Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 9 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 757/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [53.561,53 € -folio 13-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad 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 adelante LCCC-, en 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-.

No obstante, en cuanto a la preceptividad del dictamen, y aunque no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

el año 2025 ha modificado la citada Ley 5/2002, mediante su Disposición final sexta, que establece lo siguiente:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con 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 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, y según consta en el expediente administrativo, el interesado actúa mediante representante -abogado-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

5.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP]. Circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria -en lo sucesivo, CHUIMI-.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos -folios 5 y ss.-:

«PRIMERO. Sobre los antecedentes. El Sr. (...) tiene diversos antecedentes familiares de trombosis venosa profunda, entre los cuales se encuentran los episodios sufridos por su abuela materna, por varios de sus tíos y por un primo materno.

Igualmente, y para el caso que nos ocupa, consideramos especialmente relevantes los siguientes padecimientos del Sr. (...) en los últimos años:

1.- En fecha 30 de enero de 2020 el Sr. (...) sufrió por primera vez trombosis venosa profunda en vena femoral superficial y vena poplítea de su pierna derecha. Se acompaña como (...) el informe clínico de alta del servicio de medicina interna de fecha 31 de mayo de 2022 donde figura tanto este antecedente como los antecedentes familiares previamente citados.

2.- El día 21 de mayo de 2022 el Sr. (...) acudió al Centro de Salud de Jinámar refiriendo dolor intenso en la parte posterior de la rodilla izquierda que se irradiaba hacia el muslo y la pantorrilla. Tras ser observado por la doctora (...), fue trasladado al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil con sospechas de trombosis venosa profunda. Se aporta (...) informe clínico de urgencias. Durante su ingreso en el citado centro hospitalario, se le realizó una tomografía computarizada, mediante la cual se le diagnosticó "tromboembolismo pulmonar con discretos signos de repercusión sobre cavidades derechas", acompañándose (...) el informe de resultados de pruebas de imagen donde figuran tales observaciones.

Como consecuencia de estos dos episodios, el Sr. (...) había sido diagnosticado con tromboembolismo venoso recurrente, y estaba siendo tratado con Aldocumar (en adelante warfarina) de 10 mg en dosis variables.

SEGUNDO.- Sobre la operación y el plan de tratamiento. Además de la patología que consta en el hecho inmediatamente anterior, el Sr. (...) venía aquejado de una discopatía lumbar, de la cual fue intervenido quirúrgicamente el día 3 de agosto de 2023 mediante una fusión intersomática lumbar transforaminal o TLIF, por sus siglas en inglés. Mediante tal intervención se le fusionaron las vértebras L5 y S1.

Es en este punto cuando consideramos necesario mencionar que los días 1 y 2 de agosto de 2023, y como consecuencia de la operación que se llevaría a cabo el día 3, el plan de medicación del Sr. (...) fue modificado. Considerando el alto riesgo tromboembólico existente, y conforme a los protocolos científicos de aplicación, la warfarina que venía tomando fue sustituida por una terapia puente, consistente en la administración de Clexane (nombre comercial de la heparina) por vía parenteral. Se aportan (...) los controles de medicación de fecha 25 de julio y 1 de agosto de 2023, acreditativos de lo expuesto.

Tras varios días de recuperación en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, el día 7 de agosto de 2023 mi mandante recibió el alta médica y se trasladó a su domicilio, ordenándole seguir con el tratamiento domiciliario habitual y añadir paracetamol, gabapentina y warfarina. (...) .

TERCERO. Sobre la inobservancia de la lex artis y el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Es en este punto cuando por parte de la Administración se llevó a cabo la actuación que causó un daño antijurídico al Sr. (...) y que éste no tenía la obligación de soportar.

