

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de mayo de 2023.

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, tramitado ante la reclamación de indemnización, formulada por (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 195/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad mediante oficio de 17 de abril de 2023, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 18 de abril de 2023), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial formulado por (...), contra un organismo autónomo de la administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La reclamante solicita una indemnización de 250.000 euros, lo que 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 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).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante 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, se delega en la Secretaría General del SCS la

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues reclama a título personal por los daños personales que dice haber sufrido presuntamente por el mal funcionamiento del servicio público sanitario. 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.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, habiéndose ejercitado la acción por la interesada en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, ya que tratándose de daños físicos el plazo de prescripción se computa desde la curación o determinación del alcance de las secuelas. La paciente reclama ante el SCS el 11 de febrero de 2021, por inadecuación del tratamiento tras la intervención quirúrgica realizada el 30 de septiembre de 2019. El INSS el 6 de mayo de 2022 la pasa a situación de activo, tras revisar la incapacidad permanente con grado total para la profesión habitual realizada el 18 de diciembre de 2020. A partir de ese momento, podemos entender que se ha producido la curación de la paciente, sin perjuicio de su tratamiento permanente con Sintrom. En consecuencia, la acción se habría interpuesto en plazo, conforme al artículo 67 LPACAP, al no haber transcurrido más de un año entre la fecha de interposición de la reclamación de responsabilidad patrimonial y la fecha en que se produce la curación de la reclamante.

6. El plazo máximo para resolver es de seis meses, transcurrido el cual la reclamación de responsabilidad patrimonial se entiende presuntamente desestimada (arts. 21.2, art 24.3 b) y 91.3 LPACAP), sin perjuicio de la responsabilidad económica o administrativa que el retraso en la resolución del expediente pueda comportar. La reclamación se interpuso por la interesada el 11 de febrero de 2021, por lo que el plazo máximo de resolución habría expirado.

7. En el análisis a efectuar de la propuesta de resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

Los hechos en los que se basa la reclamación son los siguientes:

«Primero. El día 30 de septiembre de 2019, se me practicó intervención quirúrgica programada de abdominoplastia y eventración lumbar + dermolipectomía. Tras dicha intervención fui dada de alta clínica el día 7 de octubre de 2019, y mediante informe clínico de alta, el cual adjunto como documento número 1, se me prescribió como tratamiento lo siguiente;

Tratamiento:

Recomendaciones:

La paciente deberá evitar ejercicios que comprometan musculatura abdominal

Evitar exposición solar de herida quirúrgica

Fármacos:

Augmentine 875 miligramos vía oral cada 8 horas durante 5 días

Otras recomendaciones:

Acudir a consultas de enfermería de Cirugía plástica, el próximo miércoles, según cita adjunta, para control de evolución de cura de herida.

Acudir a consulta a la Dra. (...) en el plazo de 1 mes según cita adjunta.

Consultando en dicho momento por qué no se me prescribía Heparina o algún anticoagulante se me dio respuesta y se me comentó que si no se recetaba era porque no era necesario.

Segundo.- Unos meses después, en el mes de noviembre de 2019, ingresé de urgencias por mi segunda trombosis (pulmonar) y tuve que ser remitida a consulta de Hemostasia y Trombosis para realizar estudio de trombofilia tras haber presentado trombolismo pulmonar, poniendo en mi conocimiento, mediante informe de fecha 23 de diciembre de 2020 de hematología clínica, que dicho padecimiento era consecuencia de la cirugía abdominal practicada y, en particular, del tratamiento posterior. Se adjunta como documento nº2 el mencionado informe.

Tercero.- Dicho tratamiento de postoperatorio fue del todo negligente por tanto en cuanto no se me prescribió Heparina (o algún anticoagulante), la cual está precisamente prevista para prevenir la formación de coágulos de sangre en quienes padecen algunas afecciones médicas o se someten a ciertos procedimientos médicos que aumentan las probabilidades de que éstos se formen, como fue mi caso. La omisión de dicho fármaco derivó en los padecimientos que sufro, provocando dos trombosis, la segunda en trombolismo pulmonar. Por tanto, todas las secuelas físicas y neurológicas que presento fueron debidas a

la falta de un tratamiento adecuado. Efectivamente, la reclamación de responder a pesar de que sus facultativos hayan, en su caso, actuado conforme a la “Lex artis ad hoc”, por no mantener el servicio sanitario entre los niveles de garantía, de eficacia y seguridad exigibles, por desprenderse claramente que el hecho dañoso se produjo en el círculo de dichos servicios sanitarios (médicos, personal sanitario, medios etc), aunque no se identificaran los concretos responsables.

