Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 0 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de septiembre 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. 317/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (expediente de responsabilidad patrimonial ERP 61/22), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP), pues, el interesado cuantifica la indemnización en 90.000,00 euros. Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

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 (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

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

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

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

En lo que se refiere a 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.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 7 de abril de 2022, la cual tiene por objeto hechos acontecidos entre el 3 de julio y el 19 de julio de 2021, ello sin perjuicio del tiempo transcurrido desde tal periodo hasta que el interesado logró la curación de sus lesiones.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la reclamación presentada se exponen de la siguiente manera:

«La reclamación se basa en los siguientes puntos:

PRIMERO: Valoración del daño. El daño sufrido consiste en

1) Mala y negligente atención médica (daño moral).

2) Atención médica sin consentimiento (daño moral).

3) Agresión y trato denigrante durante la hospitalización (daño moral).

4) Contención mecánica no consentida y fuera de protocolo durante nueve días seguidos (daño moral).

5) Lesiones neurológicas permanentes en ambas extremidades superiores debido a las contenciones mecánicas (daño físico).

6) Úlceras por presión en glúteos cronificadas debido a las contenciones y falta de cuidados (daño físico).

7) Cicatrices quirúrgicas en glúteos que no están documentadas ni explicadas en el alta médica (daño físico).

Esta parte cuantifica el daño causado a la espera de una nueva valoración en 90.000 euros tanto por los daños morales como físicos.

SEGUNDO: Relación de causalidad. Los daños morales y físicos se deben a una negligente atención médica durante los días del ingreso. No existe ningún otro factor desencadenante de los daños causados. Los hechos son los que siguen:

1. El paciente acude voluntariamente al hospital y se le diagnostica de COVID.

2. Se le pone sistema de ventilación que el paciente no tolera (ansiedad y ahogo). (Mal diseño terapéutico)

3. Es abofeteado y sedado.

4. Tratamiento involuntario.

5. Se le lleva a la UVI.

6. Al despertar, se encuentra atado a la cama con vendas.

7. Se produce una lesión neurológica permanente en ambas extremidades a causa de las ataduras.

8. Pide retirada de las ataduras y abandonar el hospital y es ignorado.

9. Desconoce los nombres del personal que le atendió.

10. La inmovilización forzada causa UPP en glúteos (cronificada).

11. Sufrió un trato y comentarios degradantes acerca de sus partes íntimas.

12. Fue aislado de la familia y se impidieron las llamadas durante la estancia en UVI.

13. Sufre lesión permanente en ambas manos por las sujeciones: hipoestesia.

14. En el momento del alta hay unas cicatrices quirúrgicas en glúteos que hasta el momento nadie ha podido explicar (cirugía sin consentimiento).

(…)

TERCERO: Título de imputación. Funcionamiento anormal de la administración.

El funcionamiento anormal del servicio público se produce cuando su prestación se realiza de forma incorrecta, por haber incumplido o desatendido la Administración titular del servicio alguna de las obligaciones que le competen. En este sentido se han desatendido las más básicas obligaciones de la praxis sanitaria en relación a:

1. Información clínica

2. Consentimiento

3. Ética asistencial

4. Cuidados básicos».

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 18 de diciembre de 2024:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

1. (…) con DNI (…) y 40 años de edad en el momento de los hechos, presenta como antecedentes personales síndrome depresivo en tratamiento médico.

2. El día 3 de julio de 2021 acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC en adelante) para consultar por astenia progresiva (cansancio) asociando ese mismo día disnea (dificultad para respirar). A su llegada se encontraba con el habla entrecortada, taquipneico (respiración rápida y superficial) con una saturación de oxígeno basal del 70% (SatO2 en adelante; cantidad de oxígeno circulante en sangre, considerándose en general normal por encima de 95-98%), febrícula (Tª 37'6ºC) y a la exploración física destacaba una auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido de forma global con crepitantes. Se solicitaron pruebas complementarias (analítica, PCR COVID-19 positiva, radiografía de tórax con un infiltrado instersticial bilateral) y a la vista de los resultados y de su situación clínica, se decidió cursar ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI en adelante) por insuficiencia respiratoria aguda con criterios de gravedad secundaria a neumonía por SARS-CoV2.

