Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 1 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de febrero 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 por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 722/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 20 de noviembre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 22 de noviembre de 2024), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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. Se reclama una indemnización por importe de 58.366,54 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería 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 relación con la Disposición final sexta, apartado dos, de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y 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 (en adelante, LPACAP).

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

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); 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.

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

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero:

« «4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ

2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) » ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la hija de la Sra. (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1., letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en

algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes 564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

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

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el

ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 13 de junio de 2022 respecto de un daño acaecido el 2 de julio de 2021, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La 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 a su madre.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

« (...) CUARTO.- En cuarto lugar, pasaré a relatar los hechos específicos objeto de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, los cuales delatan que por causas imputables a un servicio público dependiente de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, concretamente el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín", se produjeron daños, perjuicios y lesiones en los derechos legítimos de esta parte, que no tiene el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

Tales hechos son fundamentalmente los ya expuestos en el escrito de reclamación presentado por quien suscribe el día 5 de noviembre de 2021, utilizando el modelo oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario, ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" y dirigido al Excmo/a. Sr/a. Consejero/a de Sanidad del Gobierno de Canarias, siendo tales hechos los siguientes:

- El día 28 de junio de 2021 mi madre, a raíz de una caída (frontal o "de boca") en el interior de su vivienda desde una silla, fue trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias

del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín", ya que tras la caída comenzó a vomitar.

- Después de insistir yo, la llevaron a una zona en un pasillo del Servicio de Urgencias a la espera de ser atendida, continuando con sus vómitos, teniendo quien suscribe que hablar con los médicos, los cuales me dieron una bandeja "para que no se manchara".

- Aproximadamente sobre las 21:00 h de ese día 28 de junio de 2021 se le realizó a mi madre un "TAC" tras mi insistencia ante los médicos de que le realizaran a mi madre las pruebas oportunas para determinar el alcance de las consecuencias de la caída sufrida a ella.

- A continuación una enfermera le realizó un análisis, comprobando dicha enfermera que a mi madre no la habían hecho un electrocardiograma, a pesar de que el protocolo de entrada en el hospital así lo determinaba atendiendo a la edad y estado de salud de mi madre.

- Posteriormente llevaron a mi madre a un "box" donde la reanimaron, pues los niveles de saturación en sangre de la misma eran muy bajos, logrando estabilizarla.

- Luego me informan de que el "TAC" había salido "genial" y acordaron los médicos enviar a mi madre a su domicilio, a lo cual me negué, bajándole yo acto seguido a mi madre la mascarilla obligatoria debido al coronavirus y le dije al médico que viera el tabique nasal de mi madre roto, su boca torcida más de lo normal y su mirada perdida, razones por las que le manifesté a dicho médico que yo así no la llevaba de regreso a casa.

- Después de insistir, deciden hacer una radiografía de su cabeza y tórax, y un "TAC" craneal, llegando al rato el resultado de tales pruebas, volviendo a decirme el doctor que "todo estaba genial", ya que no apreciaba que mi madre sufriera ninguna hemorragia ni fractura, habiéndosele encontrado tan solo algo de mucosidad, recetándole un jarabe (Pectox).

- Ante ello yo insistía en que no veía bien a mi madre y en que apreciaran el rictus o estado en que se encontraba la cara de mi madre.

- Finalmente, al no obtener respuesta alguna adicional, me veo obligada a abandonar el hospital junto con mi madre y llevarla a su domicilio, donde convivo con ella, recomendándome los médicos que en casa le siguiera dando de comer como siempre.

- Al día siguiente, 29 de junio de 2021, mi madre no puede desayunar ni almorzar ni cenar bien.

- Un día más tarde, el día 30 de junio de 2021, en vista de que no veía bien a mi madre, llamo de nuevo al Servicio Canario de Salud y la trasladan una vez más al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín", acompañándola yo de nuevo.

- Una vez en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" le comienzan a hacer con bastante retraso las primeras pruebas, concretamente al final de la tarde o inicio de la noche, después de haber tenido que volver a insistir en que ya había estado mi madre esperando bastante a que la atendieran dos noches antes, sumándose a ello el hecho de que mi madre comenzaba a tener dificultad para respirar.

- Luego, durante la noche del 30 de junio al 1 de julio de 2021, los neurólogos, traumatólogos y demás médicos del Servicio de Urgencias me comunican la noticia de que mi madre estaba agonizando, ya que habían comprobado que mi madre tenía dos vértebras fracturadas en la columna cervical y que era cuestión de horas su fallecimiento.

- Así fue. El día 2 de julio de 2021 se produce el fallecimiento de mi madre en el propio servicio de urgencias, siendo luego conducida al Anatómico Forense.

- Posteriormente tuve que acudir al Juzgado a comunicar el fallecimiento de mi madre, acordándose la realización a la misma de la autopsia, de cuyo resultado o conclusiones desconocía ningún dato en el momento en que presenté el día 5 de noviembre de 2021 el escrito de reclamación que, como ya he indicado, formulé yo misma, sin ayuda de Letrado alguno, en un simple modelo o formulario oficial de reclamaciones del ámbito sanitario.