Conforme establece la escala de Caprini para la evaluación del riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV), -en la cual 5 puntos o más suponen un riesgo alto de ETV-, el Sr. (...) acumula un total de diez (10) puntos, tal como podemos observar en la siguiente tabla, donde aparecen resaltadas las condiciones previas de mi mandante:

1 punto	*2 puntos*	*3 puntos*	*4 puntos*
Edad 41 a 60 años	*Edad de 61 a 74 años*	*Edad mayor a 75 años*	*ACV en el último mes*
Cirugía menor	*Cirugía artroscópica*	*Antecedentes de embolia venosa*	*Artroplastia electiva*
IMC>25KG/m^2	*Cirugía abierta mayor de 45 minutos*	*Antecedentes familiares de embolia venosa*	*Fractura de cadera pélvis o pierna*
Edema en miembros	*Cirugía laparoscópica mayor de 45 minutos*	*Factor V de Leiden*	*Lesión espinal aguda en el último mes*
Venas varicosas	*Cáncer*	*Protombina 20210A*	
Embarazo o puerperio	*Paciente encamado por más de 72 horas*	*Anticoagulante lúpico*	
Historia de abortos espontáneos	*Paciente inmovilizado*	*Anticuerpos anti-cardiolipina*	
ACO	*Acceso venoso central*	*Niveles séricos de homocisteína elevados*	
Sepsis en el último mes		*Trombocitopenia inducida por heparina*	
Neumonía en el último mes o EPOC		*Trombofilia congénita o adquirida*	
Pruebas de función pulmonar anormales			
Infarto cardiaco			
Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Encamamiento			

La escala de Caprini es la más utilizada para la estratificación del riesgo de enfermedad tromboembólica tanto en pacientes quirúrgicos como no quirúrgicos y se ha empleado para dirigir el tratamiento tromboprofiláctico y así disminuir la incidencia de trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar. Según dicha escala y la interpretación de sus resultados, el Sr. (...) debió ser tratado con heparina de bajo peso molecular desde que se le dio el alta el día 7 de agosto de 2023.

Sin embargo, y aquí es donde surge la responsabilidad de la Administración, pese al enorme riesgo existente, no se le recetó heparina, sino que fue tratado únicamente con warfarina. Se aporta (...) el control de tratamiento anticoagulante expedido por el servicio de hematología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en fecha 8 de agosto de 2023 a las 08:44, donde constan las referidas pautas de control. Aún resulta más gravosa la actuación de la Administración para con el Sr. (...) si observamos el control de

tratamiento anticoagulante de fecha 24 de agosto de 2023 a las 10:16 (...), donde consta que los resultados indicaban carencia de efecto coagulante, y le advertían del alto riesgo de trombosis de dejar de tomar dicha medicación, sin considerar que dichos niveles eran consecuencia directa de no haberle suministrado heparina.

Lo expuesto no son conjeturas ni una valoración personal, puesto que los estudios afirman que más del 50% de las ETV relacionadas con la cirugía ortopédica y traumatología aparecen a partir de los 21 días1, y que, además, los pacientes recién inmovilizados antes y después de la cirugía ortopédica tienen el doble de riesgo de morir de embolia pulmonar, tanto si están en el hospital como en casa, e independientemente de la duración del reposo.

Así las cosas, se cumplieron los pronósticos, y el Sr. (...) acudió al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud el día 27 de agosto de 2023 (24 días después de la operación) aquejado de dolor dorsal y lumbar moderado acompañado de 3 picos de fiebre intermitentes de predominio nocturno de hasta 38,5º) y debilidad e hinchazón en su pierna derecha. Se aporta (...) el informe clínico de urgencias suscrito por la Dra. (...), mediante el cual mi mandante fue derivado a urgencias hospitalarias.

Una vez ingresado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, el día 28 de agosto se le practicó una tomografía computarizada de las arterias pulmonares. Se acompaña (...) Informe de Resultados de Pruebas de Imagen, donde se hizo constar la existencia de INR infraterapéutico, lo que indica que la pauta prescrita no fue la adecuada, y donde se concluyó el Sr. (...) sufrió un tromboembolismo pulmonar agudo que derivó en infarto pulmonar en el lóbulo inferior derecho.

Aún resultan más clarificadores tanto el informe de valoración al ingreso de hospitalización a domicilio de fecha 31 de agosto de 2023 (...), donde se hizo constar por la enfermera (...) que tras la operación "se indicó anticoagulación con warfarina no alcanzando en ningún momento niveles de anticoagulación" como el control de tratamiento anticoagulante expedido por el servicio de hematología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en fecha 1 de septiembre de 2023 a las 10:08, en el que se le advertía de la necesidad de incorporar heparina al tratamiento, habida cuenta que el resultado "indica carencia de efecto anticoagulante" (...) .

