



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 5 9 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), en su propio nombre y en nombre y representación de (...), por daños ocasionados a (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 300/2017 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 22 de julio de 2016 a instancias de (...), en su propio nombre y en nombre y representación de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud a (...).

2. La cuantía de la indemnización solicitada (95.862,66 euros) 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

---

\* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la 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 ampliamente; 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 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la reclamante, impidan un pronunciamiento sobre la cuestión planteada.

## II

1. La reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

- En fecha 24 de junio de 2015 la paciente, (...), acude al Centro de Salud de Maspalomas con sangrado rectal franco, diagnosticándosele por el facultativo que le atiende, rectorragia, derivándola al (...) para valoración.

- El día 14 de septiembre de 2015, la paciente acude al Centro de Salud de Maspalomas, donde le diagnostican fiebre sin otra sintomatología. Solicita analítica con carácter de urgente.

- El día 16 de septiembre de 2015, acude al Centro de Salud de Maspalomas, donde es atendida en el Servicio de Urgencias por (...), quien no realiza exploración física a la paciente a los efectos de valorar su estado general, limitándose simplemente a citar el motivo por el que acude al centro sanitario (rectorragia, mocos) y orientándole a pedir cita a su médico personal.

- La paciente fallece el día 17 de septiembre de 2015.

- En las conclusiones preliminares de la Médico Forense, (...), de fecha 18 de septiembre de 2015, estima que la causa fundamental del fallecimiento es hemorragia intestinal, siendo la causa intermedia hemorragia subaracnoidea, siendo la inmediata fallo multiorgánico.

- En las consideraciones médico forenses recogidas en el informe de autopsia médico legal aludido se dice, en su párrafo tercero: «Así pues entendemos que se produjo una hemorragia digestiva baja previa (melenas) sobreviniendo una caída con impacto del cadáver sobre el plano anterior del cuerpo, golpeándose en la cabeza, originando un traumatismo craneoencefálico con hemorragias intracraneales dando lugar a destrucción del sistema nervioso central, fallo multiorgánico y finalmente éxitus».

- En vista de lo anterior es manifiesta la responsabilidad por negligencia del personal sanitario del Centro de Salud de Maspalomas que atendió a la enferma, al no realizar un exhaustivo control y seguimiento de la paciente ya que, de haberlo hecho así, hubieran podido detectar a tiempo esa hemorragia, y adoptar los medios necesarios para atajarla.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la historia médica y de los informes médicos obrantes en el expediente, hace el siguiente relato de los hechos por los que se reclama:

«A.- La paciente de 74 años, entre sus antecedentes consta hipertransaminemia con marcadores hepáticos negativos, en enero de 2014: ecografía abdominal con esteatosis hepática grado I.

En marzo de 2014 consulta por cuadro diarreico a su MAP, recibe tratamiento antidiarreico.

Desde el 22 de abril de 2014 se encontraba en seguimiento en el servicio de Digestivo del CHUIMI, CAE Vecindario. En dicha consulta, presentaba cuadro de alteración del hábito intestinal, moco en heces sin sangre, disminución de peso. Hemograma normal salvo aumento de velocidad de sedimentación. Se solicita colonoscopia con biopsias microscópicas.

El 10-11 de junio de 2014 se realiza colonoscopia con biopsia de colon transverso para descartar colitis microscópica (Informe Anatomopatológico de 13.06.14).

21.07.14: En consulta sucesiva de Digestivo consta: Colonoscopia y biopsia normal. Presenta hemorroides internas.

Las hemorroides internas se originan desde el plexo hemorroidal superior y están cubiertas por mucosa proximal a la línea dentada. Pueden dar clínica de rectorragia, descarga mucosa, protrusión, quemazón, prurito, dolor, etc.

B.- El 20 de febrero de 2015 por su médico de atención primaria (MAP) se describe la presencia de rectorragia. Solicita interconsulta a Digestivo preferente por deposiciones frecuentes y sanguinolentas.

Por tal circunstancia el 23.02.15 es valorada en consulta de especialista en Digestivo donde consta: *"(...) persiste la diarrea, hemorroides internas en la última colono, la rectorragia es distal y muy ocasional (...)"*. Se solicita estudio de celiaquía y modifica el tratamiento farmacológico. El sangrado rectal acompañado de diarrea y moco sugiere enfermedad inflamatoria del intestino o infección.

En marzo de 2015 se somete a cirugía de cataratas.

27.04.15: El MAP por diarrea y hemorroides internas con papila hipertrófica perianal, solicita interconsulta con Cirugía.

19.06.15: Valorada por especialista en Cirugía general diagnóstica Prolapso rectal completo.

Prolapso rectal completo es la protrusión de toda la pared del recto a través del ano. La rectorragia es el síntoma más frecuente en esta patología, se produce por ulceración de la mucosa, en forma de pequeñas cantidades de sangre fresca mezclada con las heces. Puede asociarse a hemorroides, eliminación de moco, diarrea, entre otros.