- En ese mismo escrito de reclamación presentado día 5 de noviembre de 2021 manifesté que yo consideraba que a mi madre no se la atendió como debía cuando acudí con ella al Servicio de Urgencias el día de su caída, 28 de junio de 2021, teniendo en cuenta su edad avanzada y el estado de gravedad en que se encontraba cuando entró en el hospital, pese a lo cual no procedieron los médicos que la atendieron ese día ni a bajarle su mascarilla para ver que su nariz estaba rota y sangraba y que su boca estaba exageradamente torcida, todo lo cual se lo tuve que mostrar yo personalmente al médico ese mismo día 28 de junio de 2021 después de haber transcurrido bastantes horas desde su ingreso en el hospital sin haberse procedido a hacerle las pruebas oportunas, para luego concluir diciendo los médicos que finalmente la atendieron, que mi madre estaba "genial" y acordar los mismos el alta domiciliaria, siendo lo más significativo que ese mismo día 28 de junio de 2021 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" no advirtieran en las pruebas que le realizaron que la misma poseía ya dos fracturas vertebrales en la columna cervical (fractura tipo II de la apófisis odontoides de la vértebra C2, con desplazamiento marcado de fragmentos hacia el canal medular, asociada a otra fractura en tres puntos de la vértebra C1, de los cuales un trazo comprometía el arco anterior y dos trazos en el arco anterior -Gehweiler 3-), dándole finalmente la referida alta domiciliaria que dio lugar, prácticamente de inmediato, a un empeoramiento de mi madre por no haberse detectado las referidas fracturas cervicales ni haberse sometido a la misma a ningún tipo de tratamiento para paliar estas lesiones en la primera visita al Servicio de Urgencias, ocasionándole un

innecesario sufrimiento y una más que probable aceleración del deterioro de su estado de salud, que daría lugar finalmente a su postrera agonía mortal.

(...)

Se ha de destacar respecto del Informe Clínico de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" de fecha 29 de junio de 2021 que figura en dicho historial médico, que a mi madre no se le detectaron mediante prueba alguna las dos fracturas vertebrales anteriormente indicadas pese a que la misma ya presentaba síntomas físicos claros de que había sufrido algún tipo de lesión seria como consecuencia de su caída, ya que únicamente se le realizaron durante los días 28 y 29 de junio de 2021 radiografías y un TAC craneales, pero no se le realizó ninguna de tales pruebas en la columna vertebral cervical, lo cual sí se llevó a cabo por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" cuando quien suscribe tuvo que volver a llevar a mi madre al mismo el día 30 de junio de 2021, tras el empeoramiento de su estado de salud (como consta en los Informes Clínicos de ese mismo Servicio de Urgencias de fechas 1 de julio de 2021 y 2 de julio de 2021 que constan igualmente en el Historial Médico de mi madre aportado junto con el presente escrito de reclamación como documento nº 8).

QUINTO.- De tales hechos expuestos se desprende de forma evidente la inequívoca relación de causalidad entre las lesiones producidas y el anormal funcionamiento de la Administración Pública a la que me dirijo, por lo que procede el resarcimiento de los daños y perjuicios causados, conforme determina la ley.

SEXTO.- Se ha de precisar que la citada reclamación presentada por quien suscribe el día 5 de noviembre de 2021, utilizando el modelo oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario, ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" y dirigido al Excmo/a. Sr/a. Consejero/a de Sanidad del Gobierno de Canarias (documento nº 8 del presente escrito) no constituye ninguna reclamación de responsabilidad patrimonial, ya que en él no se solicitaba por mi parte ningún tipo de indemnización para resarcir o compensar los daños o lesiones que mi madre sufrió como consecuencia del funcionamiento anormal de los servicios públicos, sino que simplemente se denunciaban en dicho escrito unos hechos que evidenciaban el indebido trato recibido por mi madre, ajeno a una correcta praxis médica, constitutivos sí de un funcionamiento anormal de un servicio público sanitario.

Sin embargo, el presente escrito, que ahora presentamos dentro del plazo legal de un año previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sí constituye la oportuna reclamación de responsabilidad patrimonial en la que exigiré una indemnización a la Comunidad Autónoma de Canarias que compense los daños y lesiones sufridos por mi madre fallecida, de la que soy legítima heredera, como consecuencia del funcionamiento anormal de un servicio público sanitario (el Servicio Canario de Salud).

SÉPTIMO.- Por último, he de indicar que la única respuesta que he obtenido del Servicio Canario de Salud, tras haber presentado la reclamación de fecha 5 de noviembre de 2021 ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín" y dirigido al Excmo/a. Sr/a. Consejero/a de Sanidad del Gobierno de Canarias, ha sido un escueto escrito de fecha 17 de diciembre de 2021 firmado por un responsable de la Unidad de Atención al Usuario de Servicio Canario de Salud (que adjunto al presente escrito como documento nº 11), en el que, en primer lugar, me transmiten sus condolencias por el fallecimiento de mi madre, para luego comunicarme que, tras haberse enviado mi reclamación de 5 de noviembre de 2021 al Coordinador del Servicio de Urgencias, el mismo comunica que si bien "en el TAC del día 28 de junio de 2021 no se apreció la lesión ósea cervical, en el TAC del día 30 de junio de 2021 sí se aprecia esa fractura", comunicando igualmente dicho Coordinador que "dada la situación clínica y biológica previa no se indicó tratamiento quirúrgico alguno" frente a esa fractura, actitud que el indicado Coordinador considera que fue "adecuada valorando el riesgo del procedimiento y el beneficio que se podía conseguir".

