Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de diciembre 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. 481/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [500.000 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la citada LPACAP; 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 y la Ley

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

41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

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

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

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP].

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21 LPACAP].

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizada 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 por el citado servicio público.

En síntesis, la perjudicada -(...)- señala que el origen de la situación se remonta al día 24 de diciembre de 2022, fecha en la que sufrió una rotura muscular en el gemelo interno de la pierna derecha. Indica que el 28 de diciembre de 2022 acudió al Centro de Salud El Calero, donde fue atendida en el servicio de Atención Primaria. Afirma que en dicha consulta se le diagnosticó la lesión sin practicar pruebas complementarias inmediatas, limitándose la actuación médica a prescribir reposo domiciliario y tratamiento farmacológico con antiinflamatorios y relajantes musculares.

Según su relato, la ecografía solicitada por el facultativo se demoró hasta el 18 de enero, sin que se realizara en el momento oportuno. Ante la persistencia del dolor y la aparición de nuevas molestias, la interesada refiere que recurrió a la medicina privada, donde el 2 de febrero de 2023 se le diagnosticó una trombosis venosa, requiriendo tratamiento urgente con heparina. Alega que este tratamiento debió haberse indicado desde la primera consulta, dado el reposo prolongado prescrito, lo que, en su opinión, constituye una omisión asistencial relevante.

Añade que, tras este episodio, se produjeron demoras en la derivación a especialistas en traumatología, rehabilitación y cirugía vascular, sin que se le facilitara seguimiento adecuado. Afirma que, ante la falta de respuesta, se vio obligada a acudir nuevamente a la sanidad privada, donde se le practicaron intervenciones quirúrgicas en julio y septiembre de 2024, tras diagnosticarse una rotura fibrilar agravada y una fístula postquirúrgica. Indica, igualmente, que entre abril de 2024 y junio de 2025 no recibió atención especializada por parte del Servicio Canario de Salud, pese a sus reiteradas solicitudes.

2. Partiendo de los hechos descritos anteriormente, la interesada sostiene que esta situación le ha ocasionado perjuicios de diversa índole: económicos, físicos, psicológicos y morales.

En el ámbito económico, refiere pérdida de clientela consolidada en su actividad empresarial, disminución de facturación, indemnizaciones laborales por extinción de contratos por importe de 26.000 €, así como pérdida de oportunidades comerciales en proyectos de expansión. Señala también la existencia de un lucro cesante no cuantificable, derivado de la paralización de sus negocios durante más de dos años.

En el plano personal, afirma haber sufrido dolor crónico persistente, limitación funcional y secuelas derivadas de la rotura muscular no tratada adecuadamente. Añade que esta situación le ha generado ansiedad, insomnio, desmotivación y afectación a su bienestar emocional y familiar, describiendo episodios de estrés sostenido y retraimiento social. Según su relato, todo ello constituye un daño moral significativo que, aunque no pueda ser cuantificado económicamente, debe ser considerado en la valoración global del perjuicio.

3. Finalmente, la interesada solicita que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento anormal del servicio público sanitario y que se le indemnice en la cantidad que legalmente corresponda, en concepto de pérdida de oportunidad, daños morales y perjuicios sufridos, añadiéndose los intereses legales desde la fecha de la primera consulta [28 de diciembre de 2022] hasta el completo pago. Asimismo, manifiesta su disposición a alcanzar un acuerdo indemnizatorio extrajudicial, en aras de una solución ágil y conforme a los principios de buena administración.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, cabe indicar que, mediante escrito de alegaciones formulado con fecha -al que se adjunta diversa documentación- 26 de abril de 2023, la reclamante cuantifica en 500.000 € el importe de la indemnización pretendida.

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 3 de abril de 2023, (...) interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el anormal funcionamiento del sistema público sanitario.

2. Con fecha 18 de abril de 2023 se acuerda requerir a la interesada a fin de que mejore su reclamación inicial. Trámite que es debidamente cumplimentado por ésta

mediante la formulación de escrito de alegaciones -al que se adjunta diversa documentación- con fecha 26 de abril de 2023.

3. Mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 4 de mayo de 2023 se admite a trámite la reclamación interpuesta y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones -en adelante, SIP- en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

4. Con fecha 26 de mayo de 2025 se evacua el informe del SIP, al que se acompaña la siguiente documentación:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria -en adelante, CHUIMI-.

- Historia clínica en Atención Primaria obrante en el Centro de Salud El Calero, perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

- Informe elaborado por el Dr. (...), Médico de Familia de la Gerencia de Atención Primaria en Gran Canaria, de 1 de junio de 2023.

5. Con fecha 5 de junio de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción, y se admiten a trámite las pruebas propuestas por la interesada, otorgándole un plazo *« (...) de 30 días a fin de que pueda aportar la documental adicional que estime conveniente para la defensa de sus derechos»*.

El precitado acuerdo probatorio consta debidamente notificado a la interesada.

6. Con fecha 25 de julio de 2025 la reclamante formula escrito de alegaciones en el que cambia el objeto de la reclamación inicial trasladando el centro de su queja desde la supuesta falta de diagnóstico de una TVP —ya descartada en múltiples exploraciones— hacia una alegada ausencia de seguimiento de la lesión musculoesquelética del gemelo.

7. A la vista de las nuevas alegaciones y la documental incorporada por la reclamante, se acuerda solicitar la emisión de informe complementario por parte del SIP.

8. Con fecha 15 de septiembre de 2025 se evacua el informe complementario del SIP, en el que, una vez más, se informa desfavorablemente la reclamación presentada por la paciente.

9. Con fecha 19 de septiembre de 2025 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de vista y audiencia, que es debidamente notificado a la interesada el día 6 de octubre de 2025.

10. Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado a tal fin, no consta la formulación de alegaciones por parte de la interesada.

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

12. Con fecha 28 de octubre de 2025 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...)

13. Mediante oficio de 3 de noviembre de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 5 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

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

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 29/2025, de 22 de enero [con cita de los anteriores Dictámenes 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que

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

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar

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

1.2. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta pertinente reproducir -y compartir- los argumentos expuestos por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar cuanto se expone a continuación:

« (...) La interesada considera que ha existido un mal funcionamiento del servicio sanitario que se concreta en la no realización de pruebas diagnósticas como la ecografía o la ausencia de tratamiento correcto como heparina, para evitar la trombosis que padeció.

Del relato de hecho clínicos, extraemos la siguiente secuencia:

1. Con fecha 28 de diciembre de 2022, la paciente fue atendida en el Centro de Salud de Calero de Gran Canaria, al presentar dolor localizado en el gemelo derecho, que refería como consecuencia de un "latigazo" sufrido al caminar, tras un cambio de ritmo. Según consta en la documentación, el inicio de los síntomas tuvo lugar el 24 de diciembre de 2022, durante su estancia en Francia, tras un mal paso, sin caída ni traumatismo directo. En aquel momento fue valorada de forma visual y táctil en un centro asistencial, donde se le indicó que podría tratarse de una rotura muscular.

*Durante la exploración realizada en consulta el 28/12/2022, no se observaron signos inflamatorios agudos: sin aumento de temperatura, sin edema ni eritema. Se objetivó la presencia de un hematoma de unos 2 cm en la región dolorosa, compatible con una rotura fibrilar *. Se estableció el diagnóstico de rotura muscular (atraumática), prescribiéndose reposo relativo y tratamiento antiinflamatorio, que incluyó Ciclopirox tópico, Metocarbamol, Paracetamol y Vimovo ® (naproxeno/esomeprazol). Se abrió proceso de incapacidad temporal.*

2. Con fecha 4 de enero de 2023, la paciente acudió nuevamente a su centro de salud para emisión del parte de confirmación. En la anamnesis refirió persistencia del dolor, que ahora afectaba a ambos gemelos. La exploración física no mostró novedades, manteniéndose el diagnóstico de rotura muscular (atraumática) sin modificación del tratamiento. Este seguimiento refleja la evolución habitual de este tipo de lesiones del aparato locomotor sin complicaciones añadidas.