3. En UMI se realizó intubación orotraqueal sin incidencias y se mantuvo un seguimiento estrecho del paciente quedando constancia en los sucesivos registros de que se informa a la familia de la situación clínica del paciente en cada momento.

Durante los primeros días se mantuvo sedado y relajado con fármacos teniendo como objetivo su retirada progresiva, aunque ésta fue lenta puesto que presentó un mal despertar con agitación intensa, quedando registrado en notas sucesivas de enfermería que se encontraba con tendencia a la hipertensión arterial sobre todo en momentos de agitación,

mordiendo el tubo orotraqueal e intentando arrancarlo en varias ocasiones, se arrancó la sonda nasogástrica y además se describe que en ocasiones estaba agresivo, incoherente y nada colaborador a pesar de la sedoanalgesia (perfusión continua con dos sedantes -midazolam y dexdor- y un analgésico -fentanilo-) por lo que precisó asociar sujeción de miembros superiores.

El día 10 de julio se realizó extubación sin incidencias manteniendo aceptable SatO2. Durante el ingreso en este servicio cabe destacar los resultados de cultivos (sangre y broncoaspirado) positivos por lo que se indicó antibioterapia dirigida hasta el día 13 de julio, alteración del perfil hepático multifactorial en resolución, datos de rabdomiólisis (destrucción de fibras musculares) con tendencia a la normalización, úlcera por presión (UPP en adelante) interglútea que fue curada por enfermería durante el ingreso y posteriormente en su centro de salud.

A partir del día 12 de julio queda constancia de que se muestra colaborador por lo que se indicó reducir la sedación y progresar en la dieta.

El día 14 de julio mantenía necesidad de oxigenoterapia y cierta alteración conductual que en este momento era posible solventar con el diálogo según registro de enfermería, por lo que se consideró continuar cuidados intermedios en la Unidad de Cuidados Semiintensivos (UCSI en adelante).

4. Estuvo ingresado en UCSI durante veinticuatro horas con adecuada evolución por lo que ante la estabilidad clínica y hemodinámica se decidió traslado a planta de hospitalización COVID el día 15 de julio.

5. A su llegada a planta se encontraba hemodinámicamente estable, eupneico (frecuencia respiratoria normal) con SatO2 92% aire ambiente y 97% con gafas nasales. Durante el ingreso realizó sesiones rehabilitación con adecuada evolución dejando registrado que al alta el paciente deambulaba autónomo y había mejorado la fuerza de ambas manos aunque persistía debilidad sobre todo con la realización de la pinza. Dada la evolución favorable sin complicaciones relevantes se dio el alta a domicilio el día 19 de julio de 2021 indicándole continuar curas de UPP en atención primaria y acudir a citas de revisión en consultas externas de diferentes servicios del CHUC:

a) Tenía cita con el Servicio de Neumología (consulta de secuelas postCOVID19) el día 9 de septiembre de 2021 a la que no acudió.

b) El Servicio de Rehabilitación realizó consulta telefónica el día 9 de septiembre sin obtener respuesta por lo que programó cita presencial para el día 28 de Octubre en la que el paciente refirió adormecimiento en región cubital bilateral destacando a la exploración física hipoestesia en dicha región con fuerza y balance articular conservado, estableciendo como juicio clínico "síndrome poscovid. probable afectación territorio cubital sensitivo

bilateral". Se le indicó tratamiento rehabilitador en centro concertado para estimular miembros superiores así como para fortalecer el tobillo (en esa consulta comentó que había presentado esguince de tobillo por lo que también fue valorado por este motivo de consulta) indicando alta de este servicio y control por su médico de atención primaria (MAP en adelante) tras finalizar la rehabilitación.