Dicha respuesta evidentemente no satisface a quien suscribe, ya que consideramos que no aporta ningún argumento concreto que sirva para justificar cómo es posible que, si mi madre sólo tuvo una caída el día 28 de junio de 2021 y ninguna otra posterior, la lesión ósea cervical no fuera detectada ese día 28 de junio de 2021 y sí dos días después (el 30 de junio de 2021), entendiendo frente a eso quien suscribe que la única explicación de ese tardío descubrimiento de la lesión ósea cervical de mi madre se debió al trato poco diligente, lento y pasivo sufrido por mi madre en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín", y por haber sido insuficientes o incorrectas las pruebas realizadas a la misma la primera vez que acudió a dicho Servicio de Urgencias, lo cual constituye un evidente supuesto de funcionamiento anormal de un servicio público sanitario que, lógicamente, debe ser debidamente indemnizado».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 11 de septiembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

«RELACIÓN DE HECHOS

1.- (...), nacida el día 1 de mayo de 1930, de 91 años de edad en el momento de los hechos. Paciente incluida en el programa de Paciente Crónico de alta complejidad (PCAC) Tiene antecedentes personales de Hipertensión arterial, dislipemia, ictus en 2005 (infarto venoso parietal izquierdo) sin secuelas. En 2018 ictus cerebral media. Paresia espástica del MSI 2/5. Disminución de fuerza en MSD. No emite lenguaje alguno (secuela de ictus). No obedece órdenes sencillas. Deterioro cognitivo avanzado. Fractura cadera derecha tratada

con osteosíntesis 2018 (no camina desde entonces). Totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria (Barthel 10/100). Vida cama – sillón.

2.- El día 28 de junio de 2021 16:46 h. la paciente fue llevada al Servicio de Urgencias del HUGCDN por haber sufrido una caída casual en su domicilio desde una silla, que le produjo un traumatismo cráneo encefálico (TCE). La anamnesis se tuvo que realizar a la acompañante, la paciente no hablaba, que manifestó que tras el TCE no hubo pérdida de consciencia, observo palidez de labios y dos episodios de vómitos.

En la exploración clínica: La tensión arterial era de 130/56, la frecuencia cardiaca 76, temperatura 35,6, buen estado general, consciente, desorientada, no habla (secuela ictus), no obedece ordenes, apertura ocular espontanea, fija la mirada, normo coloreada, normo hidratada, eupneica y afebril. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TPV. Neurológicamente, consciente, desorientada, pupilas isocoricas y normoreactivas, no obedece ordenes, espasticidad en miembro superior izquierdo, moviliza el miembro inferior derecho de forma espontánea.

En la analítica: Leucocitos 12670, Hemoglobina 12,8, Plaquetas 398.000. Glucemia 145, Creatinina 0.6, Iones normales, PCR 6.86, ProBNP 188.

La radiografía de Tórax sin condensaciones claras. El TAC de cráneo: No se identifican lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas. Línea media centrada y cisternas de la base permeables. No se aprecia lesión de naturaleza hemorrágica o isquémica aguda. El resto de la exploración es superponible al TAC previo con una prominente leucoaraiosis, lesión lacunar en profundidad de hemisferio derecho de cronología antigua y una severa ventriculomegalia izquierda secundaria a lesión hemisférica residual.

Tras comprobar la estabilidad hemodinámica, respiratoria y la situación neurológica similar a la de su estado basal por las secuelas de ictus cerebrales previos. Se mantuvo en observación con soporte hídrico y nutricional con sueroterapia.

Las pruebas complementarias solicitadas (TAC craneal y radiografía de huesos propios de la nariz), no mostraron ni lesiones estructurales agudas ni fractura de huesos de la nariz.

Durante la observación se produjo un deterioro respiratorio que hizo sospechar en un proceso neumónico por bronco-aspiración de vómitos o evento isquémico coronario, que fueron descartados por la radiografía de tórax, electrocardiograma y analíticas.

Tras la observación durante 16 horas, sin nuevos cambios evolutivos y sin hallazgos relevantes en las pruebas complementarias se concedió el alta médica (29/6/2021 04:33 h.), con traslado a su domicilio en ambulancia – camilla. Con Diagnostico de TCE, disnea, sin datos de alarma en aquel momento. Se le prescribió tratamiento (Aerosoles habituales, Pectoxlisina y Azitromicina) y se le dieron recomendaciones. Reposo con cabecero elevado

45ºD, seguimiento por médico de Atención Primaria y que en caso empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias. Se explicaron signos de alarma.

La enfermera del HUGCDN, gestora del programa de pacientes crónicos de alta complejidad, contactó con la enfermera de Atención Primaria para organizar el seguimiento del evento de baja saturación de oxígeno en relación a la posible broncoaspiración y asegurar la pauta de aerosoles, expectorantes y antibioterapia.

3.- El día 30 de junio de 2021 11:36 h. la paciente fue llevada de nuevo al Servicio de Urgencias del HUGCDN por disminución del nivel de consciencia.

A la exploración: Tensión arterial 180/90, Frecuencia cardiaca 88, Temperatura 36,7 Saturación de Oxigeno 92%. Presentaba un buen estado general, consciente, desorientada. A la auscultación cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado con roncus en base pulmonar derecha. Abdomen ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación profunda ni superficial sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa.

En la analítica: Hemograma: leucocitos 10730, hemoglobina 13,4, plaquetas 395.000. Bioquímica: glucemia 119, urea 41, creatinina 0,63, Na 143, K 3,03, el indice de Quick 81%.

Gasometría venosa: pH 7,41, HCO3 34,4, pCO2 54,3. Urianálisis: Leucocitos 500, nitritos positivos, hematíes 50. intensa piuria.