La mencionada negligencia es imputable al Servicio Canario de Salud por cuanto el daño causado deriva de la negligente del personal del Servicio Canario de Salud, en este caso el doctor que omitió la prescripción del mencionado fármaco en el tratamiento postoperatorio.

En cuanto como consecuencia al daño causado, además de los padecimientos sufridos y relatados esta situación ha derivado en un procedimiento de incapacidad con las consecuentes limitaciones y con la declaración (No firme) en fecha 18 de diciembre de 2020 del grado de incapacidad total para la profesión habitual. Se adjunta como documento número 3.

Cuarto.- Por tanto, padezco un daño antijurídico que no tengo la obligación de soportar puesto que tal vulneración ha producido un menoscabo que ha de ser objeto de resarcimiento, y que abarca una indemnización por daños y perjuicios producidos remitiéndonos para su cálculo a lo establecido en la Resolución aplicable de cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Estamos ante un supuesto de daños continuados de evolución imprevisible y de imposible determinación concreta de toda la extensión del daño sufrido.

Quinto.- Consta a esta Administración que he estado de baja laboral desde el día 29 de septiembre de 2019 (antes de la cirugía practicada) hasta la fecha, en la cual no he podido incorporarme a causa de los diversos padecimientos sufridos y relatados. El cómputo inicial para iniciar esta acción se ha de considerar el del mencionado informe de hematología, de 23 de diciembre de 2020, cuando se me da constancia de que mis padecimientos derivan de dicha cirugía y tratamiento poster. Se añade a modo ilustrativo extracto de dicho informe.

Se trata por tanto de un evento trombótico provocado asociado a factores de riesgo quirúrgico/no quirúrgicos: cirugía abdominal; tratamiento».

III

Como principales actuaciones del procedimiento de responsabilidad patrimonial deben ser destacadas las siguientes:

1. Por Resolución de 17 de marzo de 2021 del Director del SCS se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes.

2. A la vista de la historia clínica y de los informes preceptivos, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe con fecha 10 de marzo de 2023 (folios n.º 27-33) en el que se relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

«- La reclamante presenta como antecedentes de interés:

Insuficiencia venosa crónica (varices) desde, al menos, año 2012

Miomectomía múltiple vía laparoscópica en febrero de 2016 por útero polimiomatoso. En el año 2017 nefrectomía izquierda por carcinoma renal de células claras.

En enero de 2018 eventración confirmada por TAC que le condiciona incapacidad funcional para su actividad diaria por lo que se decide intervención de reparación quirúrgica y abdominoplastia reductora.

- Ingresa en el HUC durante el periodo 29 de septiembre a 7 de octubre de 2019, de forma programada, para cirugía Eventroplastia + dermolipectomía, que se realiza el día 30 de septiembre.

-El 1 de octubre de 2019 se indica Clexane 60 cada 24 horas subcutáneo. Al alta se prescribió Augmentine y se dieron las recomendaciones pertinentes, como evitar ejercicios que compriman la musculatura abdominal y evitar exposición solar de herida quirúrgica.

- El 16 de octubre de 2019 acudió al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular con flebitis MID. Se prescribió Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) durante 15 días.

Consta prescripción de Clexane 10.000 UI en receta electrónica (AE) el 16 de octubre de 2019 con fecha final 15 de noviembre de 2019.

- El 21 de octubre de 2019 en consulta con su Médico de Familia consta: Tras intervención quirúrgica el 30 de septiembre y en tratamiento con Clexane comienza con síntomas de flebitis en pie derecho a nivel del muslo.

- Acude a revisión de flebitis de varices al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular el 30 de octubre de 2019. Se había pautado Heparina y uso de media. Ha mejorado, no complicaciones. Se cita a finales de noviembre.

- El 7 de noviembre de 2019 acude a revisión al Servicio de Cirugía general y Digestiva.