6. Tras el alta hospitalaria acudió a su Centro de Salud siendo valorado por enfermería para cura de UPP en glúteos. Se programaron curas cada cuarenta y ocho horas describiendo una evolución favorable por lo que a los dos meses seguimiento, el 24 de septiembre de 2021, enfermería comentó con el paciente que la herida estaba casi cicatrizada por lo que no habría necesidad de continuar curas tan seguidas dejando registrado que "el paciente de malas maneras me comenta que seguirá viniendo hasta que no tenga dolor". Continuó realizándose curas sucesivas durante otro mes hasta el 22 de Octubre en el que se registra "lesión totalmente epitelizada, se explican cuidados y se da alta al paciente indicando que acuda en caso de complicación". A la semana del alta por enfermería solicitó nueva cita por dolor en la zona sin hallazgos relevantes a la exploración física, se realizó cura y se le indicó concertar cita si persistía molestia. No volvió a acudir a consulta de enfermería por este motivo hasta febrero de 2022 retomando en ese momento curas con citas sucesivas de seguimiento hasta el 21 de abril que tenía cita concertada a la que no acudió.

7. De forma intercurrente mantuvo seguimiento por su MAP. El día 4 de agosto consultó refiriendo calambres y dolor en 4º-5º dedos de ambas manos, a la exploración física se describe fuerza y sensibilidad en brazos y antebrazos conservada con disminución de sensibilidad en 4º-5º dedos de ambas manos y palmas, por lo que se solicitó electromiograma (EMG en adelante; prueba para estudiar el funcionamiento del sistema nervioso periférico y los músculos que inerva) y se realizó interconsulta al Servicio de Neurología.

En cita sucesiva de seguimiento estaba pendiente la realización del EMG y la respuesta del Servicio de Neurología por lo que su MAP decidió realizar interconsulta al Servicio de Rehabilitación y le indicó tratamiento con Lyrica 25mg (tratamiento para el dolor neuropático que podría mejorar la sintomatología del paciente) cada ocho horas, comentando en cita de revisión mejoría sintomática.

En Octubre de 2021 acudió nuevamente a consulta de su MAP comentando haber perdido cita programada con el Servicio de Neurología por lo que tuvo que solicitarla nuevamente.

En noviembre de 2021 refería persistencia de dolor a pesar del tratamiento pero reconocía haber mejorado bastante, se ajustó el tratamiento indicando aumentar Lyrica 50mg cada doce horas.

8. Tuvo cita con el Servicio de Neurología el día 25 de noviembre de 2021 destacando a la exploración física hipoestesia en región cubital de ambas manos sin atrofia de musculatura aunque con debilidad III/IV para abducción de ambos 5° dedos (la escala de fuerza muscular de la Medica Research Council puntúa del O al 5 la fuerza a la exploración, en este caso III-IV

refleja la existencia de movimiento contra gravedad y resistencia moderada), se le indicó férula para descanso nocturno y cita de revisión con resultados del EMG solicitado desde atención primaria.

Se realizó EMG el 21 de diciembre de 2021: "Estudio compatible con neuropatía segmentaria sensitivo motora de intensidad moderada-severa del nervio cubital derecho, a su paso a través del canal de Guyón, con ligero déficit de reclutamiento (separador 5º dedo y primer interóseo), ausencia de actividad denervativa y neuropatía segmentaria sensitiva del nervio cubital izquierdo de intensidad leve a su vaso por el canal de Guvón".

En cita de revisión con el Servicio de Neurología el 15 de febrero de 2022 se estableció el diagnóstico de neuropatía compresiva del nervio cubital bilateral (canal de Guyón) de predominio derecho, se le indicó duloxetina 30mg 1-0-0 (tratamiento del dolor neuropático), ejercicio físico, bajar de peso y dieta equilibrada, programando cita de revisión.

Tenía nueva cita de revisión el 31 de mayo de 2022 a la que no acudió.