El TAC craneal: No lesiones hemorrágicas intracraneales agudas, ni líneas de fractura. Buena diferenciación sustancia gris-sustancia blanca. No expansividad. En los cortes más inferiores del estudio presenta una fractura del arco posterior de C1, con desplazamiento de la masa lateral izquierda. Leucoencefalopatía por enfermedad de pequeños vasos severa y áreas de encefalomalacia parietooccipital izquierda con ventriculomegalia secundaria. Impresión diagnóstica: Fractura del arco anterior de la vertebra C1. Debido a esto se realiza TAC cervical.

El TAC cervical: Fractura tipo II de la apófisis odontoides de la vertebra C2, con desplazamiento marcado de fragmentos hacia el canal medular. Asocia una fractura en tres puntos de la vertebra C1, de los cuales un trazo compromete el arco anterior y dos trazos en el arco posterior (Gehweiler 3).

Ante el estado clínico de la paciente previo al escáner y tras el resultado de los mismos, se decide hablar con los familiares para ingreso con finalidad paliativa.

La paciente ya en situación comatosa secundaria a la fractura cervical con afectación del canal medular. Fue valorada por el equipo de guardia de traumatología, que desestimó intervención quirúrgica e indicó tratamiento de confort. Dado que a medio plazo tenía un mal pronóstico y que precisaba medidas de confort, se decidió cursar ingreso en otro centro hospitalario. Se informo a la familia.

El cuadro de la paciente evolucionó con mayor rapidez de lo esperado, falleciendo el día 2 de julio de 2021.

CONCLUSIONES

1.- Tras la lectura y análisis de la documentación aportada, la Historia Clínica del HUGCDN, y el informe preceptivo del Servicio de Urgencias

2.- No existe una relación de causalidad probada entre los hechos alegados por el reclamante y la actuación del servicio público prestado.

3.- Se trata de una paciente con múltiples comorbilidades siendo la principal el gran déficit neurológico que le ocasiona un deterioro cognitivo avanzado, así como las secuelas motoras secundarias a los varios ictus que desde el año 2018 viene presentando. Totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria (Barthel 10/100). Vida cama – sillón.

El día 28 de junio de 2021 fue llevada al servicio de Urgencias Hospitalaria de HUGCDN por haber sufrido una caída fortuita desde una silla, que le ocasionó un traumatismo cráneo encefálico, recibiendo el golpe, de frente, en la cara. La cuidadora, su hija, manifestó que lo único que había cambiado tras el golpe fue la palidez de los labios y dos episodios de vómitos. El estado basal de la paciente era prácticamente igual al de antes del golpe.

La exploración, las pruebas complementarias realizadas TAC craneal y Rx de huesos propios de la nariz descartaron patología aguda.

Durante el periodo de observación presenta un ligero deterioro respiratorio, que ante la sospecha de un episodio neumónico por broncoaspiración de vómitos, se trató con aerosoles habituales, expectorante y antibióticos.

Tras un tiempo de observación de 16 horas, mejoría clínica basal (pO2 89-90%), buena mecánica respiratoria. Hemodinámica estable sin eventos adversos durante su estancia en el SUH.

El día 29 de junio de 2021, con el diagnóstico de TCE. disnea, sin datos de alarma, en aquel momento. Se dio el alta al domicilio con tratamiento y recomendaciones como, seguimiento por MAP y si surgiera empeoramiento volver a acudir al SUH.

4.- El día 30 de junio de 2021, aproximadamente unas 32 horas desde el alta. La paciente fue llevada de nuevo al SUH por presentar una disminución de nivel de consciencia.

Lo más destacado en la exploración clínica era que se encontraba consciente pero desorientada. A la auscultación: Murmullo vesicular conservado con roncus en base pulmonar derecha. Y en la analítica de orina una intensa piuria. Resto sin diferencias con la visita previa y con su patología de base.

Se vuelve a repetir TAC craneal: En los cortes más inferiores del estudio presentaba una fractura del arco anterior de la vertebra C1 lo que motivo que se procediera a realizar un TAC cervical, estudio que mostró fractura de la apófisis odontoides de la vértebra C2 tipo II

con desplazamiento marcado de fragmento hacia el canal medular. Y una fractura en tres puntos de la vértebra C1, de los cuales un trazo comprometía al arco anterior y dos trazos al arco posterior (Gehweiler 3).

Durante su estancia en el SUH, de forma acelerada, fue progresivamente aumentando el deterioro hasta entrar en coma seguido de exitus el día 2 de julio de 2021.

5.- Aunque existe un retraso de unas 30 horas en el diagnóstico de la fractura cervical, no debe ser imputable a la actuación de los profesionales en el SUH. Tal como dice (...) (1) "Sobre la columna cervical alta recae más del 60% de todas las lesiones traumáticas de la columna cervical. Si bien estas lesiones pueden resultar mortales en el mismo momento de producirse, la mayoría no producen inicialmente lesiones neurológicas o al menos éstas no son de gran intensidad". Y en este caso, la paciente ya se encontraba con un déficit neurológico importante, con deterioro cognitivo avanzado, hemiparesia izquierda, incapacidad para hablar y dependencia absoluta para las actividades de la vida diaria. Lo que dificultaba aún más el posible diagnóstico.

En cuanto a la fractura de la apófisis odontoides (AO) específicamente, también (...) (1) dice lo siguiente. "La gran mayoría de los pacientes que hoy en día llegan a nuestros hospitales con fracturas de la AO están neurológicamente indemnes (...) En no pocas ocasiones estas fracturas pueden pasar desapercibidas y son diagnosticadas tardíamente (...) La gran mayoría de las fracturas de la AO sólo presentan dolor cervical y cierto grado de impotencia funcional para los movimientos de la cabeza".

