



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 214/2017

(Sección 2ª)

La Laguna, a 4 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y sus hijos (...) y (...), por daños ocasionados a su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 5/2017 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por (...) y otros, en el que reclama daños y perjuicios como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por un familiar con el resultado de muerte.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de Salud, 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es 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 Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 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. De conformidad con el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se ha incurrido en deficiencias formales que pudieron provocar indefensión al interesado, por lo que, con suspensión del plazo de emisión del dictamen, se solicitó la incorporación al expediente del informe del Servicio del Hospital Dr. Negrín que recibió al paciente tras su traslado desde el Hospital Insular (CHUIMI).

Recabada la documentación solicitada, así como dado un nuevo trámite de audiencia a los interesados -en el que no presentaron alegaciones-, se nos remite nueva Propuesta de Resolución, por lo que nada impide que emitamos un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

II

1. Los interesados reclaman por la inadecuada asistencia sanitaria prestada a (...) por los Servicios de Oncología y Cirugía General del Hospital Insular, que trataron al paciente, debido a la ausencia de un adecuado diagnóstico y subsiguiente tratamiento, así como una cirugía incorrectamente realizada que en definitiva

determinaron el fallecimiento del paciente, que van argumentando a través del relato de los hechos y del planteamiento de determinados interrogantes. Los hechos, resumidamente, son los siguientes:

- De conformidad con informe clínico de 22 de marzo de 2011 del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, en el mes de julio de 2010, tras reunión del Comité de Tumores del Servicio de Oncología del CHUIMI, se le diagnostica al paciente, adenocarcinoma de recto estadio IV (T4-N-MI); se decide tratamiento con Quimioterapia+/- Radioterapia tras la evolución sería sometido a intervención quirúrgica. A lo que hay que objetar:

El diagnóstico fue erróneo, ya que según consta en los informes médicos la lesión hepática ya existía como se demostró mediante TAC realizado en 2004 en otro centro.

- En fecha 1 de diciembre de 2010, después de cinco ciclos de quimioterapia se realiza cirugía con resección y anastomosis termino-terminal.

- En fecha 22 de diciembre de 2010, reingresa por rectorragia en Cirugía General, se realiza nueva cauterización de la cirugía previa, bajo anestesia general.

- En fecha 5 de enero de 2011, se realiza PET (captación región postrectal). Se somete a quimioterapia y radioterapia hasta marzo de 2011, para en agosto del mismo año hacer Informe de remisión completa de la patología oncológica.

- En fecha 16 de septiembre de 2011 reingresa por cuadro de ictericia, siendo diagnosticado de Colangitis. Por técnicas poco invasivas (endoscopia) se realiza un cepillado que resulta ser negativo para células malignas. Persiste el aumento de grasa retrorectal a pesar de que hace bastante tiempo de la operación del recto.

- El día 23 de septiembre de 2011 se realiza drenaje biliar percutáneo con resultado de BGN y Hongos. Se le realiza CPRE donde se le coloca un stent de derivación, que no se retiró en su tiempo debido. Tras lo cual se deriva a paliativos donde comienza una progresiva mejoría del cuadro y se devuelve a oncología.

- El día 26 de octubre de 2011 se traslada al paciente a oncología radioterápica del Hospital Dr. Negrín con diagnóstico de COLANGITIS GANGRENOSA y se le opera de urgencias tres semanas después. Tras la operación es trasladado a UVI falleciendo poco después.

- Tras la circunstanciada relación de hechos contenida en los anteriores expositivos, hemos necesariamente de motivar la relación que existe entre los hechos descritos y la reclamación económica a la Administración que se plantea a medio del presente, y que no es otra que la inadecuada asistencia sanitaria prestada, en principio, por los servicios médicos de oncología y cirugía general del Hospital Insular, que trataron al paciente, debido a la ausencia de un adecuado diagnóstico y subsiguiente tratamiento, así como una cirugía incorrectamente realizada, que en definitiva determinaron el fallecimiento del paciente.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 18 de marzo de 2016, con arreglo a la evolución de la enfermedad de (...) hasta su *exitus*, así como de los informes obrantes en el expediente, responde a los distintos interrogantes planteados por los interesados en su reclamación de la forma siguiente:

Primera cuestión: El diagnóstico fue erróneo, ya que según consta en los informes médicos la lesión hepática ya existía como se demostró mediante TAC realizado en 2004 en otro centro.