Posteriormente el 9 de noviembre de 2022 en cita sucesiva comentaba mejoría clínica con el inicio de duloxetina habiéndose resuelto el trastorno sensitivo del lado izquierdo aunque persistía sensación de adormecimiento en lado derecho sin sensación de corriente eléctrica, por lo que había suspendido la duloxetina. Ante la resolución de la clínica se dio el alta de este servicio.

9. Durante el tiempo de seguimiento su MAP realizó varias interconsultas al Servicio de Cirugía General (CGD en adelante) por dolor en región de UPP, habiendo sido valorado por este motivo también por los servicios de Cirugía Plástica y Dermatología:

9.1. Valorado el día 14 febrero de 2022 por el Servicio de CGD describiendo a la exploración física "tiene como dos cicatrices de drenaje pero él dice que no lo han drenado (...) absceso durante el ingreso en UVI?". Se le indicó curas con plata y se solicitó RMN realizada el 18. Octubre de 2022 en (...) "Cambios en la intensidad de señal del tejido graso celular subcutáneo sacrococcígeo bilateral por fenómenos inflamatorios crónicos, asociado a cambios edematosos periféricos, sin colecciones focales".

9.2. En mayo de 2022 nueva interconsulta al Servicio de CGD por "pequeña fistulita interglútea con bulto a nivel de glúteo derecho duro no movilble", teniendo cita con este servicio el 16 de mayo de 2022 incluyéndolo en lista de espera quirúrgica para quistectomía.

9.3. En diciembre de 2022 nueva interconsulta al Servicio de CGD por dolor en región de UPP. Al valorar al paciente nuevamente se consideró sacarlo de lista de espera quirúrgica y derivarlo al Servicio de Cirugía Plástica quiénes valoraron al paciente en enero de 2023 quedando constancia de que "Explico al paciente que opino que interviniéndole esa zona no se le garantice que mejore de sus molestias debido a que se trata de una zona de apoyo, habría que hacer otra cicatriz que podría seguir molestándole en la zona por nueva fibrosis y

no se le garantiza una mejoría del 100%. El paciente no comprende mis explicaciones. Cito en sesión clínica para valoración conjunta". El día 13 de marzo de 2023 se presentó el caso en sesión clínica concluyendo de la siguiente manera "Le explicamos que no precisa cirugía dado que no observamos ni zonas cicatriciales ni nada patológico. El realizar una cicatriz nueva conlleva más dolor y crea una zona que sí podría ser dolorosa en ese caso. El paciente se dirige de malas formas al servicio y sólo nos solicita informe, remitimos a admisiones".

9.4. En julio de 2023 nueva interconsulta al Servicio de CGD por el mismo motivo, valorado en septiembre del 2023 indicándole aportar RMN realizada en próxima cita. La aportó en cita de Octubre del 2023 quedando constancia de que no tiene indicación quirúrgica por su parte y en caso de persistencia de clínica debía ser remitido al Servicio de Cirugía Plástica.

9.5. El 21 de noviembre de 2023 fue valorado por el Servicio de Dermatología por cicatrices de úlceras sacras quiénes valoraron al paciente explicándole que presentaba solo componente estético por lo que recomendaron láser en dermatología privada.

9.6. Cabe concluir este punto de la relación de los hechos informando que este extremo queda aclarado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones así como en el informe complementario solicitado en relación al Expediente de Responsabilidad Patrimonial 50/24.

10. Se revisa curso evolutivo a través de la historia de la salud de atención primaria actualizada en la que constan registros de varios episodios de conducta no adecuada por lo que el paciente ha sido valorado por distintos profesionales sanitarios a lo largo de su seguimiento (se deja captura de estos episodios a continuación). En Octubre de 2023 consultó con uno de estos profesionales que le han seguido a lo largo del curso evolutivo comentando en ese momento rigidez en 2º-3º-5º dedos de mano derecha y lº-2º de mano izquierda que se quedan paralizados en extensión, negaba parestesias y pérdida de fuerza, por lo que se inició nuevo estudio con solicitud de radiografia de manos y EMG. Tras esa cita solamente ha tenido otras dos citas con su MAP por otros motivos de consulta no relacionados con la patología en estudio».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 7 de abril de 2022 en el ámbito del SCS.