- El 16 de noviembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del HUC refiriendo que al bajar la ropa, sufrió lesión cutánea a nivel de herida quirúrgica. En la exploración por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, ausencia de signos de complicación de herida quirúrgica, indicando curas con Betadine y alta a domicilio.

- El 17 de noviembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del HUC por dificultada respiratoria. Presentó de forma súbita, mientras dormía, dolor en costado izquierdo de características pleuríticas acompañado de dificultad respiratoria.

En la exploración física, entre otros EEII: Medía de compresión en MID. No edemas, pulsos + y simétricos. No datos de TVP (trombosis venosa profunda).

En angioTAC de fecha 17 de noviembre de 2019 hallazgos compatibles con TEP agudo sin signos de sobrecarga cardíaca.

Ingresó en el Servicio de Neumología durante el periodo 18 a 20 de noviembre de 2019.

En Ecodoppler de ambos MMII del 19 de noviembre de 2019: Se observa estructuras de sistema venoso profundo compresibles, sin signos de trombosis venosa profunda. Se observa material ecogénico y ausencia de compresibilidad desde cayado de safena mayor derecha hasta tercio distal de muslo (rama anterior) en relación con tromboflebitis aguda/subaguda. Se indica anticoagulación con HBPM. Se retira el reposo absoluto y pasa a reposo relativo.

Juicio diagnóstico: 1. TEP de bajo riesgo. 2. Cirugía abdominal reciente + Flebitis de MID + Toma de anticonceptivos. 3. Obesidad. 4. Insuficiencia venosa crónica de MMII.

Tratamiento y Recomendaciones: Incorporación paulatina a las actividades básicas de la vida diaria. Medias de compresión durante el día. HIBOR 10000UI: 1 inyección subcutánea cada 24 horas, hasta valoración en consultas. Paracetamol 1G: 1 cada 8 horas si precisa por dolor.

Se realizó derivación a la consulta de Hemostasia y Trombosis para estudio de trombofilias.

- En consulta de Hematología de 3 de diciembre de 2019: Se realiza estudio de trombofilia tras episodio de trombosis venosa. La paciente tomaba terapia hormonal combinada (con etinilestradiol) en el momento del tromboembolismo pulmonar.

En el estudio de trombofilia se detecta positividad para anticoagulante lúpico de forma persistente. Diagnóstico Principal: Anticoagulante lúpico positivo.

Se realizó interconsulta a Reumatología para valorar el ampliar estudios en este sentido, ya que la positividad persistente de AAF/diagnóstico de síndrome antifosfolípido es, o puede ser motivo de tromboprofilaxis secundaria con anticoagulación indefinida (tratamiento anticoagulante oral por tiempo indefinido).

- En TC de Tórax, abdomen y pelvis del 30 de abril de 2020 se concluye resolución de la consolidación en LII, persistiendo lesión fibrocicatricial en lecho, lo que confirma infarto pulmonar resuelto.

- En informe de 24 de noviembre de 2020 de Neumología, a petición de la paciente: La paciente refiere continuar con tos seca, y en ocasiones pequeña expectoración blanquecina, sobre todo por las mañanas. Nota que la tos aumenta con la calima. No dolor torácico. Disnea de grado I que ha empeorado tras el confinamiento. No cambios de peso en el confinamiento. No está usando faja abdominal ni medias compresivas. Continúa con el DIU mirena.

- En informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de fecha 9 de diciembre de 2020 para tribunal Médico: La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones en MMII cumplidora con el tratamiento y usa la media. Por nuestra parte podría reincorporarse a su puesto de trabajo adaptado al riesgo por esta situación extraordinaria.

Mantenemos anticoagulación. Bajar de peso. Usar media.

- La Dirección Provincial del INSS de Las Palmas resuelve en fecha 18 de diciembre de 2020 pensión de Incapacidad Permanente con grado total para su profesión habitual, con revisión en 15 meses, en base a limitación para actividades de sobrecarga física mantenida, bipedestación y deambulación prolongada. Revisión a partir del 10 de febrero de 2022.

- El 23 de diciembre de 2020: Hematología considera el estudio finalizado. Se hace informe de alta con recomendaciones.

- Valoración en Reumatología el 31 de marzo de 2021: LAC(+) sin otros datos de SAF. Anticoagulada con Sintrom desde 2019 tras episodio trombótico, mantenemos sin cambios.

