios diagnósticos y tratamientos acordes al caso clínico determinado en cada momento.

*Por tanto, podemos concluir que la reclamante no ha aportado prueba suficiente de que la actuación sanitaria se haya apartado de la lex artis ad hoc, que desvirtúe el informe del SIP o los distintos informes médicos preceptivos recabados ni las anotaciones de la historia clínica, por lo que no concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.*

*En definitiva, una vez acreditado por los documentos obrantes en el expediente que la paciente fue atendida correctamente en todo momento, sin que el fallecimiento de la paciente pueda ser achacable a la asistencia médica que la enferma recibió, se considera que la actuación recibida por el SCS fue ajustada a la lex artis ad hoc».*

Procede igualmente tener presentes estas mismas consideraciones en el supuesto objeto de este Dictamen, al que también les son de entera aplicación.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión del interesado.