C.- 24 de junio de 2015. Urgencias Atención primaria. Por presentar rectorragia es derivada al servicio de urgencias de (...) donde llega a las 09:44 h.

Tras la exploración, analítica y valoración por cirujano se constata la presencia de *"prolapso rectal de alto grado con mucosa sonrosada e inflamada con leve mucosidad, con signos de sangrado reciente"*. Recomienda derivación a su cirujano de zona para inclusión en lista de intervención quirúrgica.

07.07.15: Digestivo: Tras los resultados analíticos con ac antitransglutaminasas +++ >128 (Normal hasta 30), se solicita endoscopia digestiva alta para confirmar enfermedad celiaca.

15.07.15: Cirugía general. Diagnosticada de prolapso rectal completo no complicado, reductible, encontrándose pendiente de endoscopia digestiva alta, y refiriendo pérdida de 10 Kg de peso en los últimos 6 meses, por parte del cirujano se solicita consulta a la Unidad de

diagnóstico rápido (UDR) a fin de descartar patología neoplásica y poder incluirla en lista de espera para cirugía del prolapso rectal.

16.07.15: Medicina Interna responde que por el momento no procede citar en Unidad de diagnóstico rápido sino continuar en Digestivo.

28.08.15, por Digestivo se practica endoscopia digestiva alta con biopsia de duodeno: Esófago sin lesiones, hernia de hiato sin lesiones, estómago y píloro normal. Se toman muestras de duodeno que aparece sin vellosidades. El resultado microscópico que se informa el 7 de septiembre, se corresponde con linfocitosis intraepitelial y atrofia vellositaria parcial.

D.- 14 de septiembre de 2015. La paciente presenta fiebre 37.1°C (?? es febrícula) sin otro síntoma acompañante. El MAP solicita analítica. Esta se extrae al día siguiente 09:46 horas.

E.- 16 de septiembre de 2015. Acude al centro de Salud alrededor de las 15:00 horas manifestando rectorragia, mocos. No presentaba otro síntoma [sudoración, frialdad, palidez, taquicardia, confusión, anuria, (...)] que pudiera sugerir compromiso hemodinámico que señalara una pérdida significativa del volumen de sangre que pudiera ocasionar un shock hipovolémico y que planteara la necesidad de valoración en un servicio hospitalario.

En informe de la Dra. (...), consta que la situación de la paciente no revestía características de urgencia, ni presentaba síntomas de alarma y que conocía que se estaban realizando estudios por especialistas en digestivo y cirugía.

F.- 17 de septiembre de 2015, fallece la paciente entre las 04:00 y las 09:00 horas en su domicilio.

Tras la autopsia, las conclusiones médico legales definitivas (No preliminares), determinan que:

- *Se trata de una muerte violenta*. Por tanto su origen está en un factor externo al individuo, en este caso de etiología accidental no intencional, no debida a enfermedad.

Si se tratara de muerte por proceso de enfermedad habría sido calificada de muerte natural.

- *Causa fundamental de la muerte: Traumatismo craneoencefálico, con hemorragia intracraneal*. La causa fundamental es la enfermedad o lesión que inicia los eventos mórbidos que llevan directamente a la muerte o las circunstancias o hecho violento que producen el daño fatal. Sin la causa fundamental, la muerte no se hubiera producido.

- *Causa intermedia: Destrucción del sistema nervioso central*. Se define como la lesión o complicación que directamente precede a la muerte.

- *Otros procesos relacionados: Hemorragia digestiva baja*. Son los procesos que pudieran incidir en la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o

fundamental. Esto es, no existió shock hipovolémico o hemorrágico ocasionado por una hemorragia que pudiera haber comprometido la vida de la paciente.

G.- El 17 de septiembre se recibe en el centro de salud la analítica desde el laboratorio del Hospital Insular. Por el MAP se observa la existencia de pancitopenia (déficit simultáneo de las tres series celulares. Leucopenia - leucocitos 3.40 (4,5-10,8). Trombopenia -plaquetas 14 (140-400) y anemia - Hematíes 2.84 (3.7-5,4)) por lo que dado que las causas posibles de pancitopenia son muy diversas, abarcando desde infecciones leves hasta cuadros graves, como la aplasia medular y algunas neoplasias, se procede a intentar localizar mediante llamada telefónica a la paciente a fin de que acudiera al Hospital para estudio a cargo del Servicio de Hematología».

El SIP concluye con que:

«1.- La paciente se encontraba afectada de dos procesos clínicos hemorroides internos y prolapso rectal completo que ocasionan rectorragia.

2.- Por otra parte, presentaba diarreas persistentes acompañando a la rectorragia auto limitadas, siendo ello compatible con patología inflamatoria intestinal.

