



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 5 4 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de abril de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización, formulada por I.C.A.S. por el fallecimiento de su madre L.M.S.T., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 122/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La preceptividad de la solicitud del dictamen y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resultan del art. 11.1.C.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP, en adelante), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. La legitimación de la Consejera para solicitar el dictamen resulta del art. 12.3 de la citada ley.

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio del art. 106.2 de la Constitución, desarrollado por los arts. 139 y 142 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC, en adelante).

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

II

1. El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación por el interesado el 3 de mayo de 2005.

El fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria es, según las alegaciones del reclamante, el siguiente:

La madre del interesado ingresa en el Hospital Doctor Negrín (HDN) el día 9 de febrero de 2005 debido a los problemas respiratorios que padecía, falleciendo el día 13 de febrero de 2005 por no haber sido asistida por los facultativos correctamente. Por tanto, considera el interesado que el daño ocurre por negligencia médica sin adoptarse las medidas exigibles por el estado de gravedad de la paciente, por edad y otras circunstancias concurrentes. Así, la asistencia se demoró indebidamente entre la última actuación médica y el fallecimiento.

2. En la tramitación del expediente no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obstan a la emisión de un dictamen de fondo. Así, se solicitan y emiten los informes preceptivos del Servicio; se acuerda la apertura del periodo probatorio; notificándose correctamente al interesado; se practican las pruebas propuestas por el mismo; y se acuerda el trámite de vista y audiencia.

Concretamente, y en relación con la prueba pericial propuesta por el interesado, solicitando a la Administración que recabase con carácter gratuito informe pericial -entendiendo que entre los derechos a la asistencia jurídica gratuita se contempla la realización del mismo previamente al inicio de actuaciones judiciales- el instructor advierte, tras informe de la Comisión de Asistencia Jurídica Gratuita, que dicha actuación ha de ser llevada a cabo por el propio interesado, como medio probatorio que le corresponde legalmente aportar.

Por lo demás, el afectado presenta escrito, entre otros, mediante el que autoriza y declara su voluntad de ser representado y defendido en su nombre por abogado de oficio designado al efecto.

3. La primera Propuesta de Resolución se emitió en fecha 20 de mayo 2013. Esta se remitió, a su vez, al Consejo Consultivo de Canarias, que, tras analizar los documentos obrantes en el expediente, emitió el Dictamen 256/2013, de 11 de julio de 2013, en el que se concluyó con la retroacción del procedimiento en base a los siguientes fundamentos:

«(...) vistas precisamente las observaciones del informe del SIP con pretensiones exculporias pero generando el efecto contrario, se considera con los comentarios

expresados al hilo de las mismas, que no se justifican debidamente algunas actuaciones en este caso, siendo pertinente esclarecerlas para poder analizar la existencia o no de nexo de causalidad entre la lesión por la que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario. Más concretamente y en referencia a tal funcionamiento, si la paciente fue tratada con todos los medios disponibles de acuerdo con la lex artis ad hoc, generándose de lo contrario pérdida de oportunidad que pueda generar responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Así, en primer lugar no se explican claramente las razones por las que dado el estado grave y con peligro de la paciente, con los DPN de reposo y antecedentes y patologías cardiológicas y pulmonares, en particular cardiopatías y edema agudo de pulmón durante su ingreso hospitalario en 1980, no era candidata a ingreso en el servicio de cuidados intensivos, donde parece procedente que fuese internada enseguida por lo expuesto; o bien y como mínimo el motivo por el que, al menos, no se la ingresó en los Servicios de Neumología o de Cardiología, donde, presumiblemente, podrían haber tratado más adecuadamente las dolencias que padecía dado el cuadro claro de insuficiencia cardíaca que presentaba, siendo por el contrario remitida, desde el Servicio de Urgencias, al Servicio de Medicina Interna. Por tanto, se hace preciso un nuevo informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones sobre estos extremos.