Con fecha 12 de abril de 2024 se dicta Resolución del Director General del SCS número 925/2022 por la que se admite a trámite la reclamación formulada por el interesado.

2. En el expediente consta el referido informe del SIP y los informes de los Servicios de Urgencias Hospitalaria, de Medicina Intensiva y del Servicio de Microbiología y Control de la Infección del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), este último incorporado por completo al informe del SIP.

3. El día 5 de diciembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre período probatorio, sin que el interesado propusiera la práctica de prueba alguna, si bien presenta informe pericial relativo a la valoración de sus lesiones.

4. Después de ello, se otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, que presentó escrito de alegaciones.

5. El 18 de junio de 2025, se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

6. Por último, es necesario señalar que se han incluido en el expediente remitido a este Consejo Consultivo (ERP 61/22) varias páginas correspondientes al expediente de responsabilidad patrimonial ERP 50/24, siendo dichas páginas las que van, al menos, desde la página 661 a la página 667.

Estas páginas se corresponden con un escrito presentado también por (...) el día 6 de noviembre de 2024, en el que se identifica claramente que el escrito es relativo a la solicitud de un periodo de prueba extraordinario en el ámbito del expediente ERP 50/24.

Así, de tal escrito se deduce que, probablemente, se reclama en dicho procedimiento de responsabilidad en relación con la actuación del doctor (...) y de un servicio de cirugía plástica dependiente del SCS, se desconoce de qué Centro sanitario, en relación con actuaciones médicas posteriores a las que aquí nos ocupa, estando referidas a paliar las secuelas, ya perfectamente determinadas, originadas por la actuación médica objeto del presente procedimiento administrativo, siendo este hecho la única relación entre ambos expedientes, que tienen, de forma evidente, objetos distintos y hechos que guardan relación, pero que se han producido en épocas distintas y en la que han intervenido servicios sanitarios dependientes del SCS distintos.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración.

En relación con la cuestión de fondo, en dicha Propuesta de Resolución, se afirma que:

«Respecto a los informes periciales aportados en trámite de alegaciones, constituyen, en los tres casos, una mera valoración del daño corporal sin que en ninguno de ellos se informe respecto a la actuación sanitaria dispensada (folios nº 742, 753 y 760)

Tras el estudio de todos los documentos obrantes en el expediente, incluidos los informes del Dr (...), Coordinador de Urgencias del CHUC y de la Dra, (...), Jefa de Servicio de Medicina Intensiva del CHUC se alcanzan las siguientes:

Conclusiones

1) Dada la situación clínica del paciente ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva bajo el efecto de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, se optó por el consentimiento por representación. Los familiares del paciente fueron informados de su situación clínica siguiendo el protocolo vigente en el momento de su ingreso, por tanto no hubo falta de información.

2) Se mantuvo ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva por la necesidad de monitorización continua, por tanto no es cierto que se desatendieran sus cuidados básicos sino que al contrario se mantuvo una vigilancia y cuidados muy estrechos.

3) En momentos de riesgo real y cuando no existen otras alternativas la sujeción física puede ser una medida de seguridad beneficiosa.

4) No existe constancia de la realización de ninguna intervención quirúrgica ni colocación de catéter de drenaje en región glútea, las cicatrices se consideran secundarias a las úlceras por presión que evolucionaron muy lentamente.

5) No existe un nexo causal entre la sujeción mecánica y la aparición de la neuropatía por atrapamiento del nervio cubital en el canal de Guyón. Sin embargo, existe evidencia científica que respalda su aparición secundaria a la infección COVID-19, motivo por el que se encontraba el paciente ingresado».