3.- Por ello, la paciente estaba sometida a controles y pruebas diagnósticas por la especialidad de Digestivo y por Cirugía.

4.- Desde 2014, se practicaron analíticas, ecografía abdominal, colonoscopia con toma de biopsias, endoscopia digestiva alta con toma de biopsias, entre otras.

5.- El seguimiento de la paciente fue correcto y se vio interrumpido, antes de alcanzar las conclusiones diagnósticas, por el accidente que ocasiona el traumatismo craneoencefálico, responsable del exitus».

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la interesada formula alegaciones con fecha 21 de junio indicando que dado que ha transcurrido el plazo para resolver se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

4. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, ya que entiende acreditado en el expediente no solo que la asistencia sanitaria prestada a la madre de la reclamante se adecuó a la *lex artis* y que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios necesarios y adecuados, sino que, en cualquier caso, el fallecimiento de la paciente, tal y como indica el informe de autopsia médico legal, se debió a un traumatismo craneoencefálico, con hemorragia intracraneal, lo que interrumpe necesariamente la relación causal entre

la asistencia sanitaria prestada a la paciente y los supuestos daños por los que se reclama.

### III

1. Tras el detenido examen del expediente instruido, este Consejo coincide con la Propuesta de Resolución. En efecto, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el 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 (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. 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. 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 (arts. 78.1 y 80.2 LPAC-RJAP) 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 (véase la STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento, la reclamación se basa en la afirmación genérica de que el fallecimiento de la madre y esposa de los reclamantes se produjo como consecuencia de la inadecuada asistencia sanitaria prestada por el personal sanitario del Centro de Salud de Maspalomas que atendió a la enferma, al no realizar un exhaustivo control y seguimiento de la paciente ya que, de haberlo hecho así, hubieran podido detectar a tiempo esa hemorragia, y adoptar los medios necesarios para atajarla. Sin la prueba de estos extremos de hecho, es imposible establecer que

existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por la facultativa del SCS y el éxito de la paciente. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

Los reclamantes no han aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por el contrario, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención prestada a la reclamante no solo se ajustó a la *lex artis ad hoc*, sino, como veremos, la muerte le sobrevino por un traumatismo craneoencefálico consecuencia de una caída.

2. Como ha señalado este Consejo Consultivo en varias ocasiones, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014, expone sintéticamente 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 lo siguiente:

«(...) 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».

Con arreglo a esta línea jurisprudencial, 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.

### 3. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: “que 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 (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991, RJ 1991, 2209)» (véase la STS de 26 marzo de 2004, RJ 2004\1668).

4. En el presente caso, los reclamantes, sin prueba que lo avale, consideran que, aun cuando la causa de la muerte de la paciente fue un traumatismo craneoencefálico consecuencia de una caída, esta se produjo por la pérdida de conciencia por una hemorragia intestinal que le sobrevino a la paciente no detectada o no predicha unas horas antes por parte del Servicio Canario de la Salud.

Sin embargo, ningún indicio existe en el expediente sobre la infracción de la *lex artis ad hoc* por parte de los facultativos que atendieron a la paciente durante la asistencia recibida.

Antes al contrario, consta acreditado que desde 2014, se practicaron analíticas, ecografía abdominal, colonoscopia con toma de biopsias, endoscopia digestiva alta con toma de biopsias, entre otras.

En la asistencia recibida el 16 de septiembre de 2015, cuando la paciente acude al Centro de Salud alrededor de las 15:00 horas manifestando rectorragia y mocos, no presentaba otro síntoma (sudoración, frialdad, palidez, taquicardia, confusión o anuria) que pudiera sugerir compromiso hemodinámico que señalara una pérdida significativa del volumen de sangre que pudiera ocasionar un shock hipovolémico (que pudiera causar fallo multiorgánico o mareo y pérdida de conciencia, que le produjera el traumatismo craneoencefálico, causa la muerte) y que planteara la necesidad de valoración en un servicio hospitalario. En informe de la Dra. (...), consta que la situación de la paciente no revestía características de urgencia, ni presentaba síntomas de alarma y que conocía que se estaban realizando estudios por especialistas en digestivo y cirugía.

El SIP concluye con que la asistencia y seguimiento de la paciente fue correcto y se vio interrumpido, antes de alcanzar las conclusiones diagnósticas, por el accidente que ocasiona el traumatismo craneoencefálico, responsable del éxitus.

En definitiva, está acreditado en el expediente que la atención prestada a la paciente fue correcta, por lo que hay que descartar la existencia de relación de causalidad entre la muerte de la paciente y la prestación sanitaria recibida en su estancia en las urgencias hospitalarias.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada se ajusta a Derecho, de acuerdo con el razonamiento que se expone en el Fundamento III.