En segundo lugar, a la vista de los antecedentes y circunstancias clínicas, sobre todo el episodio de insuficiencia respiratoria en la noche del 12 al 13 de febrero de 2005, así como de la anotación en la historia clínica que menciona “valorar traslado a Neumología” (pág. 111 del expediente), posteriormente tachada, no se explican adecuadamente los motivos para no efectuar la citada valoración y traslado, o bien, más apropiadamente por esta incidencia en relación con los antecedentes y efectiva patología de la paciente, a la UCI, donde, ante un episodio previsible de parada cardiorrespiratoria, que se reconoce y, además, se considera probable, por la Administración, y que fatalmente sucedió apenas dos horas después, procedía un control continuado y la previsión de las medidas apropiadas con este presupuesto y antecedentes, incluidas eventuales maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin dar lugar a una pérdida de oportunidad terapéutica que podría haber evitado el desenlace final. Por lo tanto, se hace preciso, igualmente, un nuevo informe complementario del Servicio relacionado con las dolencias básicas aclaratorio de esta cuestión y, en particular, la no remisión de la paciente a la UCI o UVI (...)».

4. A la vista de lo acordado en dicho Dictamen, el órgano instructor, retrotraídas las actuaciones, incorporó al expediente los citados informes complementarios. Posteriormente, se acordó y notificó el trámite de vista y audiencia del expediente, presentado el interesado escrito de alegaciones.

5. Finalmente, la segunda Propuesta de Resolución se emite en fecha 11 de marzo de 2014.

6. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; por tanto, se resolverá vencido el plazo resolutorio, aunque procede resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos económicos y administrativos que, en su caso, esta dilación comporte [arts. 42.1 y 7, 43.1 y 3.b), 141.3, y 142.1 LRJAP-PAC].

III

1. De acuerdo con los informes obrantes en el expediente con anterioridad a que se practicase la retroacción, se recuerda que el Servicio de Hospitalización y Calidad informó, en fecha 7 de julio de 2005 -después de hacer referencia a los antecedentes de la paciente de cardiopatías, problemas pulmonares, diabetes, hipotiroidismo, obesidad mórbida y síndrome ansioso depresivo- que *“tras ser valorada en el Servicio de Urgencias con juicio clínico de insuficiencia cardíaca y anasarca, se decide ingreso en el Servicio de Medicina Interna.*

Durante su estancia recibe tratamiento con oxigenoterapia digital y diuréticos que se añaden a su tratamiento de base, destacando la aparición de una arritmia completa por fibrilación auricular.

A las 48 horas de su ingreso sufre un incremento de su distrés respiratorio siendo valorada por facultativo que ajusta el tratamiento.

El día 13 de febrero de 2005 presenta situación de parada cardiorrespiratoria siendo éxitus a las 6:20 horas. Se solicita estudio necrópsico ante la sospecha de Tromboembolismo pulmonar”.

El informe emitido por el Servicio de Enfermería, de 28 de abril de 2005, relativo a la noche del día 12 al 13 de febrero de 2005, indicó que la paciente se encontraba en estado de nerviosismo, quitándose la mascarilla en varias ocasiones, siendo sustituida ésta por gafas nasales. Sobre las 00:15 horas, la enfermera la encontró con disnea moderada y a pesar de ajustar la saturación de oxígeno (O₂) la paciente

continuó con disnea y ruidos respiratorios por lo que avisó al médico de guardia, el cual la valoró y le indicó la realización de gasometría. Tras valorar la analítica, el médico pautó aerosoles y bajada del O₂, manteniendo la paciente saturaciones justas, quedándose más tranquila y durmiendo a ratos. La enfermera volvió a valorar a la paciente dos veces más, sobre las 03:00 horas y las 04:00 horas, encontrándose a la paciente ligeramente disneica con mascarilla de O₂ y descansando. Finalmente, a las 05:50 horas, antes de empezar a administrar los tratamientos de las 06:00 horas, la enfermera se encontró a la paciente en asistolia, sin tensión arterial ni función cardiaca, avisó al médico de guardia y realizó electrocardiograma, determinándose por el médico el fallecimiento en la historia clínica.

El informe clínico del Servicio de Medicina Interna, de 19 de abril de 2005, después de hacer referencia a los antecedentes médicos de la paciente, señala la hipoventilación generalizada de la misma y que *“a las 48 horas de su ingreso sufre cuadro de aparición brusca de distrés respiratorio, precisando Ventimax al 40% para mantener saturaciones del 92%, encontrándose la paciente somnolienta y brapdisíquica. Horas después la paciente sufre parada cardio-respiratoria de aparición brusca. Ante las dudas existentes sobre la causa del fallecimiento se decide solicitar necropsia. Se descarta la sospecha inicial de LAM o TEP masivo”*.