En definitiva, el manifiesto error en el tratamiento contravino la lex artis y causó un daño antijurídico efectivo, evaluable económicamente e individualizado al Sr. (...), por lo que ha surgido la responsabilidad patrimonial de la Administración ex. artículos 32 y 34 de la LRJSP».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, el reclamante entiende que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública [*« (...) ha quedado debidamente acreditado que se produjo un grave error en el tratamiento y la relación de causalidad entre dicha actuación*

y el incremento de posibilidades de que el Sr. (...) sufriera un tromboembolismo pulmonar, que a la postre derivó en infarto pulmonar provocado. Dicho incremento del riesgo es equiparable a los daños morales y ha sido denominado por la doctrina como pérdida de oportunidad. (...) . En la presente, como en cualquier otra reclamación patrimonial relativa a una pérdida de oportunidad en el ámbito sanitario, no es posible dar por acreditado que la correcta prescripción de medicamentos hubiera impedido el infarto pulmonar, pero sí que ha quedado probado que dicha mala praxis incrementó el riesgo y conllevó la pérdida de oportunidades a un resultado positivo y favorable, entendida como privación de expectativas (...) »], el reclamante solicita el resarcimiento de los daños morales que le han sido irrogados.

En este sentido, el reclamante « *(...) fundamenta la pretensión de reconocimiento de una situación jurídica individualizada sobre dos pilares fundamentales a) incremento del riesgo y probabilidad de que la actuación médica tempestiva en la determinación del tratamiento postoperatorio hubiera evitado el infarto pulmonar sufrido por el Sr. (...) y b) consecuencias que la deficitaria atención sanitaria ha provocado en el estado de salud del Sr. (...)*

a) Incremento del riesgo. Tomando en consideración el contenido de los estudios previamente citados por esta parte (...) ha quedado probado el nexo causal entre la deficiente prescripción médica y el incremento del riesgo de tromboembolismo pulmonar. Es decir, que existiendo ya un riesgo en el propio paciente de sufrir un tromboembolismo pulmonar por sus antecedentes -tanto familiares como personales-, la falta de prescripción del anticoagulante adecuado aumentó exponencialmente las posibilidades de que sucediera, lo que derivó en un infarto pulmonar.

Además, el posterior control y seguimiento de la medicación (...) resultó igualmente incorrecto, habida cuenta que, aun tras realizarse un análisis de los niveles de anticoagulación del Sr. (...) en el que era evidente que el valor de INR obtenido no se encontraba en el rango deseado, no se modificó el plan de tratamiento para incluir la heparina hasta que el Sr. (...) sufrió el infarto pulmonar (...) .

Habiéndose probado por esta parte que el manejo perioperatorio del paciente fue incorrecto y por tanto la existencia de una mala praxis en el uso de la anticoagulación, ya que la pauta indicada no coincide con las guías terapéuticas, resulta procedente la cuantificación del daño, para lo cual esta parte ha tomado como referencia la Resolución de 12 de enero de 2023, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se hacen públicas las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Pese a que aún no se han estabilizado las lesiones producidas por el infarto pulmonar, y considerando que en dicha resolución el perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida

ocasionada por las secuelas se encuentra en un rango entre 47.610,25€ y 119.025,61€ y el perjuicio moderado entre 11.902,56 y 59.512,81, esta parte ha realizado una media aritmética entre la cuantía mínima del primer concepto y la máxima del segundo, dando como resultado (...) 53.561,53 €, que consideramos una cuantía suficiente para reparar el daño moral causado con motivo de la pérdida de oportunidades a raíz de la mala praxis».

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.- Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 17 de noviembre de 2023 (...), actuando en nombre y representación de (...), promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al paciente en el CHUIMI.

2.- Con fecha 20 de noviembre de 2023 el órgano instructor formula requerimiento al interesado a fin de que subsane y/o mejore la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por el representante del interesado ese mismo día.

3.- Con fecha 24 de enero de 2024 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el Sr. (...); acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

4.- Con fecha 7 de agosto de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente -folios 53 y ss.-.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el CHUIMI y de la historia de salud en Atención Primaria.

- Informe del Servicio de Hematología del CHUIMI, de 19 de febrero de 2024 - folios 491 y ss.-.

5.- Con fecha 16 de septiembre de 2024 se procede, simultáneamente, a la apertura del periodo probatorio y del trámite de audiencia, otorgando al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

6.- Según se indica en el Antecedente de Hecho quinto de la Propuesta de Resolución, «ultimada la instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a la interesado (sic) que dentro del plazo conferido formula alegaciones, ratificando en todos sus extremos la reclamación presentada».