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«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 con 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".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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, más 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 el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. En el presente asunto, el interesado reclama exclusivamente por la actuación médica acontecida en el CHUC entre los días 3 de julio de 2021 al 19 de julio de 2021, concretando los motivos por los que reclama en que se acordaron medidas de contención sin el debido consentimiento informado, siendo además innecesarias e inadecuadas, las cuales le causaron lesiones neurológicas permanentes en ambas extremidades superiores y, por último, debido a la falta de cuidados durante el tiempo que pasó encamado se le ocasionó ulceras de presión en sus glúteos, que se le han cronificado.

4. En el referido informe SIP, se manifiesta, con base en los informes emitidos por los servicios sanitarios actuantes, lo siguiente:

«CONSIDERACIONES

1- Se reclama falta de información clínica de su proceso, sin embargo cabe recordar que el paciente ingresó en UMI en situación de insuficiencia respiratoria aguda con criterios de gravedad siendo necesaria la intubación orotraqueal inmediata. Queda constancia a lo largo de los registros evolutivos de que se informaba a la familia de la situación clínica del paciente. Además, en el informe de la jefa de UMI se hace constar que en plena pandemia COVID19 el protocolo del servicio no permitía la entrada de familiares ni allegados por lo que la información se aportó de manera telefónica de acuerdo a los horarios establecidos. Tras la estabilización del paciente se decidió traslado a la unidad de cuidados intermedios UCSI quedando constancia el día 14 de julio de 2021 de que "Para comunicación de noticias se ha contactado con sus hermanas (Gema y Liaba) lo cuál el paciente acepta y expresa su acuerdo. COC, tranquilo. Se contacta con UCS para traslado, se informa a familiares.

2- Se alega ausencia de consentimiento, pero tal como se apunta en el informe de la jefa de UMI, durante su estancia en este servicio el paciente estuvo bajo los efectos de fármacos que actúan en el sistema nervioso central y modifican la consciencia y la voluntad por lo que el consentimiento se pidió a la familia.

La Ley 41/2022, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en algunos supuestos como la existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. Así mismo, recoge que se otorgará el consentimiento por representación en algunas situaciones como cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.

En este caso el paciente ingresó en el Servicio de UMI en situación de extrema gravedad que hizo necesaria la actuación sanitaria inmediata para salvaguardar su integridad. Posteriormente durante su estancia en UMI bajo los efectos de fármacos necesarios por su situación clínica el paciente no era capaz de tomar decisiones por lo que se optó por el consentimiento por representación según consta en el informe de la jefa de UMI.

3- Se reclama por una falta de ética asistencial y de cuidados básicos, sin embargo el paciente se encontraba ingresado en la UMI por precisar una monitorización continua de sus constantes vitales y de otros parámetros, dejando registrado por turnos a diario su estado neurológico, hemodinámico, respiratorio, renal, metabólico, parámetros de infección, revisión del estado de la piel, registro de deposiciones y diuresis, etc. Por tanto, no hubo una falta de cuidados básicos sino que al contrario se mantuvo ingresado en este servicio por la necesidad de cuidados continuos de forma muy estrecha, sin quedar constancia de que se haya producido ninguna agresión ni trato denigrante tal como se alega en la reclamación.

4- Durante su estancia en UMI se registra que al intentar la retirada progresiva de la sedoanalgesia el paciente presentó un despertar agitado, describiéndose posteriormente episodios agresividad e incoherencia sin mostrarse colaborador tratando de quitarse el tubo orotraqueal y arrancándose la sonda nasogástrica a pesar de la sedoanalgesia por lo que precisó la sujeción de miembros superiores.

En el contexto de un ingreso hospitalario agudo la sujeción física puede ser una medida de seguridad beneficiosa para el paciente si se aplica respetando los principios de su utilización, en los momentos de riesgo real, cuando no existen otras alternativas y si se reevalúa con frecuencia para garantizar que no se prolonga innecesariamente en el tiempo. Se debe emplear como último recurso cuando los beneficios potenciales sean mayores que el

daño potencial. En este caso el 14 de julio queda constancia de que mantenía cierta alteración conductual pero que en ese momento se podía solventar con el diálogo, dejando evidencia de que se priorizó en todo momento la medida más adecuada para salvaguardar la integridad del paciente y del personal sanitario.