El informe de Necropsia definitivo, de 14 de febrero de 2005, diagnosticó lo siguiente:

“Miocardiopatía dilatada. Cardiomegalia. Infarto agudo de miocardio, microscópico, en la parte posterior del tabique interventricular. Edema agudo de pulmón. Infarto hemorrágico en lóbulo inferior dcha. Bronconeumonía focal. Congestión esplénica. Esplenomegalia. Congestión hepática. Hepatomegalia. Gastritis erosiva focal. Hiperplasia epitelial focal, sin atipia, del esófago. Laringitis. Cistitis hemorrágica. Pielonefritis crónica. Nefroangioesclerosis leve. Hemorragia focal. Quistes simples renales bilaterales. Pólipo endometrial. Endometrio atrófico. Leiomioma. Aterosclerosis sistémica leve, focalmente intensa en aorta abdominal. Hiperplasia trilínea leve de la médula ósea hematopoyética. Sistema nervioso central sin alteraciones histológicas significativas. Obesidad mórbida. PADECIMIENTO FUNDAMENTAL: Miocardiopatía dilatada. CAUSA DE MUERTE: Edema agudo de pulmón”.

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS, de 14 de septiembre de 2009, indicó, entre otras circunstancias,

que, tras ser valorada por el Servicio de Urgencias, ingresa en el Servicio de Medicina Interna el 10.02.2005 en situación de anasarca con fibrilación auricular, padeciendo "hipoventilación generalizada; disneica sin tiraje, soplo sistólico, leves crepitantes bibasales, abdomen duro con edema de pared que deja fóvea, edemas pretibiales y dorso de pies con fóvea. En radiografía de tórax presenta cardiomegalia, derrame pleural bilateral con derrame cisural". La paciente permanece con tendencia a la hipertensión, en tratamiento con antihipertensivos (iecas, diuréticos y ARAD), control de diuresis; se solicita estudio completo de analítica, radiología, ecocardiografía e interconsultas a los Servicios de Neumología y Hematología, poca tolerancia al uso de mascarilla presentando saturaciones de oxígeno entre 94-96%. En el turno de noche del 12-13 de febrero, se encuentra intranquila y muy nerviosa quitándose la mascarilla, con bajada de saturación hasta 85%, disneica y con ruidos respiratorios por lo que es avisado el médico de guardia, quien tras valoración diagnóstica probable síndrome de hipoventilación por obesidad. A las 06:00 horas, la paciente se encuentra en asistolia, se hace ecg y avisa al MG quien determina exitus. Ante las dudas existentes sobre la causa del fallecimiento se solicita necropsia.

El citado Servicio hizo relación de los ingresos previos de la paciente, entre otros el que se produjo en el Hospital Insular el 8.04.1980 por EAP (edema agudo de pulmón) y crisis coronarias con soplo sistólico de insuficiencia mitral III/VI.

Según un nuevo informe del Servicio de Medicina Interna, de 14 de mayo de 2009, *"se instauro tratamiento con Disgren, Clexane, Omeprazol, Eutirox, Fosites, Seguril, Higrotona, Digoxina, Oxigenoterapia y pauta móvil de insulina y se solicitan varios estudios complementarios. Las notas evolutivas recogen cifras tensionales elevadas los días 10 y 11 con ajuste del tratamiento en la mañana. En el turno de noche del día 11 la encuentran de nuevo hipertensa e inquieta, por lo que es valorada por el médico de guardia a las 23.40 horas, que reintroduce los psicofármacos que tomaba la paciente previo al ingreso, extrae analítica, quedando la paciente estable (...)"*.

La enfermera del turno de noche del 12.2.2005 encuentra a la paciente muy nerviosa al inicio del turno, quitándose el oxígeno. Dado que comprueba desaturación, avisa al médico de guardia que comprueba la saturación de oxígeno del 92% con Ventimax al 40%, sin esfuerzo respiratorio, bradiarquía y somnolencia, reduciendo los ansiolíticos. Se le practica gasometría a las 01:00 horas del 13.02.2005 y se modifica el tratamiento con reducción del flujo de oxígeno, añadiendo broncodilatadores y reduciendo ansiolíticos. Añade este nuevo informe que *"Dado lo*

inesperado de la muerte se solicita necropsia que muestra infarto agudo de miocardio en la parte posterior del tabique interventricular, infarto hemorrágico en lóbulo inferior derecho y edema agudo de pulmón que considero son los eventos causantes del fallecimiento, además de multipatología crónica”.