3. Con fecha 11 de enero de 2023, en una nueva consulta, la paciente informó de mejoría clínica, aunque persistía dolor al caminar. No se identificaron signos de alarma ni se modificó el tratamiento. Se mantuvo el diagnóstico y se documentó evolución favorable.

4. Con fecha 18 de enero de 2023 acudió por persistencia del dolor en la pierna derecha, le impedía cualquier actividad física, permaneciendo en reposo. A la exploración se objetivó dolor en el vasto interno del gemelo derecho, sin signos inflamatorios. Se mantuvo el diagnóstico, y se amplió el tratamiento con Tramadol, manteniéndose los medicamentos previamente prescritos.

Ese mismo día se solicitó ecografía preferente de partes blandas al Hospital Materno-Insular, indicando persistencia del dolor incapacitante tras 2 semanas de tratamiento conservador.

5. Con fecha 25 de enero de 2023, durante una consulta telefónica con su médico de familia, la paciente manifestó que el dolor le impedía deambular. El facultativo recomendó valoración presencial en la siguiente visita, dada la limitación funcional.

6. Con fecha 1 de febrero de 2023 acudió nuevamente a consulta por persistencia del dolor, en la pierna derecha. Se mantuvo el diagnóstico y se gestionó interconsulta preferente al Servicio de Traumatología (COT) del Hospital Materno-Insular en contexto de rotura fibrilar.

7. Con fecha 2 de febrero de 2023, la paciente sin esperar a ser llamada para la realización de la prueba diagnóstica acudió por su propia motivación y sin notificación previa a la Clínica Arnao (ámbito privado), en donde se realizó una ecografía doppler. Se confirmó la presencia de rotura muscular de 11 mm en el gemelo interno, sin colecciones ni signos de complicación miofascial o tendinosa. También se describieron signos compatibles con

*trombosis en ramos venosos infrapoplíteos. Se le prescribió heparina de bajo peso molecular *(Clexane ®).*

Ese mismo día a las 19:10 horas, acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Ingenio. Se realizó valoración clínica y se confirmó el cuadro doloroso en hueco poplíteo derecho. Dada la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP), se derivó con carácter urgente al hospital.*

8. Ese mismo 2 de febrero ingresó en el Servicio de Urgencias del CHUIMI. Se realizó ecografía doppler por el Servicio de Radiología, descartando trombosis venosa profunda. Se confirmó el diagnóstico de trombo-flebitis superficial*, sin afectación del sistema venoso profundo. Se pautó heparina de bajo peso molecular y se indicó alta con tratamiento conservador, mantuvo la prescripción de heparina de bajo peso molecular (Clexane®) seguimiento ambulatorio sin la necesidad de intervención por parte de Cirugía Vascular.*

9. Con fecha 15 de febrero de 2023, desde Atención Primaria, se tramitó interconsulta preferente a Cirugía Vascular, a pesar de que la tromboflebitis superficial no suele requerir seguimiento especializado, debido a la persistencia del dolor y su irradiación proximal.*

Ese mismo día también se gestionó derivación a Rehabilitación con carácter preferente para iniciar fisioterapia, como ya se había recomendado desde el servicio de Traumatología.

10. Con fecha 23 de febrero, la paciente decide nuevamente por motivación propia y sin notificación previa acudir a Médico Cirujano-Vascular privado aun cuando no tenía indicación, se realizó ecografía que volvió a descartar TVP, confirmando por segunda vez en un equipo diferente y por un médico distinto: Tromboflebitis superficial.

11. Con fecha 16 de marzo de 2023, la paciente acudió nuevamente por iniciativa propia a consulta especializada en el Hospital (...) (ámbito privado), donde fue valorada por un facultativo de Cirugía Vascular. En dicha visita, se procedió a la revisión e interpretación clínica de la ecografía doppler realizada previamente, confirmándose la ausencia de trombosis venosa profunda y considerándose el examen vascular dentro de la normalidad. Como medida preventiva, se pautó tratamiento con Adiro 100 mg diarios durante seis meses.*

12. Con fecha 22 de febrero no acudió a su cita presencial con atención primaria, refiriendo molestias, recomendándose asistir a la siguiente consulta.