En el caso de la paciente, debido a las secuelas de los múltiples ictus, esto último era difícil de determinar.

6.- Una vez diagnosticada y valorada por el equipo de guardia de traumatología, se decide un tratamiento conservador y medidas de confort, debido al mal pronóstico a corto y medio plazo.

Tal como (...) y col. dicen: El objetivo del tratamiento de los pacientes geriátricos es mantener la independencia para las actividades de la vida diaria. En el caso de la paciente este objetivo no se cumplía debido a su total dependencia para dichas actividades para la vida diaria.

Los riesgos quirúrgicos acrecentados, debido a la edad y las comorbilidades que tenía la paciente desaconsejaban dicho tratamiento, por lo que se optó por tratamiento conservador y medidas de confort.

En el caso que se hubiera diagnosticado desde el primer momento la fractura cervical, el tratamiento hubiese sido el mismo.

7.- Por tanto consideramos, todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas han sido prudentes, profesionales, adecuadas y razonables en cada contexto. Según el estado actual del conocimiento de la ciencia y de la técnica.

8.- Tras el estudio de todos los documentos existentes en el expediente, no se observan datos de mala praxis en ninguna de las actuaciones realizadas. Por lo que se emite informe desfavorable para la reclamante».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 13 de junio de 2022 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 14 de junio de 2022 se requirió a la reclamante para que subsanara su reclamación aportando determinada documentación, lo que fue verificado mediante escrito de 30 de junio de 2022.

- Con fecha 11 de julio de 2022 se dicta Resolución del Secretario General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 12 de julio de 2022 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 14 de noviembre de 2023 por la reclamante se interpone recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, que se sigue ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo Número Tres de Las Palmas de Gran Canaria -PO 532/2023-, sin que conste que haya recaído sentencia, lo que no obsta para la tramitación del presente expediente.

- Con fecha 6 de junio de 2024 se reitera al SIP la solicitud de emisión de informe.

- Con fecha 11 de septiembre de 2024 se remite informe del SIP, así como la Historia Clínica del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín –en adelante,

HUGCDN- y el informe emitido por Coordinador del Servicio de Urgencias del HUGCDN.

- Con fecha 16 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 16 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 20 de noviembre de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

- Con fecha 8 de enero de 2025 por la Sección I de este Organismo consultivo se acordó requerir a la Administración sanitaria a los efectos de que emitiera informe complementario sobre determinadas cuestiones, con suspensión del plazo para la emisión del dictamen.

- Con fecha 27 de enero de 2025 se emite Informe complementario del SIP en el que se expone lo siguiente:

« (...) El día 28/06/2021 La paciente (...) de 91 años de edad, acudió al SUH tras una caída fortuita, que le produce un TCE leve. Debido a sus antecedentes de ictus previos y sus secuelas, así como las comorbilidades que presentaba. Se le solicitó un TAC de cráneo para descartar patología encefálica activa y una radiografía de huesos propios de la nariz para descartar fractura de dichos huesos nasales.

La exploración, las pruebas complementarias realizadas TAC craneal y Rx de huesos propios de la nariz descartaron patología aguda.

Tras un tiempo de observación de 16 horas, mejoría clínica basal (pO2 89-90%), buena mecánica respiratoria. Hemodinámica estable sin eventos adversos durante su estancia en el SUH. Se dio el alta al domicilio con tratamiento y recomendaciones como, seguimiento por MAP y si surgiera empeoramiento volver a acudir al SUH.

El día 30/06/2021 volvió al SUH por disminución de consciencia. Se volvió a realizar un nuevo TAC de cráneo, donde de manera incidental, se aprecia una fractura de vertebra C1. A la vista de esto, el radiólogo recomienda la realización de un TAC cervical que confirma la fractura de C1 en tres puntos de la vértebra, de los cuales un trazo comprometía al arco anterior y dos trazos al arco posterior (Gehweiler 3). y también mostró fractura de la apófisis odontoides de la vértebra C2 tipo II con desplazamiento marcado de fragmento hacia el canal medular.

Los protocolos de tomografía computarizada de los Servicios de Radiología. Indican las características técnicas de un TAC normal (1) así como sus indicaciones en caso de urgencia (2) .

Donde se especifica desde donde y hasta donde son realizados los cortes, siendo el primer corte en Foramen occipital, evitando órbitas y el último corte en Vertex.

Las vértebras cervicales quedan excluidas del estudio reglado.

(...)

Es posible que en situaciones de urgencia se puedan ver otras partes anatómicas, como es nuestro caso en el TAC del día 30/06/2021, probablemente debido a la imposibilidad de colocar en la forma más correcta a la paciente.

En cuanto a las otras dudas planteadas.

En el TFG en Medicina presentado por (...) y tutorizado por el Dr. (...) (3). nos puede aclarar dichas dudas.

"La fractura de la apófisis odontoides se asocia a una elevada mortalidad y un gran número de complicaciones".

"El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico, existiendo controversia sobre cuál es la opción más adecuada para el paciente anciano".

"Las fracturas tipo I y III pueden manejarse de forma conservadora en la mayoría de los casos. Las fracturas tipo II pueden manejarse de forma quirúrgica en los pacientes menores de 80 años, reservándose el tratamiento conservador para los pacientes mayores de 80 años con elevado riesgo quirúrgico".