2. Por lo que se refiere a la nueva documentación obrante en el expediente cabría señalar:

El informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna, de 30 de octubre de 2013, que, en respuesta al Dictamen 256/2013, de este Consejo, particularmente indica:

“(...) por lo que la pregunta solicitada sobre si debería haberse trasladado a la Unidad de Medicina Intensiva y si ello hubiese modificado el pronóstico en este evento agudo, sin complicaciones hemodinámicas y sin necesidad de respiración asistida la respuesta es que con las condiciones descritas una correcta aplicación de medidas médicas fuera de una unidad de cuidados intensivos, es igualmente eficaz, sin correr los riesgos de los procesos nosocomiales de la UCI, que son mayores que en la planta convencional.

El comentario que hace alusión a valorar traslado a Neumología es un comentario habitual cuando se plantea el seguimiento diagnóstico y terapéutico, y habitualmente se le da respuesta al día siguiente en las reuniones médicas con presentación de los pacientes. Ello tampoco condicionaría cambios en cuanto al seguimiento de la paciente, ya que el seguimiento hospitalario de un paciente se realiza habitualmente, si lo precisa, de modo multidisciplinar. Además, el médico que escribió dicha frase era residente mayor de la especialidad que comenta (Neumología), y actualmente es neumólogo.

No se puede afirmar que un episodio de parada cardiorrespiratorio sea previsible, aunque el paciente esté en un hospital. De hecho, la muerte súbita sorprende a un tercio de los pacientes con infarto de miocardio estén donde estén los pacientes, de modo imprevisto, y del mismo modo ocurre cuando la enfermedad tromboembólica afecta al pulmón. En el caso de que un paciente en nuestro hospital haga una parada cardiorrespiratoria las medidas de reanimación se instauran con rapidez esté el paciente en la UMI o fuera de la UMI (...) dicho Servicio es el primer receptor de la llamada (...). Si la muerte ocurre estando dormido, tanto en hospitalización convencional o en domicilio es recomendable realizar necropsia, circunstancia que se ha hecho en este caso (...) por lo que se entiende lo que es la especialidad de Medicina Interna esta pregunta queda contestada: El paciente con

problemas que hacen alusión a un distrés respiratorio con componente pluripatológico como la paciente en cuestión debe ingresar en un servicio o sección de Medicina Interna (...) se comenta que el internista es el médico asistencial para pacientes hospitalizados no quirúrgicos, y es el encargado de colaboración con los otros especialistas el seguimiento de los enfermos complejos o pluripatológicos como esta paciente (...)”.

El informe complementario del SIP, aparte de coincidir en su contenido con la información adjunta al expediente, indica que, en este caso, el médico que propone el ingreso del paciente mediante la argumentación suficiente para que el paciente pueda ser aceptado en UMI, es el Médico Internista. A los pacientes no les asiste el derecho a exigir el ingreso ni tratamiento médico o quirúrgico, pues ello tiene que indicarlo el facultativo que le asista. El propio Servicio constata que la paciente del presente supuesto no reunía los criterios necesarios para beneficiarse de un ingreso en la UMI.

Además, el SIP confirma que en atención al diagnóstico que padecía la enferma, no se planteó la necesidad de ingresar a la paciente en Medicina Intensiva, y en el caso de haberla ingresado habría corrido el riesgo de sufrir un proceso nosocomial sin necesidad alguna.

También remarca el SIP que un paciente pluripatológico, como es el caso, ha de estar bajo la asistencia de medicina interna ya que es la mejor opción terapéutica para el mismo.

Finalmente, se ha de considerar que el SIP en su informe nos aclara la anotación tachada de *“valorar traslado a Neumología”*, al explicar que ello se corresponde con la decisión de anular el traslado.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación porque el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, que actúa conforme a la *lex artis ad hoc*.