13. Con fecha 12 de abril de 2023 fue valorada en consulta de Atención Primaria, donde se observó discreto aumento de volumen en pantorrilla derecha, dolor a la presión y limitación leve de la movilidad. Se añadió Adiro a su tratamiento como profilaxis.

14. Con fecha 5 de julio de 2023, la paciente ya en circuito de rehabilitación refirió aumento del dolor tras las sesiones de fisioterapia. A la exploración persistía marcha forzada. Dada la ausencia de mejoría funcional, desde COT se solicitó ecografía de control y

resonancia magnética, que confirmaron persistencia de signos de micro-rotura sin afectación vascular.

15. Con fecha 12 de septiembre de 2023, la paciente acudió para la realización de una ecografía de partes blandas de miembros inferiores por el Servicio de Radiología, en el contexto del seguimiento de su cuadro clínico. En dicha prueba se confirmaron hallazgos compatibles con patología musculoesquelética, sin evidencia de afectación vascular profunda.

Posteriormente, ese mismo día, fue valorada en consultas externas del Servicio de Medicina Interna (ACV CEX), donde, tras la revisión de la evolución clínica y de los resultados obtenidos, no se objetivaron signos compatibles con trombosis venosa profunda (TVP) ni criterios que justificaran seguimiento especializado. Se decidió alta definitiva, quedando el proceso en seguimiento por su médico de atención primaria.

16. Con fecha 22 de marzo de 2024 se realizó resonancia magnética, que evidenció edema en el gastrocnemio medial derecho, especialmente en la unión miofascial distal, hallazgos que ratificaban los de la ecografía previa. Como podemos ver no hay hallazgos compatibles con patología vascular.

(...) La reclamante manifiesta que no le fue diagnosticada la trombosis venosa evitando con ello un tratamiento precoz.

Consta que inicia los síntomas el 24 de diciembre de 2022, sin embargo, acude a primera consulta de valoración el día 28 de diciembre. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala que en dicha consulta realizada en el Centro de Salud de Calero, se recogió una anamnesis completa y se efectuó exploración física dirigida, sin hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda. No se evidenciaron signos clínicos sugestivos de flebitis (no existía edema, ni eritema, ni aumento de temperatura ni signo de Homans positivo), datos que se mantendrían ausentes también en exploraciones posteriores.*

La interesada ya había recibido en Francia una orientación diagnóstica compatible con rotura fibrilar, por tanto, como indica el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, desde el primer momento (28/12/2022) el abordaje clínico se orientó de forma coherente hacia una etiología musculoesquelética.

No puede sostenerse que la no solicitud de imagen en la primera visita constituyera una omisión o demora, sino que respondía al juicio clínico razonado y proporcional a la situación clínica que presentaba la paciente en ese momento.

Por tanto, no se objetivan demoras injustificadas ni omisiones en la aplicación de medios diagnósticos o terapéuticos. El cuadro se abordó desde el inicio conforme al diagnóstico más probable, razonable y clínicamente respaldado por los hallazgos disponibles en ese momento y trató en consecuencia.

De la historia clínica se extrae que, ante la persistencia del cuadro clínico y la ausencia de mejoría completa tras 19 días de evolución, se solicita ecografía de partes blandas con carácter preferente el 18/01/23, al tiempo que se solicitaba consulta con el especialista en traumatología con carácter preferente (01/02/25), siendo remitida a rehabilitación.

Por tanto, en cuanto a si el tratamiento prestado por el médico de atención primaria fue ajustado a la lex artís, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones considera que sí, pues teniendo en cuenta las recomendaciones nacionales e internacionales para el manejo de la rotura fibrilar, existe una primera fase de recuperación en donde se indica reposo con medidas físicas y antiinflamatorios y luego una segunda fase de re-adaptación con fisioterapia.