En nuestro caso la paciente tiene 91 años de edad, lesión cerebral crónica y múltiples comorbilidades.

"En el paciente anciano, las fracturas de apófisis odontoides tienen un mal pronóstico, con una elevada mortalidad y un gran número de complicaciones asociadas. La tasa de mortalidad se sitúa, en función de las diferentes series, entre el 16% y 40% en el primer año de la fractura. Esta aumenta considerablemente en presencia de lesión morfológica asociada. La elevada morbilidad se debe a un mayor número de complicaciones posoperatorias o a más riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilización prolongada respecto al paciente

joven. Este aumento tanto de mortalidad como en la morbilidad guarda relación con una menor reserva fisiológica, un peor potencial rehabilitador y una mayor presencia de comorbilidades en estos pacientes".

"Se ha propuesto que en el paciente anciano lo importante es conseguir un buen resultado clínico y funcional que permita al paciente volver a la situación libre de dolor y realizar una vida independiente".

(...) era totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

Debido a los argumentos anteriores es por lo que me ratifico en que si se hubiera diagnosticado la fractura cervical 30 horas antes, el tratamiento a seguir y la conducta hubiera sido el mismo. Es decir tratamiento conservador (no quirúrgico).

(...) ».

- Con fecha 4 de febrero de 2025 se emite nueva Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«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".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y

de 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».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«lex artis ad hoc»*.

En este sentido, 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 (Recurso de Casación n.º 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».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, 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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el

elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara

probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en el hecho de que el día 28 de junio de 2021 llevó a su madre -(...)- a los servicios de urgencias del HUGCDN tras haber sufrido una caída *«de boca»* de una silla en su casa, siendo diagnosticada en ese momento de un traumatismo craneoencefálico. Sin embargo, a pesar de que se le realizó un TAC Craneal, no fue hasta el 30 de junio de 2021 que se le diagnosticó la fractura de las vértebras cervicales que posteriormente ocasionó el fallecimiento de su madre. Considerando que ha existido un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios públicos causado, concretamente, «*por el trato poco diligente, lento y pasivo*» sufrido por su madre en el Servicio de Urgencias del HUGCDN «*por haber sido insuficientes o incorrectas las pruebas realizadas a mi madre la primera vez que acudió al mismo el día 28 de junio de 2021, lo cual dio lugar a un empeoramiento de las lesiones sufridas por la misma (dos fracturas de vértebras cervicales) por no haber sido detectadas o advertidas en esa ocasión ni habérsela sometido a ningún tratamiento para ellas, lo cual aceleró el deterioro de la salud de mi madre y su posterior fallecimiento*».

A pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión, más allá de su propio testimonio expresado en el escrito de responsabilidad patrimonial, el cual, por otro lado, ha quedado desvirtuado por el examen del Historial Clínico y por los informes del SIP y del servicio concernido.

En relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia

de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En este mismo orden de cosas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de junio de 2023 ha razonado lo siguiente:

« (…) Hemos de recordar la importancia que en un ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales.

Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005, de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad

probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

De otra parte, es claro que, si la Administración invocara la existencia de fuerza mayor o, en general, la ruptura del nexo causal como causa de exoneración de su responsabilidad, es ella la que debe acreditar el hecho, para que tal causa de exoneración resulte operativa.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas.

Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado». Doctrina que, «mutatis mutandi» es plenamente aplicable al presente procedimiento, pese a que nos encontremos en el ámbito administrativo de la reclamación.

Así, en el presente caso la reclamante imputa a la Administración sanitaria el trato *«poco diligente, lento y pasivo»* dispensado a su madre en la asistencia prestada el día 28 de junio de 2021. Sin embargo, este Organismo consultivo, una vez examinados los limitados medios de prueba de que dispone -únicamente el Historial Clínico de la Sra. (...), el informe del servicio concernido y los informes del SIP-, no puede compartir tal conclusión. Así, de la referida prueba documental se comprueba,

tal como consta en el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias que el día 28 de junio de 2021 se registra la entrada de la Sra. (...) en los Servicios de Urgencias del HUGCDN a las 16:46, clasificándose en prioridad III -urgente-, siendo atendida en triaje a las 17:01, registrándose, asimismo, las primeras solicitudes de pruebas y de valoración médica a las 19:29, *«con descripción de situación de estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológicamente similar a situación basal por secuelas de ictus cerebrales previos».* Durante este tiempo, a la paciente se le solicitaron y practicaron pruebas radiodiagnósticas como fueron el TAC Craneal y radiografía de huesos propios nasales, que arrojaron como resultado que la Sra. (...) no tenía fractura de huesos propios nasales y el TAC no indicaba lesiones estructurales agudas.

Además, tal como señala el referido informe, en esta situación *«el planteamiento es la observación durante 6-24 horas dependiendo de la evolución, mantenimiento hídrico y nutricional con sueroterapia»*. Durante la observación *«evoluciona con deterioro respiratorio por lo que con la finalidad de descartar proceso neumónico secundario a broncoaspiración de vómitos o evento isquémico coronario se solicita Rx de tórax y electrocardiograma y analíticas. (...) Se administró cuidados y oxigenoterapia por mascarilla respiratoria. Tras la observación durante 16 horas sin nuevos cambios evolutivos y sin hallazgos relevantes en las pruebas complementarias se concede el alta médica a las 08:50 del día 29/06/2021».*

De lo expuesto se concluye que la actuación de los servicios sanitarios ni fue lenta, ni pasiva, ni poco diligente, practicándose las pruebas diagnósticas acordes con los síntomas que presentaba la paciente en aquel momento -daños en la nariz y golpe en la cabeza- los cuales, además, fueron referidos por la propia reclamante dada la incapacidad de su madre -Sra. (...)- de comunicarse, sin que en momento alguno refiriera que su madre sufriera algún golpe en la columna. Además las pruebas se practicaron dentro de unos tiempos que se han de considerar, a todas luces, dentro del estándar de normalidad de las actuaciones médicas -16 horas-, máxime cuando en estos casos está previsto que el paciente quede en observación hasta 24 horas.