En principio se trataría de SAF (síndrome antifosfolípido) primario sin otras manifestaciones, no añadimos otros tratamientos. Se cita en 6 meses.

- A partir del 6 de mayo de 2022 no está en situación de Incapacidad Permanente total pasando a situación activo».

3. Con fecha 20 de marzo de 2023 se notifica tanto Acuerdo probatorio como Trámite de Audiencia, presentando escrito de alegaciones con fecha 31 del mismo mes y año.

4. Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. Asimismo, en el caso que nos ocupa, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 234/18 (ERP 169/17), que concluye: «cabe considerar procedente la desestimación de la reclamación formulada (...) no habiéndose aportado por el interesado prueba suficiente que pueda sostener las alegaciones por aquel presentadas, no ha dejado acreditado que sufriera daño alguno, ni que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la lex artis ad hoc o que hubiese habido mala praxis alguna. No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aquel».

5.- La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por la interesada por falta de prueba de la antijuridicidad del daño, al ser la actuación médica conforme a la *lex artis ad hoc*.

La paciente fue tratada con Clexane, tras la intervención quirúrgica de abdominoplastia y eventración lumbar + dermolipectomía. También se indicó heparina de bajo peso molecular (HBPM, Clexane) como tratamiento para la primera trombosis venosa durante quince días, si bien no se extendió en aquel momento el referido tratamiento de forma permanente porque no había indicativo que lo aconsejara. Como señala el Jefe de Cirugía Digestiva del HUC no se sabe cuál fue el factor determinante de la trombosis (obesidad, cirugía, estrógenos y ahora sabemos la presencia de SAF), y desde el punto de vista médico, teniendo en cuenta el estado de la ciencia, no se puede saber con exactitud si se hubiera podido evitar el tromboembolismo con otra pauta, ni qué factor desencadenó la trombosis (si fue uno solo o la asociación de todos). Pero de haber conocido la existencia del síndrome antifosfolípido, se habría aplicado otro tratamiento precisando incluso anticoagulación, pero con los datos de los que se disponía antes de la cirugía, el tratamiento correcto fue el aplicado. La paciente tenía treinta y siete años en el momento de ser intervenida, era obesa y con antecedentes de cáncer renal, pero desde la cirugía renal estaba sin recidiva, no tenía episodios de trombosis previa, tomaba anticonceptivos y se sometió a cirugía abierta de duración mayor a 45 minutos sin acceder a la cavidad abdominal. Con todos esos datos y basándose en la escala de Caprini, que se utiliza para clasificar el riesgo de padecer enfermedad tromboembólica presentaba un valor de 5 puntos considerado con riesgo alto (vanees, estrógenos, obesidad y tiempo quirúrgico > de 100 mi). No se considera el síndrome antifosfolípido en el cálculo de riesgo dado que era desconocido cuando se interviene.

2. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

-Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (RC 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, en fin, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser,

por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Así, pues, ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. Cumple ahora consignar las conclusiones alcanzadas por el SIP en su informe:

«-La paciente sufre un evento trombótico posiblemente asociado a factores de riesgo quirúrgico y no quirúrgicos tales como tratamiento con anticonceptivos orales (estrógenos) y obesidad. Con posterioridad al evento, en estudio de trombofilia, se descubre la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Esta última circunstancia, de importancia, era desconocida en el momento de la toma de decisión, al alta hospitalaria de la intervención que nos ocupa, de no mantener tratamiento anticoagulante con HBPM.

-El riesgo de enfermedad tromboembólica se relaciona con el tipo de cirugía pero además con otros factores a considerar en la decisión del tratamiento antitrombótico. Además, en pacientes quirúrgicos, la profilaxis antitrombótica se ha de recomendar de acuerdo a la categoría de riesgo en la que se incluya el paciente.

-En el presente caso consta que durante el ingreso para la intervención quirúrgica de fecha 30 de septiembre de 2019 se indicó tratamiento anticoagulante retirado después de la deambulación de la paciente.

No se encontraron motivos para prolongar la anticoagulación después del alta. En ese momento no había sido preciso la realización de estudio de trombofilia y por tanto se desconocía la positividad para anticoagulante lúpico.

-El 30 de septiembre se realiza intervención. Hallazgos: Eventración grande en FII. Excedente dermograsso colgante en abdomen inferior.