2. La cuestión, verificada la producción del hecho lesivo en el ámbito y con ocasión de la prestación del servicio sanitario, es determinar si su causa es imputable al prestador del servicio al contribuir de algún modo a su producción la asistencia prestada, que, tratándose de este Servicio por relacionarse con la sanidad curativa, ha de determinarse no con un deber de resultado o curación sino de aportación de

los medios precisos y exigiblemente disponibles, según prestaciones y medios u organización legalmente determinados al caso, debidamente empleados o ejecutados. Lo que incluye consentimiento informado, en su caso, pruebas diagnósticas y tratamiento o control instaurado subsiguientemente, con la atención y previsión apropiadas, aunque siempre con el límite adicional contemplado, con carácter general, en el art. 141.1, segundo párrafo LRJAP-PAC.

3. Desde luego, la Administración tiene la carga de la prueba, una vez constatado el supuesto de hecho, de demostrar el cumplimiento, en los términos indicados, de la referida *lex artis* ad hoc, mientras que el interesado la tiene respecto a sus eventuales afirmaciones relativas a la causa del hecho lesivo por negligencia médica o incumplimiento efectivo y positivo de las reglas que, como se dijo, han de regir la asistencia sanitaria, en su conjunto, en este caso.

Todo lo cual no obsta al cumplimiento de los deberes de instrucción por el Instructor del procedimiento y, por tanto, a la exigencia de efectuar las actuaciones correspondientes, particularmente las debidas por la Administración (arts.76 y siguientes LRJAP-PAC).

4. En este sentido, los informes emitidos se dirigen, en lo aquí relevante, a acreditar que la actuación sanitaria fue correcta, vistos los padecimientos de la paciente y su estado al ingreso, particularmente su tratamiento y atención constante, falleciendo pese a eso por la aparición inesperada de su causa.

Sin embargo, cabe apuntar enseguida que no sólo tal causa se relaciona directamente con el padecimiento de ingreso y las circunstancias o síntomas de la paciente entonces, sino también con sus antecedentes, en cuanto que muere por infarto de miocardio que deriva a edema pulmonar agudo y tuvo, justamente, poco antes un episodio grave de *distress* respiratorio y reconocerse que padecía anasarca general y, en particular, de pulmón, no constando que se realizaran pruebas ulteriores o de control permanente de la paciente, ni su traslado a UVI o UCI. Esto último, sin embargo, queda justificado por la aportación al expediente de la información complementaria, pues como se indicó por el SIP *"(...) es el Médico Internista el que propone el ingreso del paciente debiendo argumentar su decisión según el caso analizado (...) el facultativo anotó los datos extraídos de la exploración efectuada, estando estos dentro de la normalidad (...)"*.

Además, el citado Servicio concluye que no existió planteamiento en ningún momento del proceso, de trasladar la paciente a la UMI, existiendo numerosos

elementos de juicio en la historia clínica de la paciente que acreditan una correcta *praxis* médica, es decir, que tras referirse a las dolencias de la paciente, las presentes y las precedentes y basales, señala que, pese a su gravedad y pluripatología, no era candidata a UCI o UVI al ingreso, tras ser atendida en el Servicio de Urgencias, mostrando entonces claramente disnea y, a la exploración, insuficiencia cardíaca, con soplo sistólico propio de ser aórtica, evidenciando en ECG, pese a ser básica, fibrilación auricular e hipertrofia izquierda.

Así mismo, reitera que fue atendida debidamente en el Servicio de Medicina Interna, siendo su evolución seguida en todo momento por médicos y enfermeras, incluyendo pruebas complementarias.

Lo que, a su juicio, incluye el episodio de parada cardiorrespiratoria previa a la definitiva, siendo los datos obtenidos normales, en particular la tensión arterial y frecuencia cardíaca, sin signos, se dice, de TEP entonces, por lo que no eran exigibles más medidas, ni previsible lo que a continuación ocurriría.