5. Por otro lado, la reclamante sostiene que en el presente caso ha existido un anormal funcionamiento de la Administración sanitaria «*por haber sido insuficientes o incorrectas las pruebas realizadas a mi madre la primera vez que acudió al mismo el día 28 de junio de 2021, lo cual dio lugar a un empeoramiento de las lesiones sufridas por la misma (dos fracturas de vértebras cervicales) por no haber sido detectadas o advertidas en esa*

ocasión ni habérsela sometido a ningún tratamiento para ellas, lo cual aceleró el deterioro de la salud de mi madre y su posterior fallecimiento».

Idéntica suerte desestimatoria debe correr este motivo de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria, por cuanto la reclamante no ha alcanzado a acreditar que el TAC craneal que se le realizó a su madre el día 28 de junio de 2021 fuera erróneo o fuera incorrectamente interpretado por los profesionales sanitarios. En este sentido, ninguna prueba ha aportado la reclamante para acreditar este extremo pese a que le incumbía su carga y disponía de la facilidad probatoria para llevarla a cabo mediante la aportación de un informe pericial, tal como viene exigiendo la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta. Sin embargo, nada de esto ha acontecido, de tal forma que, como reiteramos, con lo limitado de los medios de prueba de que dispone este Organismo consultivo, no ha quedado debidamente acreditado que en el presente caso haya existido una deficiente interpretación o realización del TAC del 28 de junio de 2021, máxime si tenemos en cuenta que la zona cervical no era objeto del TAC inicialmente prescrito, toda vez que las indicaciones que la reclamante manifestó en todo momento a los profesionales médicos fueron que su madre se dio un golpe en la cabeza, sin advertir en momento alguno que se golpeara las cervicales, siendo por tanto el TAC craneal prescrito el adecuado a la anamnesis de la paciente.

En relación con este TAC craneal y con el hecho de que posteriormente -dos días después- en otro TAC craneal se detectaran unas fracturas de vértebras que inicialmente no habían sido advertidas en el TAC inicial, se explica como un hallazgo incidental o casual. Así lo señala el SIP en su Informe complementario de 27 de enero de 2025 al exponer que *«Los protocolos de tomografía computarizada de los Servicios de Radiología. Indican las características técnicas de un TAC normal (1) así como sus indicaciones en caso de urgencia (2).*

Donde se especifica desde donde y hasta donde son realizados los cortes, siendo el primer corte en Foramen occipital, evitando órbitas y el último corte en Vertex.

Las vértebras cervicales quedan excluidas del estudio reglado.

(...)

Es posible que en situaciones de urgencia se puedan ver otras partes anatómicas, como es nuestro caso en el TAC del día 30/06/2021, probablemente debido a la imposibilidad de colocar en la forma más correcta a la paciente».

De este informe se colige, que el TAC craneal no incluye las vértebras cervicales, por tanto, no hubo un error en la lectura o interpretación del TAC craneal realizado el día 28 de junio de 2021. Siendo el hallazgo de las fracturas de vértebras advertido en el TAC craneal del día 30 de junio de 2021 casual, como consecuencia de la posición en que se colocó a la paciente.

En conclusión, del análisis del Historial Clínico de la Sra. (...) y de los informes obrantes en el expediente administrativo se extrae que nos encontramos ante una paciente con múltiples comorbilidades siendo la principal el gran déficit neurológico que le ocasionaba un deterioro cognitivo avanzado, así como las secuelas motoras secundarias a los varios ictus que desde el año 2018 venía presentando.

Dentro de este escenario de salud, el día 28 de junio de 2021 fue llevada al servicio de Urgencias Hospitalaria del HUGCDN por haber sufrido una caída fortuita desde una silla, que le ocasionó un traumatismo cráneo encefálico, recibiendo el golpe, de frente, en la cara. La reclamante -su hija- manifestó a los profesionales sanitarios que lo único que había cambiado tras el golpe fue la palidez de los labios y dos episodios de vómitos. El estado basal de la paciente era prácticamente igual al de antes del golpe.

La exploración, las pruebas complementarias realizadas -TAC craneal y Rx de huesos propios de la nariz- descartaron patología aguda.

Durante el periodo de observación presentó un ligero deterioro respiratorio que, ante la sospecha de un episodio neumónico por broncoaspiración de vómitos, se trató con aerosoles habituales, expectorante y antibióticos.

Tras un tiempo de observación de 16 horas, mejoría clínica basal, buena mecánica respiratoria, hemodinámica estable sin eventos adversos durante su estancia en el Servicio de Urgencias, el día 29 de junio de 2021, con el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico y disnea, sin datos de alarma en aquel momento, se dio el alta al domicilio con tratamiento y recomendaciones como, seguimiento por su médico de Atención Primaria y si surgiera empeoramiento volver a acudir al Servicio de Urgencias.