La reclamante, sin esperar por los servicios públicos, acudió a un centro privado donde se le realizó una primera ecografía. En dicho estudio, se confirmó objetivamente el diagnóstico ya establecido de rotura fibrilar y, como hallazgo incidental, se describieron algunos signos compatibles con trombosis venosa.

Con el resultado, acude a su médico de familia que, ante la sospecha de trombosis venosa, considera el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que actuó con celeridad y conforme a los protocolos vigentes, derivándola de forma urgente al hospital para valoración especializada para descartar TVP.

Continúa relatando el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario se activó el protocolo correspondiente ante la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP), realizándose una ecografía Doppler de miembros inferiores. Esta prueba descartó de forma clara la existencia de trombosis venosa profunda y confirmó como diagnóstico primario la rotura fibrilar previamente objetivada. Además, se diagnosticó tromboflebitis superficial infrapoplítea, proceso clínico de carácter benigno que no requiere seguimiento específico por el Servicio de Cirugía Vascular.

Por lo que se mantuvo tratamiento con heparina de bajo peso molecular y se estableció seguimiento ambulatorio desde atención primaria, garantizándose así una continuidad asistencial adecuada y proporcional a la naturaleza del cuadro clínico detectado. Esta actuación pone de manifiesto una respuesta sanitaria ágil, proporcional y conforme a la lex artis.

Es por ello que (el) informe citado, recalca que la reclamación formulada carece de fundamento, ya que se basa en la supuesta existencia de una trombosis venosa profunda (TVP), que nunca fue diagnosticada ni evidenciada en ninguna de las pruebas realizadas por el Servicio Canario de la Salud.

Lo cierto es que el diagnóstico del servicio de urgencias del Hospital Insular, de tromboflebitis superficial fue posteriormente confirmado por centros de asistencia privada a los que acudió la reclamante.

Así refiere el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que el 16/03/2023, fue valorada en consulta de Cirugía Vascular del Hospital (...), también en el ámbito privado, donde se revisaron los hallazgos ecográficos previos que corroboraron la normalidad del sistema venoso profundo y confirmó que el proceso vascular era una tromboflebitis superficial sin complicaciones.

Por tanto, tanto en el sistema sanitario público como en el privado se descarta la existencia de una trombosis venosa profunda, que, si bien fue apuntada en una primera asistencia, luego fue descartada en las pruebas específicas realizadas como el ecodoppler.

Llegados a este punto el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, señala que, en el presente caso clínico, es necesario distinguir con claridad entre dos entidades diagnósticas de naturaleza y pronóstico muy distintos: la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboflebitis superficial.

La TVP afecta al sistema venoso profundo, principalmente a las venas femoral y poplítea, y se asocia a un riesgo potencialmente grave, como es el tromboembolismo pulmonar, motivo por el cual requiere un manejo clínico urgente, tratamiento anticoagulante completo y, en algunos casos, ingreso hospitalario y seguimiento por especialidades como Cirugía Vascular o Medicina Interna.

En cambio, la trombosis venosa superficial (también conocida como tromboflebitis), como la que se identificó en la paciente, afecta únicamente a las venas superficiales de menor calibre, y se considera una patología benigna y autolimitada, de bajo riesgo embólico y con manejo ambulatorio. En este caso, no se constató afectación del sistema venoso profundo en ninguno de los estudios realizados (incluidos varios Ecodoppler y la RM), por lo que el cuadro se mantuvo siempre dentro del espectro clínico de tromboflebitis superficial no complicada.

A juicio de la reclamante, si se hubiera tratado la lesión no hubiera padecido la trombosis, pero lo cierto es que no padeció una trombosis venosa , sino una tromboflebitis superficial, acreditándose que en todo momento fue tratada conforme a los protocolos para este tipo de lesiones, pautándose la realización de ecografía cuando se objetivó que no había mejoría, decidiendo la reclamante, en el marco de la autonomía de su voluntad acudir a un centro privado para adelantar la realización de la prueba, que ya había sido pautada por su médico de cabecera.