Respuesta: El paciente fue evaluado en el Comité de Tumores Hepato-Bilio-Pancreáticos el día 28 de julio de 2010, objetivando una tumoración localmente avanzada, con diseminación ganglionar linfática retroperitoneal extensa y posible metástasis hepática. Dado que se trataba de un tumor avanzado (estadio IV), por la diseminación ganglionar linfática, se recomendó iniciar tratamiento neoadyuvante, para evaluar respuesta. El día 20 de octubre de 2010, tras 6 ciclos de quimioterapia, fue evaluado nuevamente en el citado comité y se consigue reevaluar la resonancia magnética realizada años antes y comparar con los estudios actuales (TAC de inicio y TAC de control de respuesta a la quimioterapia), llegando a la conclusión de que se trata de una lesión angiomasosa benigna y por tanto no requiere tratamiento quirúrgico en este momento.

La Inspección Médica considera que en principio se interpretó la lesión hepática como lesión metastática del tumor rectal, y como tal se trató, aunque a la postre se llegó a la conclusión de que por su comportamiento y tras comparación con pruebas anteriores era una lesión angiomasosa. Este hecho no comportó menoscabo alguno en el tratamiento del paciente.

Segunda cuestión: Motivo de la no aplicación de entrada de tratamiento radioterápico.

Respuesta: El adenocarcinoma de recto estadio IV (por afectación retroperitoneal) no tiene indicación de entrada de radioterapia.

- En fecha 1 de diciembre de 2010, después de cinco ciclos de quimioterapia se realiza cirugía con resección y anastomosis término-terminal.

Tercera cuestión: Razón por la que se llevó a cabo la anastomosis término-terminal y no bolsa de colostomía.

Respuesta: La técnica quirúrgica es la indicada en este tipo de tumores, si se considera que hay límites de resección.

Cuarta cuestión: Necesidad de dejar un margen de seguridad a uno y otro lado de la resección y existencia en este caso del citado margen.

Respuesta: Efectivamente y así lo refleja el resultado del estudio de la Anatomía Patológica (JOB0015398; véase además el informe anatomopatológico en el apartado de informes relacionados). Por otra parte, había espacio suficiente para practicarlo como así lo demuestra el mencionado informe de Anatomía Patológica, donde comenta rodets de pieza quirúrgica tras la resección intestinal, sin alteraciones histológicas significativas.

Quinta cuestión:

- En fecha 22 de diciembre de 2010, reingresa por rectorragia en Cirugía General, se realiza nueva cauterización de la cirugía previa, bajo anestesia general.

- En fecha 5 de enero de 2011, se realiza PET (captación región postrectal). Se somete a quimioterapia y radioterapia hasta marzo de 2011, para en agosto del mismo año hacer Informe de remisión completa de la patología oncológica.

- En fecha 16 de septiembre de 2011 reingresa por cuadro de ictericia, siendo diagnosticado de colangitis. Por técnicas poco invasivas (endoscopia) se realiza un cepillado que resulta ser negativo para células malignas. Persiste el aumento de grasa retrorectal a pesar de que hace bastante tiempo de la operación del recto.

Respuesta: El paciente ingresa en el Servicio de Oncología Médica el 16 de septiembre de 2011 por ictericia indolora afebril realizándose escáner con fecha 20 de septiembre de 2011 en el que se hace referencia a cambios postquirúrgicos en región rectal *sin cambios* con respecto a estudios previos. Si bien la citología del 29/9/2011 del cepillado realizado fue negativa para células malignas, se realiza

ecoendoscopia con PAAF de adenopatías del tronco celíaco con fecha del 30 de septiembre de 2011, siendo informada como adenocarcinoma metastásico.

Sexta cuestión:

- El día 23 de septiembre de 2011 se realiza drenaje biliar percutáneo con resultado de BGN y Hongos. Se le realiza CPRE donde se le coloca un *stent* de derivación, que no se retiró en su debido tiempo. Tras lo cual se deriva a Paliativos donde comienza una progresiva mejoría del cuadro y se devuelve a Oncología.

Respuesta: La colocación de prótesis no se realizó por CPRE tal y como refieren los interesados, sino por CPTH en fecha 23 de septiembre de 2011 ante la imposibilidad de colocación por CPRE. La indicación de colocación de endoprótesis biliar se establece en el Comité Hepato-Bilio-Pancreático del 21 de septiembre de 2011, tras visualizar en escáner del 20 de septiembre de 2011 hallazgos compatibles con colangitis. Se decidió no retirar la prótesis por considerar la existencia de recidiva ganglionar metastásica sugestiva por escáner y que se confirma por PAAF.