Posteriormente, el día 30 de junio de 2021 -aproximadamente unas 32 horas desde el alta- la paciente fue llevada de nuevo al Servicio de Urgencias por presentar una disminución del nivel de consciencia.

Lo más destacado en la exploración clínica era que se encontraba consciente pero desorientada y el resto sin diferencias con la visita previa y con su patología de base.

A pesar de ello se volvió a repetir TAC craneal en el que se advirtió que en los cortes más inferiores del estudio presentaba una fractura del arco anterior de la vertebra C1, lo que motivó que se procediera a realizar un TAC cervical, estudio que mostró fractura de la apófisis odontoides de la vértebra C2 tipo II con desplazamiento marcado de fragmento hacia el canal medular, y una fractura en tres puntos de la vértebra C1, de los cuales un trazo comprometía al arco anterior y dos trazos al arco posterior (Gehweiler 3).

En relación con las fracturas cervicales, tal como señala el informe de SIP « (...) dice (...) (1) "Sobre la columna cervical alta recae más del 60% de todas las lesiones traumáticas de la columna cervical. Si bien estas lesiones pueden resultar mortales en el mismo momento de producirse, la mayoría no producen inicialmente lesiones neurológicas o al menos éstas no son de gran intensidad." Y en este caso, la paciente ya se encontraba con un déficit neurológico importante, con deterioro cognitivo avanzado, hemiparesia izquierda, incapacidad para hablar y dependencia absoluta para las actividades de la vida diaria. Lo que dificultaba aún más el posible diagnóstico.

En cuanto a la fractura de la apófisis odontoides (AO) específicamente, también (...) (1) dice lo siguiente. "La gran mayoría de los pacientes que hoy en día llegan a nuestros hospitales con fracturas de la AO están neurológicamente indemnes (...) En no pocas ocasiones estas fracturas pueden pasar desapercibidas y son diagnosticadas tardíamente (...) La gran mayoría de las fracturas de la AO sólo presentan dolor cervical y cierto grado de impotencia funcional para los movimientos de la cabeza".

En el caso de la paciente, debido a las secuelas de los múltiples ictus, esto último era difícil de determinar».

Asimismo, en el Informe complementario del SIP también se señala que *«La fractura de la apófisis odontoides se asocia a una elevada mortalidad y un gran número de complicaciones.*

El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico, existiendo controversia sobre cuál es la opción más adecuada para el paciente anciano.

Las fracturas tipo I y III pueden manejarse de forma conservadora en la mayoría de los casos. Las fracturas tipo II pueden manejarse de forma quirúrgica en los pacientes menores de 80 años, reservándose el tratamiento conservador para los pacientes mayores de 80 años con elevado riesgo quirúrgico.

En nuestro caso la paciente tiene 91 años de edad, lesión cerebral crónica y múltiples comorbilidades.

En el paciente anciano, las fracturas de apófisis odontoides tienen un mal pronóstico, con una elevada mortalidad y un gran número de complicaciones asociadas. La tasa de mortalidad se sitúa, en función de las diferentes series, entre el 16% y 40% en el primer año de la fractura. Esta aumenta considerablemente en presencia de lesión morfológica asociada. La elevada morbilidad se debe a un mayor número de complicaciones posoperatorias o a más riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilización prolongada respecto al paciente joven. Este aumento tanto de mortalidad como en la morbilidad guarda relación con una menor reserva fisiológica, un peor potencial rehabilitador y una mayor presencia de comorbilidades en estos pacientes.

Se ha propuesto que en el paciente anciano lo importante es conseguir un buen resultado clínico y funcional que permita al paciente volver a la situación libre de dolor y realizar una vida independiente.

(…) era totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria».

En efecto, del análisis del expediente administrativo se infiere que, dado el estado previo de la paciente, cuya posibilidad de comunicación era nula, de tal modo que no era posible una anamnesis certera dada la imposibilidad de referir la zona de dolor o los síntomas que pudiera padecer; y, el hecho de que la mayoría de las lesiones cervicales no producen inicialmente lesiones neurológicas o al menos éstas no son de gran intensidad, pudiendo pasar desapercibidas y siendo diagnosticadas tardíamente, es por lo que consideramos que la actuación médica del 28 de junio de 2021 no fue contraria a la *«lex artis ad hoc»,* poniendo la Administración sanitaria a disposición de la paciente todos los medios que se encontraban a su alcance y efectuando el diagnóstico y el tratamiento conforme a los síntomas que en ese momento presentaba la paciente.

En este sentido, se ha de recordar que no se puede incurrir en la denominada *«prohibición de regreso»*, doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico. A esta prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico se refieren las Sentencias del Tribunal Supremo 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; es decir, 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 desgraciado 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 final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

6. Finalmente, se ha de señalar que en el presente caso tampoco ha quedado acreditado que se haya producido una «*pérdida de oportunidad*» a la reclamante por la tardanza en diagnosticarle la fractura de vértebras toda vez que, independientemente del momento del diagnóstico, el resultado hubiera sido el mismo. Así, de los informes médicos obrantes en el expediente se pone claramente de manifiesto que dado el estado de salud de la paciente y sus patologías previas, aun cuando se hubiera diagnosticado la fractura desde el día 28 de junio de 2021 el tratamiento hubiera sido el mismo, esto es, de tipo paliativo, sin ningún tipo de posibilidad de intervención quirúrgica; y el resultado no hubiera tampoco variado, desgraciadamente el fallecimiento de la paciente.

En atención a lo expuesto, la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.