Sin embargo, una vez examinado el contenido del expediente instruido, no consta que el interesado haya formulado alegaciones durante el trámite de audiencia.

7.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8.- Con fecha 26 de noviembre de 2024 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...) en nombre y representación (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

9. Mediante oficio de 2 de diciembre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 9 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 704/2024, de 2 de diciembre [con cita del Dictamen 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, 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. 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (…) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la

Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

Como bien señala la Propuesta de Resolución, *«el reclamante sostiene que, con ocasión de la intervención de 3 de agosto de 2023, no le fue pautada la heparina de bajo peso molecular, sino que fue tratado con warfarina, a consecuencia de lo cual sufrió un tromboembolismo pulmonar».*

Pues bien, a este respecto, *«el reclamante no aporta ningún elemento probatorio, más allá de las manifestaciones que formula en su escrito, que avale que el tratamiento pautado no fue el adecuado; sin embargo, por parte de la Administración, se incorpora informe del Servicio de Hematología de fecha 19 de septiembre que razona el porqué de la modificación del tratamiento.*

En primer lugar, cabe destacar que a lo largo de la historia clínica quedan expuestas las irregularidades del paciente en el cumplimiento del tratamiento con anticoagulantes, así lo recoge el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, señalando que a lo largo de la HC queda de manifiesto el incumplimiento de la prescripción de anticoagulantes.

El informe del Servicio de Hematología, con respecto al uso de anticoagulantes orales, indica que se usan con fines tanto profilácticos como terapéuticos en la enfermedad tromboembólica. En la TAO se administra derivados de la 4-hidroxicumarina, principalmente Acenocumarol - Sintróm ® y Warfarina (Aldocumar ®, Tedicumar ®).

Los cumarínicos actúan como antagonistas de la vitamina K, precisa para la síntesis de los factores de coagulación II, VII, IX y X, por tanto, alargan el tiempo de coagulación dificultando la formación de trombos.

Esta terapia tiene un estrecho margen terapéutico ya que dosis excesivas podrían provocar hemorragias y dosis insuficientes no previene el evento embólico. Se habla de "exceso de anticoagulación o sobreanticoagulación" cuando los INRs están por encima del rango terapéutico establecido para cada paciente y de "infraanticoagulación o déficit de anticoagulación" cuando los INRs están por debajo de dicho rango. Por ello precisan de ajuste de dosis siendo los pacientes monitorizados mediante control analítico periódico (tiempo de protrombina usándose la razón Normalizada internacional (INR).

El INR en rango terapéutico para este paciente, como ha informado el Servicio, se encuentra entre 2 y 3, que conforme a la ficha técnica son los valores de INR recomendados para el caso de tromboembolismo venoso incluyendo embolismo pulmonar.

Mediante los controles periódicos, se van adecuando la dosis del fármaco antivitamina K y se establece el plan de medicación ajustando la dosis del fármaco que debe tomar el paciente. El plan contiene la dosis diaria hasta el siguiente control que se determinan regularmente por el Servicio de Hematología, al menos una vez al mes.

Frente a la importancia de estos controles, observamos en la HC incumplimientos por parte del paciente incluso expresados por él, tanto en la toma del medicamento anticoagulante como en la asistencia a los controles como ocurrió en octubre de 2021».

En lo que se refiere a la necesidad –alegada por el reclamante- de tratamiento con heparina parenteral después del alta del tratamiento quirúrgico practicado por el Servicio de Neurocirugía, el informe del SIP indica que *«previo a la intervención quirúrgica al interrumpirse el tratamiento anticoagulante oral se indicó heparina como parte del protocolo de terapia puente habitual. Durante el ingreso y al tratarse de paciente de alto riesgo hemorrágico se mantuvo heparina a bajas dosis, como explica el Servicio "ya que el riesgo de sangrado en médula puede ser desastroso para el paciente, ya que puede ocasionarle un hematoma medular, con posibilidad de paraplejia".*

La introducción de un tratamiento anticoagulante puente, p. ej. con heparina, debería basarse en la evaluación cuidadosa de los riesgos esperados de tromboembolismo y de hemorragia.