5. No obstante, recordamos que también en el informe anterior indicó -el SIP-, la insuficiencia cardíaca es progresiva, deja invalidez en estados avanzados y predispone a trastornos cardíacos de riesgo, como la falla terminal o el infarto de miocardio. Si coexisten otras enfermedades, como aquí ocurre, el pronóstico es más sombrío. En particular, el EAP figura en los síntomas de la ICI avanzada, mientras que en los de IC derecha figura anasarca o náuseas. Advierte que la muerte súbita es frecuente en los pacientes con IC y que, aún con las mejores terapias, tiene una tasa anual de mortalidad de un 10%. La paciente, sin embargo, aunque tenía IC, y ésta estaba en evolución habría que añadir, permaneció desde su ingreso sin ninguna complicación, extremo éste no sólo incierto, sino que se contradice por las circunstancias de la enferma durante su tratamiento, sino, sobre todo, por el reconocimiento de la referida parada cardiorrespiratoria.

Pese a ello, insiste el citado Servicio en que se trató de una situación correctamente asistida con cardiotónicos, diuréticos y antihipertensivos, con evolución nefasta en la que se contempla la contribución del estado anterior de la paciente.

Por su parte, el Servicio de Medicina Interna concluye su informe afirmando que la paciente era una enferma pluripatológica con muy alto riesgo de muerte cardiovascular por las razones que se indican, ingresando por descompensación de su insuficiencia cardíaca de meses de evolución y ya en estado de anasarca y siendo correctamente evaluada y tratada tanto por sus médicos como por sus enfermeras,

recibiendo los fármacos apropiados para evitar esos procesos (antiagregantes, anticoagulantes, hipotensores y oxigenoterapia). Así, la paciente fallece por muerte súbita cardíaca desencadenada por infarto de miocardio e infarto pulmonar, que terminan de descompensar su corazón, presentando edema agudo de pulmón como evento final, siendo el fallecimiento inevitable pese a la correcta asistencia recibida.

6. En definitiva, considerando que la responsabilidad patrimonial administrativa se limita a los daños que se pudieran prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción del daño, entendiéndose por tal el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, en su caso, y trasladando ésta interpretación al ámbito sanitario se estudia la asistencia sanitaria prestada, los tiempos y el resultado, que puede o no ser el deseado, pero siempre en atención a la correcta aplicación de la *lex artis*.

Aplicando la normativa anterior al caso que nos ocupa, se considera que el interesado no ha llegado a probar suficientemente la negligencia médica en la que funda su reclamación, pues no aporta al expediente prueba alguna que demuestre la deficiente asistencia médica alegada.

Por contra, el SCS, sí llega a acreditar que a la paciente se le atendió correctamente en todo momento en atención al diagnóstico y patologías previas que padecía.

A mayor abundamiento, los documentos médicos obrantes en el expediente coinciden en su contenido en los antecedentes personales de la enferma, la asistencia que ésta recibió en el citado Hospital (especialmente en relación a los partes de Servicio de Enfermería) y la práctica de la necropsia pertinente, entre otros. Lo que demuestra un buen funcionamiento del SCS.

Por ello, se considera que no existe motivo alguno que induzca a pensar que se vulneraron las reglas de la *lex artis*, pues la praxis médica fue adecuada en atención al complejo estado que presentaba la paciente, y que, por lo demás, estuvo asistida en todo momento.

7. Por tanto, como acertadamente resuelve la Propuesta de Resolución, no hay razón para estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, al no concurrir los requisitos necesarios para ello, esto es, la existencia de un daño con las características de efectivo, evaluable

económicamente e individualizado, nexo causal con el servicio público y ausencia del deber jurídico de soportarlo.

En resumen, analizados los informes del Servicio, y la documental que integra la historia clínica de la paciente, en relación con las alegaciones manifestadas por el reclamante en las que no razona ni prueba el porqué existió una actuación negligente por parte de los profesionales sanitarios que intervinieron en el proceso asistencial, para una dolencia que dio lugar al fallecimiento por el pronóstico de la propia enfermedad, se considera que la asistencia sanitaria prestada fue la adecuada. El fallecimiento de la paciente no fue causado por ninguna negligencia en su asistencia, sino debido al curso de su patología. No hay, por tanto, relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público de salud y el daño alegado. Sin la concurrencia de esta relación de causalidad es imposible, conforme al art. 139.1 LRJAP-PAC, el surgimiento de la obligación de indemnizar.

C O N C L U S I Ó N

El sentido desestimatorio de la Propuesta de Resolución sometida a dictamen se considera conforme a Derecho.