Séptima cuestión: Motivo por el cual se decidió no operar al paciente cuando aún se estaba tiempo.

Respuesta: El paciente fue evaluado en el Comité Tumores Hepato-Bilio-Pancreáticos los días 21-09-11, 28-09-11 y 05-10-11. Los estudios realizados y evaluados fueron TAC, ECO, Colangiografía Percutánea y PET, concluyendo que el paciente tenía una ictericia alta provisional no obstructiva, con sospecha de cáncer de vía biliar o bien compresión de la vía biliar por ganglios linfáticos tumorales. Se realizó Eco-Endoscopia con biopsia de ganglios linfáticos del tronco celiaco, que resultaron estar invadidos por un adenocarcinoma metastásico. Por lo que se optó por la colocación de un *stent* «definitivo», es decir, que este tipo de prótesis no puede ser retirado.

Además hay que destacar que durante todo su ingreso el paciente presentó un estado clínico muy precario, como corresponde a un paciente con enfermedad cancerosa terminal, por lo que se decidió tratamiento conservador. Finalmente el paciente fue trasladado al Hospital Dr. Negrín el día 26-10-11.

Octava cuestión: Razón por la que al paciente no se quitaron las adenopatías retrorectales.

Respuesta: Según la interpretación que el SIP realiza de la información médica examinada y la bibliografía relacionada, no tiene sentido extirpar sólo un grupo de adenopatías cuando la enfermedad está expandida.

- El día 26 de octubre de 2011 se traslada al paciente a oncología radioterápica del Hospital Dr. Negrín con diagnóstico de colangitis gangrenosa y se le opera de urgencias tres semanas después. Tras la operación es trasladado a UVI, falleciendo poco después.

Novena cuestión: Motivo por el que al paciente se le traslada a la UVI y no a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Respuesta: Simplemente porque lo exige su estado fisiológico y con el objetivo de conseguir su estabilización.

Décima cuestión: Razón por la que se espera tres semanas para operarlo y se hace de forma urgente.

Respuesta: En la situación en la que se encuentra el afectado es mejor un tratamiento conservador y vigilante, pues su estado de salud hace muy difícil que soporte cualquier tipo de intervención quirúrgica, a no ser que sea completamente necesaria y que la urgencia lo justifique, que fue lo que finalmente sucedió.

Finalmente, examinada y estudiada la documentación existente el SIP llega a la conclusión de que el paciente fue atendido con una praxis clínica ajustada a «la lex artis ad hoc», a pesar del previsible aunque desafortunado desenlace. Se sostiene por el SIP que en todo el proceso al usuario se le dispensó una atención adecuada, poniendo en todo momento a su servicio los medios disponibles con la finalidad de obtener y preservar un estado de salud lo más óptimo posible, sin escatimar en ningún momento ninguna actuación que se considerara necesaria para la consecución de ese fin.

3. Con posterioridad al informe del SIP y tras requerir este Consejo a la Consejería competente el envío de documentación complementaria mediante oficio de 24 de marzo de 2017, por parte del Jefe Servicio Oncología Médica del Hospital Dr. Negrín se emite informe, de 10 de abril de 2017, en el que da una segunda opinión, solicitada por el paciente, una vez fue trasladado el 26 de octubre a dicho Hospital desde el CHUIMI. En este informe se señala lo siguiente:

«El paciente fue dado de alta de la Unidad de Cuidados Paliativos y trasladado el 26 de octubre con diagnóstico de:

1- Encefalopatía hepática secundaria a obstrucción biliar parenquimatosa resuelta en relación con probable recidiva hepática de ADC de colon.

2- Ictericia obstructiva resuelta.

3- Colocación de drenaje biliar y stent biliar.

4- Recidiva ganglionar de cáncer de recto.

5- Tratamiento paliativo.

Evolución en el Servicio de Oncología Médica

A su ingreso destacaba paciente lúcido, caquético, afebril, con tinte icterico mucocutáneo. Analíticas con GGT 310 y F.AL 232.

La valoración por Endocrinología describe paciente con aceptable tolerancia oral a dieta y suplementos, quedando con soporte nutricional oral.

Días más tarde inicio cuadro de deposiciones semilíquidas pastosas y fiebre con hemocultivos positivos para BNG. Se instauró tratamiento antibiótico y se pidió eco abdominal que realizaron el 02.11.11 con informe de colecistitis gangrenosa perforada. Valorado por el Servicio de Cirugía el 11 de noviembre y trasladado a su Servicio para completar estudios previos a intervención.