5- Dada la vigilancia estrecha del paciente ingresado en UMI se detectó la aparición de UPP en glúteos realizándose curas y seguimiento por parte de enfermería sin quedar constancia de la aparición de ningún absceso en este contexto ni de la necesidad de realizar cirugías ni colocación de drenajes, por tanto, las cicatrices pueden deberse a la propia úlcera que presentó una evolución tórpida con necesidad de curas y seguimiento estrecho por enfermería durante el ingreso y al alta hospitalaria.

6- Se alega que presenta un daño neurológico como consecuencia de la sujeción mecánica. En la etiopatogenia de la neuropatía por atrapamiento del nervio cubital a su paso por el canal de Guyón intervienen diferentes factores sugiriendo algunos estudios que hasta casi la mitad de los casos se dan por causas desconocidas lo que se manifiesta como hormigueo, debilidad en 4º-5º dedo, dolor en la mano y muñeca, atrofia de la musculatura de la mano, asociando ocasionalmente síndrome del túnel carpiano. Al igual que todos los atrapamientos nerviosos tiene inicialmente un tratamiento conservador y en caso de no conseguir un resultado adecuado sería necesaria la intervención quirúrgica. En el caso del paciente mantuvo seguimiento por su MAP y por el Servicio de Neurología indicándole tratamiento conservador con lo que presentó mejoría sintomática siendo dado de alta del servicio de Neurología.

Existe evidencia de que la Enfermedad COVID-19 se ha relacionado con complicaciones neurológicas como neuropatías. De hecho, una revisión sistemática en pacientes con neuropatías y miopatías periféricas relacionadas con COVID-19 revelaba que el nervio más afectado en las extremidades superiores fue el nervio cubital. En una serie de casos multicéntricos se diagnosticaron 66 lesiones de nervios periféricos en 34 pacientes que sobrevivieron a la enfermedad grave por COVID-19 siendo los más comunes los nervios cubital (25.1%), peroneo común (15,8%), citático (13,1%), mediano (9,8%), plexo braquial (8,7%) y radial (8,2%)¡4J. En un reporte de tres casos tras la infección COVID-19 se describe la aparición de neuropatía cubital, polineuropatía de cuidados intensivos con neuropatía del nervio inteóseo anterior y neuropatía del nervio cutáneo femoral lateral.

Como ya se ha aclarado anteriormente la sujeción mecánica se empleó cuando fue necesaria por encontrarse el paciente agitado y agresivo a pesar de la perfusión continua de fármacos sedantes. En la etiopatogenia de la neuropatía del nervio cubital influyen numerosos factores, siendo destacable en este caso que el paciente estaba ingresado por neumonía secundaria a infección por COVID-19 lo que se ha relacionado con la aparición de neuropatía cubital en diferentes estudios, por lo que no existe un nexo causal entre el

empleo de sujeción mecánica y la aparición de la neuropatía, siendo más probablemente secundaria a la infección COVID- 19 según la evidencia científica presentada.

7- En la reclamación se solicita el resultado pruebas COVID especificando datos (marca, lote, ficha técnica (...)), lo cuál ha sido aportado por el Servicio de Microbiología y Control de la Infección y se adjunta en el presente informe a continuación.

CONCLUSIONES

1) Los familiares del paciente fueron informados de su situación clínica siguiendo el protocolo vigente en el momento de su ingreso, por tanto no hubo falta de información.

2) Dada la situación clínica del paciente ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva bajo el efecto de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central se optó por el consentimiento por representación informando a sus familiares de la situación clínica del paciente.

3) Se mantuvo ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva por la necesidad de monitorización continua, por tanto no es cierto que se desatendieran sus cuidados básicos sino que al contrario se mantuvo una vigilancia y cuidados muy estrechos.