En cuanto al reembolso de los gastos sanitarios abonados en la sanidad privada, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de la Salud, establece en su art. 9: «las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél».

Por tanto, en la consideración de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria prestada por centros, establecimientos o servicios ajenos al Sistema Nacional de Salud se establecen dos criterios; que se trate de urgencia inmediata y que sea de situación de riesgo vital y que se compruebe que no hubo posibilidad de utilizar oportunamente los servicios disponibles en el Sistema Nacional de Salud y que no constituya una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización, establece en su art. 4.3: «La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de esta, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

En el caso que nos ocupa, «no se objetiva, falta de diligencia, pasividad o desatención por parte de los servicios sanitarios, quedando acreditado, sin que se haya aportado prueba de contrario, que la asistencia no revestía carácter de urgencia, vital, decidiendo en el marco de su autonomía personal acudir a los servicios privados y realizarse ecografía, debiendo asumir su coste al no concurrir los requisitos para proceder a su reintegro».

En el caso que nos ocupa tampoco se objetiva pérdida de oportunidad, puesto desde que la reclamante acudió al médico de atención primaria el 2 de febrero de 2023 con el resultado de la ecografía, el Servicio de Radiología del Hospital Insular, descarta trombosis venosa profunda, se confirmó el diagnóstico de tromboflebitis superficial sin afectación del sistema venoso profundo. Se pautó heparina de bajo peso molecular y se indicó alta con tratamiento conservador, mantuvo la prescripción de heparina de bajo peso molecular (Clexane®) seguimiento ambulatorio sin la necesidad de intervención por parte de Cirugía Vascular.*

La sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 reitera que la doctrina de la pérdida de oportunidad "exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es, una probabilidad causal ser, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto".

No podemos apreciar la perdida de oportunidad reclamada, puesto que, en primer lugar, por parte de los servicios sanitarios públicos fue pautada la ecografía, poniendo a disposición de la reclamante los medios diagnósticos para evitar un daño, decidiendo la interesada acudir a un centro privado para su realización (15 días después de ser pautada por el médico de primaria). Realizada la ecografía acudió al servicio público para tratamiento que le fue realizado el mismo día.

Por otro lado, tal y como afirma el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones debe destacarse que no consta que la paciente haya presentado secuela, complicación ni lesión permanente derivada del proceso asistencial. Se han recabado múltiples informes y pruebas complementarias — incluyendo ecografías seriadas y una resonancia magnética definitiva— que respaldan de forma consistente la orientación diagnóstica de una patología musculoesquelética (rotura fibrilar) como causa principal del cuadro clínico, muy por encima de una posible afectación vascular.

Pues bien, a la vista de lo expuesto, ha quedado acreditado, sin que por parte de la reclamante se haya aportado prueba en contrario, que, por parte de los servicios sanitarios tanto de atención primaria como especializada, se pusieron a disposición de la paciente, sin dilación, todos los recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados, garantizando una asistencia continua, proporcionada y acorde a los protocolos clínicos vigentes y a la lex artis ad hoc».

En efecto, a partir del examen de los instrumentos probatorios que obran en las actuaciones, se concluye que no concurren los presupuestos legales exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria [art. 32 LRJSP], al no apreciarse vulneración de la *lex artis ad hoc* en la asistencia médica dispensada a la paciente.

A este respecto se ha de indicar que la reclamación indemnizatoria planteada por la interesada se fundamenta en dos ejes principales: la supuesta falta de diagnóstico de una trombosis venosa profunda [TVP] y la alegada ausencia de seguimiento adecuado de la lesión musculoesquelética. Sin embargo, ambos extremos quedan desvirtuados por la evidencia clínica y documental.