El 23 de noviembre el paciente entró en estado de shock séptico por lo que decidieron laparotomía exploradora con el hallazgo de exudado purulento en los cuatro cuadrantes con fibrina y sin aparente relación con las colecciones pélvicas descritas en el TAC. Colecistitis gangrenosa perforada a cavidad libre con abundante fibrina y pus en parietocólico derecho. Le practicaron colecistectomía y colostomía. AP: Vesícula biliar: Colecistitis gangrenosa. Epiplón: Ganglio linfático con metástasis de adenocarcinoma pobremente diferenciado compatible con origen colorrectal.

La evolución postoperatoria fue tórpida con necesidad de drenaje de colecciones abdominales y drenaje pleural. Preciso analgesia para controlar los dolores abdominales y terapia para las infecciones a nivel rectal y abdominal, produciéndose su fallecimiento el 6 de enero de 2012.

Diagnósticos

Adenocarcinoma de recto T2-3 NO MO, Estadio II.

- Resección ultra baja, post-quimioterapia neo adyuvante.
- Colangitis secundaria.
- Sepsis biliar.
- Colecistitis gangrenosa.
- Shock séptico.
- Recidiva ganglionar compatible con origen colorrectal».

4. Con base en lo anterior, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de los interesados en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria prestada

al entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial, ya que por la Administración sanitaria se ha logrado acreditar que la asistencia fue conforme a la *lex artis*, no apreciándose una actuación negligente por parte de los diferentes servicios médicos, tal y como afirman los reclamantes, sin que por su parte se haya incorporado al expediente prueba alguna que demuestre lo alegado en su escrito de reclamación.

III

1. Los interesados reclaman porque consideran que se ha prestado una inadecuada asistencia sanitaria al paciente por los Servicios de Oncología y Cirugía General del Hospital Insular que lo trataron, debido a la ausencia de un adecuado diagnóstico y subsiguiente tratamiento, así como una cirugía incorrectamente realizada que en definitiva determinaron el fallecimiento del paciente.

Como hemos razonado, entre otros, en nuestros Dictámenes 20/2017, de 24 de enero, y 97/2017, de 23 de marzo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, a tenor del art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera 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, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica.

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 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Sin la prueba, no es posible considerar probado ningún extremo con base únicamente en la mera afirmación de la reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC), por lo que se ha de desestimar su pretensión.

Pero es que además, como este Consejo también ha venido recordando reiteradamente, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su

Sentencia de 11 abril 2014, resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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 esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, "como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad 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" (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala, de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

De acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo, acogida por este Consejo en todos los pronunciamientos de esa naturaleza, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con *la lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado

de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

Tal como señala de forma reiterada nuestro Tribunal Supremo, la actuación de los médicos debe regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por *lex artis ad hoc* como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal *lex* implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha *lex*

artis; así como en toda profesión rige una *lex artis* que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa *lex*, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos.

2. En este caso, y por lo expuesto con anterioridad, queda acreditado que la asistencia fue la adecuada en todo momento, tanto en el CHUIMI como en el Hospital Dr. Negrín, en los que se le realizaron todo tipo de pruebas diagnósticas. En definitiva, hay que coincidir con la Propuesta de Resolución con que en este supuesto la prestación sanitaria se ha actuado, de acuerdo con una conocida doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, a la que ya se hizo mención, según *lex artis ad hoc*.

A mayor abundamiento, en el caso planteado es de aplicación lo manifestado por este Consejo Consultivo de forma reiterada en relación con la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial (por todos, DDCC 374/2015 y 85/2016), que al respecto sigue la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En la Sentencia de 29 de enero de 2010 señala el Alto Tribunal:

«(...) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007)».

Por lo tanto, esta doctrina es aplicable al supuesto sobre el que se dictamina, puesto que no se ha demostrado la improcedencia de los distintos tratamientos y técnicas quirúrgicas aplicadas, como se ha relatado, ni tampoco que el fatal resultado no tenga su origen en la propia evolución de su patología (cáncer de recto en fase avanzada), tal como fue diagnosticada.

Por ello, no existe relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario, que ha sido el adecuado en todo momento, conforme a *lex artis*, y el daño reclamado por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y sus hijos (...) y (...), por la asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, (...) es conforme a Derecho, de acuerdo con la argumentación que se contiene en los Fundamentos III y IV.