4) En momentos de riesgo real y cuando no existen otras alternativas la sujeción física puede ser una medida de seguridad beneficiosa.

5) No existe constancia de la realización de ninguna intervención quirúrgica ni colocación de catéter de drenaje en región glútea, las cicatrices se consideran secundarias a las úlceras por presión que evolucionaron muy lentamente.

6) No existe un nexo causal entre la sujeción mecánica y la aparición de la neuropatía por atrapamiento del nervio cubital en el canal de Guyón, sin embargo existe evidencia científica que respalda su aparición secundaria a la infección COVID-19, motivo por el que se encontraba el paciente ingresado».

5. Pues bien, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y la documentación médica obrante en el expediente procede pronunciarse sobre la reclamación efectuada.

5.1. En relación con las medidas de contención mecánica adoptadas durante varios días y el consentimiento informado correspondiente, se ha de tener en cuenta, en primer lugar, que:

El art. 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que:

«2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

En este caso, se ha de tener en cuenta, primeramente, que los hechos se produjeron en el momento álgido de la pandemia por COVID-19, siendo un hecho notorio que ante tal situación era imprescindible para contener la pandemia el aislamiento no sólo social, sino el específico aislamiento de los pacientes contagiados por el referido coronavirus, entre ellos el interesado.

Así, dicha situación, más la generada por la reacción del interesado al tratamiento que de forma necesaria y adecuada se le suministró, justifica sobradamente la medida de contención mecánica, sin que se haya demostrado por parte del interesado que la misma se hubiera aplicado de forma inadecuada o desproporcionada, pues, por el contrario, el SCS ha probado que la misma se adoptó para evitar, en la medida de lo necesario y de forma ocasional o circunstancial, que el interesado impidiera el uso de los medios dispensados para permitir su respiración, afectada gravemente por la neumonía que sufría, siendo supervisada en todo momento por el personal sanitario y habiéndose empleado durante el menor tiempo posible.

Además, las hermanas del interesado fueron informadas telefónicamente en varias ocasiones, conforme establecía el protocolo entonces aplicable, del estado y situación médica del interesado, ello sin perjuicio de que las medidas médicas que se fueron adoptando durante todo el proceso médico, incluidas las de sujeción, no sólo se adoptaron en las especiales circunstancias mencionadas, sino en una situación de urgencia por riesgo para la salud pública y la propia salud del interesado, estando legalmente excusada la ausencia del consentimiento informado.

5.2. Asimismo, el interesado no ha logrado demostrar que la actuación médica durante todo el periodo referido fuera contraria a la *lex artis,* o que la

Administración sanitaria no pusiera a su disposición todo los medios humanos y materiales que tenía en tales circunstancias a su disposición.

A mayor abundamiento, no ha demostrado que no se le dispensaran convenientemente todos los cuidados y atenciones médicas que sus padecimientos requerían, siendo inevitable la ulceras sufridas por el largo encamamiento del interesado, sin que tampoco haya probado que ello se deba por inatención del personal sanitario.

5.3. Por último, el interesado no ha presentado ninguna prueba que permita entender que los problemas neurológicos que padeció en sus extremidades superiores se deban a las medidas de sujeción y no a otras cusas probables, como el propio COVID-19, pues no sólo no ha aportado prueba alguna que acredite sus alegaciones, como ya se ha dicho, sino porque los informes periciales presentado sólo valoran sus lesiones y en modo alguno desacreditan los informes emitidos por el SCS.

6. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 159/2025, de 24 de abril, entre otros muchos, se ha señalado:

«En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (...) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es 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 de 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)».

Este criterio sobre la carga de la prueba resulta aplicable también en el presente asunto.

7. Por lo expuesto, se ha de considerar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el actuar administrativo y el daño reclamado por el interesado, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por la misma.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina favorablemente la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada, en virtud de las razones expuestas en el presente Dictamen.