Al alta se reintroduce la anticoagulación oral. En cualquier caso, la administración de heparina no elimina por completo el riesgo de trombosis y además el sangrado postoperatorio es la principal complicación de la profilaxis farmacológica, que debe ser tenido en cuenta antes de decidir la profilaxis. De esta forma observamos en la HC que, aún con doble anticoagulación (heparina + warfarina) y doble antiagregación (adiro y clopidogrel) sufre el paciente nuevo proceso tromboembólico en febrero de 2024. Para la anticoagulación con heparina pretendida se tiene en cuenta el grado de movilidad del paciente y el tipo de intervención.

Explica el Servicio que el procedimiento quirúrgico del paciente "no es un procedimiento de cirugía ortopédica, sino uno de neurocirugía, con complicaciones totalmente diferentes. Si bien en la cirugía ortopédica aumenta el riesgo trombótico, en este caso se trata el paciente es un paciente de neurocirugía, cuyo riesgo hemorrágico ya se ha comentado. Al alta tenía posibilidades de movilización, por lo que el riesgo trombótico disminuye, pero no así el de hemorragia, que persiste durante unos 5 días, hasta que la coagulación se hace totalmente efectiva, con indicación de no tomar el tratamiento anticoagulante hasta el lunes (ver informe de alta de NCR) día 7 de agosto".

En cualquier caso, la prescripción a la que alude el reclamante sería durante el ingreso que sí la tuvo y en el posoperatorio inmediato. Mientras que el anticoagulante warfarina se emplea para anticoagulación de larga duración.

"El paciente acude al día siguiente a su centro de salud, introduciéndose de nuevo la warfarina. El control a la semana demuestra de nuevo un INR bajo, que se repite pese a aumentar la dosis en los controles del 16 y del 24 de agosto (estaba citado el día 23, pero no

acudió), advirtiendo en este último que los resultados ya informaban de la carencia de efecto de anticoagulación, y se cuestionaba al paciente para informar si lo había suspendido o no, no manifestando el paciente que NO lo hubiera suspendido, por lo que se mantiene la duda de si era ineficacia de tratamiento o incumplimiento terapéutico, como había ocurrido con anterioridad. Estos INR bajos son independientes de la administración o no de heparina, pues la heparina NO AFECTA AL INR, solo los antivitaminas K, como es la Warfarina".

Después del alta el paciente tenía prescrito tratamiento con anticoagulante oral.

Se añade que al alta el paciente tenía posibilidad de movilizarse. Ya durante el ingreso se describe deambulando con corsé.

El evento trombótico no tuvo lugar en el postoperatorio inmediato sino a los 20 días aproximadamente».

Finalmente, y como afirma el SIP en su informe *«en relación a la sintomatología que relata el reclamante y que relaciona con el TEP de agosto de 2023, observamos que previamente sufrió en mayo de 2022 TEP describiéndose desde entonces disnea a leves esfuerzos»* -folio 68-.

4. A la vista de lo anteriormente expuesto resulta obligado compartir las conclusiones del órgano instructor al señalar -en la Propuesta de Resolución- que *« (...) en el caso que nos ocupa no se objetiva incumplimiento de la lex artis; quedan acreditados en los informes incorporados al expediente y en la historia clínica el seguimiento periódico realizado al paciente en el tratamiento de su trombosis desde el año 2020, con mala adherencia al mismo, ya sean por la falta de cumplimiento o en algunos casos el abandono, tal y como recoge la historia clínica, quedando acreditado que se pautó la heparina durante su estancia hospitalaria y postoperatorio inmediato, y razonando el uso de anticoagulantes orales (warfarina) al alta al tener en cuenta la movilidad del paciente y el tipo de intervención»* -folio 635-. Y es que, como advierte el Servicio de Hematología del CHUIMI -y recoge expresamente el informe del SIP- *« (...) estamos (...) ante un paciente con alta sospecha de no cumplir adecuadamente el tratamiento anticoagulante oral, que es la verdadera causa de sus eventos trombóticos, tanto el que se refiere en esta reclamación como en recidivas anteriores»* -folio 493-.

5. Los argumentos expuestos anteriormente determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. Y es que, por un lado, el reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente administrativo, lejos está de poder inferirse en

este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc* -tal y como ha quedado descrito en las líneas precedentes-.

En atención a lo indicado anteriormente, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.