En primer lugar, la tesis de la reclamante sobre la existencia de una TVP no diagnosticada carece de fundamento. Consta acreditado que, tras la sospecha inicial derivada de una ecografía privada, la paciente fue atendida en el Servicio de Urgencias del CHUIMI el 2 de febrero de 2023, donde se activó de inmediato el protocolo asistencial, practicándose ecografía Doppler urgente que descartó de forma concluyente la presencia de trombosis venosa profunda, confirmando como diagnóstico una tromboflebitis superficial infrapoplítea, entidad clínica de carácter benigno y manejo ambulatorio. Este diagnóstico fue posteriormente ratificado en sucesivas exploraciones ecográficas, tanto en el ámbito público como privado, sin que en ningún momento se evidenciara afectación del sistema venoso profundo. Por tanto, no puede sostenerse que existiera demora, omisión de pruebas o pérdida de

oportunidad, pues la actuación sanitaria fue ágil, proporcional y conforme a los protocolos vigentes.

En segundo término, la alegación relativa a la falta de seguimiento de la lesión musculoesquelética resulta igualmente infundada. La historia clínica refleja que, una vez descartada la patología vascular, el cuadro se orientó correctamente como rotura fibrilar del gemelo medial derecho, procediéndose a la derivación al Servicio de Rehabilitación con carácter preferente, donde la paciente recibió atención continuada entre 2023 y 2025. Durante este periodo se realizaron múltiples valoraciones clínicas, pruebas de imagen -ecografías y resonancia magnética- y se pautaron tratamientos conservadores ajustados a las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales para el manejo de microrroturas musculares. Los hallazgos radiológicos —entre ellos, la RMN de 23 de abril de 2024, que describía edema con preservación de la unión miotendinosa— avalaban la idoneidad del tratamiento conservador frente a la opción quirúrgica. La decisión de someterse a cirugía privada en julio de 2024, seguida de una reintervención por complicación, fue adoptada unilateralmente por la paciente en virtud de su cobertura sanitaria privada, sin comunicación previa al sistema público, lo que excluye cualquier imputación de responsabilidad al Servicio Canario de la Salud.

Por otro lado, no se aprecia infracción de la *lex artis* en la asistencia inicial en Atención Primaria. Desde la primera consulta [el 28 de diciembre de 2022] se realizó anamnesis completa y exploración dirigida, sin hallazgos sugestivos de TVP [ausencia de edema, eritema, aumento de temperatura o signo de Homans positivo], orientándose el cuadro hacia una etiología musculoesquelética y pautándose tratamiento analgésico y antiinflamatorio, conforme a la práctica clínica habitual. La solicitud de ecografía preferente [el 18 de enero de 2023] y la interconsulta a Traumatología [el 1 de febrero de 2023] evidencian una actuación diligente y progresiva, ajustada a la evolución clínica. La eventual realización anticipada de pruebas en el ámbito privado no obedece a una falta de medios ni a una situación de riesgo vital, sino a una decisión personal de la reclamante, lo que impide reconocer derecho al reintegro de gastos conforme al artículo 9 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y al art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que circunscriben tal posibilidad a supuestos de urgencia vital y ausencia de disponibilidad de medios públicos.

Finalmente, tampoco concurre el requisito de la pérdida de oportunidad invocado por la reclamante. La doctrina jurisprudencial exige para su apreciación

una probabilidad causal relevante de que una actuación distinta hubiera determinado un desenlace diferente, circunstancia que no se verifica en este caso, dado que la paciente no padeció TVP ni complicación vascular alguna, y la evolución de la lesión musculoesquelética se ajustó al curso natural de la patología, sin secuelas permanentes atribuibles a la asistencia recibida. Antes bien, la decisión de interrumpir la asistencia pública para someterse a cirugía privada constituye un elemento extraño que rompe cualquier nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y los daños alegados.

2. En conclusión, la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud se desarrolló conforme a la *lex artis ad hoc*, aplicando los protocolos diagnósticos y terapéuticos pertinentes, sin demoras injustificadas ni omisiones relevantes, y garantizando la continuidad asistencial. No se acredita la existencia de daño antijurídico ni de relación causal directa, inmediata y exclusiva con el funcionamiento del servicio público, por lo que se entiende que procede desestimar la reclamación patrimonial formulada.

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 de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria en atención a los razonamientos contenidos en el Fundamento IV del presente Dictamen.