El 1 de octubre de 2019 se indica Clexane 60 cada 24 horas subcutáneo cuyo principio activo es enoxaparina sódica, que es una heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Después de que la paciente deambulara no se continuó con esta indicación al alta.

El evento de TEP (tromboembolismo pulmonar) de fecha 17 de noviembre de 2019 ocurrió después de que tras un primero evento de flebitis en MID se prescribiera HBPM durante 15 días con finalización el 15 de noviembre de 2019, se añade que con este último evento no se objetivó signos de trombosis venosa profunda en extremidades.

En posterior estudio de trombofilia por el Servicio de Hematología se detecta positividad para anticoagulante lúpico de forma persistente.

El tromboembolismo venoso es una complicación reconocida en diferentes enfermedades autoinmunes. Se ha establecido que la detección del anticoagulante lúpico (AL) y posiblemente los anticuerpos anticardiolipina (AAC) tipo Ig G en título alto y medio, ayuden a identificar pacientes con riesgo de trombosis.

-El tiempo quirúrgico de la intervención de fecha 30 de septiembre de 2019 fue de 3 horas y no se accedió ni manipuló la cavidad pélvica.

-El Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUC ha elaborado informe, incorporado a este expediente, en el que se justifica, a luz de las evidencias actuales, la actitud terapéutica objeto de la reclamación, esto es, no mantener tratamiento anticoagulante después del alta hospitalaria tras cirugía, el 30 de septiembre de 2019, de eventración en fosa ilíaca izquierda y abdominoplastia conforme a los antecedentes conocidos en ese momento».

4. Esto sentado, cabe concluir a la vista del contenido de este informe y del conjunto del material probatorio contenido en el expediente que no resulta probado que la Administración sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*.

Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, indispensable 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).

Así las cosas, no se ha probado por la interesada que la atención dispensada a la misma se haya apartado de la *lex artis ad hoc*, ni el nexo causal entre el daño y la actuación médica contra la que se reclama, sin que la Administración sanitaria pueda garantizar en todo caso el satisfactorio resultado de su actuación.

En concreto, no resulta probado que con los indicativos existentes al tiempo de la intervención quirúrgica programada de abdominoplastia y eventración lumbar + dermolipectomía, el tratamiento pautado tras su práctica, debiera haber sido otro.

La paciente fue tratada con los datos de que se disponía en el momento de la intervención quirúrgica de abdominoplastia y eventración lumbar + dermolipectomía. En un principio, tras la intervención, se pautó puntualmente heparina de bajo peso molecular (CLEXANE), y tras la primera trombosis venosa se administró, asimismo, el mismo tratamiento anticoagulante, por quince días más. Sólo a partir del estudio de trombofilia posterior efectuado por el Servicio de Hematología, tras la posterior trombosis pulmonar, se detecta positividad para anticoagulante lúpico de forma persistente. A partir de ese momento se le administró tratamiento permanente de Sintrom para prevenir las trombosis, sin que hasta ese momento hubiera indicativos para mantener el tratamiento anticoagulante de forma permanente.

5. Por otra parte, es necesario traer a colación la doctrina de la «prohibición de regreso» (entre otros, DCC 16/2023, de 18 de enero, con cita de otro anterior) que exige calificar la asistencia por los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión, sin hacer un juicio *ex post*:

«Así, como bien señala este Organismo consultivo en su Dictamen 157/2022, de 26 de abril (con cita de la STS, Sala 3ª, sección 4ª, de 13 de enero de 2015), « (...) la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente». A esta prohibición del regreso se refiere también el Tribunal Supremo en sentencias de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, conforme a las cuales no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar. (...) . En definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban. En conclusión, la actuación médica se ajusta a la «lex artis ad hoc», en atención a los síntomas que presenta el paciente en cada momento. El error de diagnóstico no siempre engendra responsabilidad y no siempre permite concluir que la actuación médica se haya apartado de la buena praxis, ya que la medicina no es una ciencia exacta que permita,

siempre y en todo caso, hacer un diagnóstico acertado desde el primer examen del paciente y, por eso, el Derecho tampoco ampara ni consagra la supuesta existencia de una suerte de derecho a la infalibilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria».

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...), es conforme a Derecho.