



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 7 8 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de abril de 2018.

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 nombre y representación de (...) y (...), por la asistencia sanitaria que le fue prestada a (...) (EXP. 109/2018 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 instado contra el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado mediante escrito de reclamación presentado el 23 de diciembre de 2016, a instancia de las reclamantes y que fue admitido a trámite mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de fecha 22 de mayo de 2017.

2. Las interesadas no cuantifican indemnización alguna. No obstante, dadas las características de los daños por los que se reclama y que la Administración sanitaria ha solicitado el dictamen, se presume que aquélla supera los 6.000 euros, por lo que tal solicitud es preceptiva. Así mismo el Consejero de Sanidad está legitimado para solicitarlo. Todo ello 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. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También son de aplicación los arts. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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

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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del SCS, se delega en la Secretaria General 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.

5. Conforme al art. 91.3 LPACAP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de 6 meses, ya expirado; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud del art. 21.1 del mismo cuerpo legal.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. Las reclamantes fundan su reclamación alegando que durante el año 2015 F.H.N., no fue citado por el Servicio de Neurología (del CAE de Arucas), comenzando un progresivo deterioro derivado de un ACV por el que se vio afectado un pie, que le causa espasticidad. Ante dicho cuadro se solicitó cita con el traumatólogo, el cual informó a los familiares que el paciente presentaba un deterioro neurológico que debía ser valorado por el Servicio de Neurología.

En julio de 2015, el afectado fue citado por el Servicio de Neurología, constatándose un empeoramiento de su estado de salud, por lo que fue remitido al Centro de San Juan de Dios para recibir rehabilitación. Además, en dicho Centro el paciente sufrió una caída accidental sin que las interesadas hayan sido informadas de las consecuencias de la misma.

En fecha 21 de diciembre de 2015, el paciente fue asistido por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN), practicándosele una resonancia de la que resultó un tumor cerebral.

En fecha 4 de enero de 2016, consta *exitus* del paciente.

En escrito posterior, las reclamantes determinan como el objeto de la reclamación la falta de control de la situación clínica del afectado durante el año 2015 hasta su fallecimiento. Por lo que consideran que el tratamiento dispensado al paciente por el servicio público sanitario fue deficiente existiendo retraso en ser remitido al Servicio de Neurología lo que afectó a la evolución desfavorable del paciente y, aparte, también reclaman por no haber sido informadas de los efectos de la caída soportada por el fallecido.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente expone los hechos relevantes debiendo hacer mención, entre otros, de los siguientes:

El paciente contaba en junio de 1996 con antecedentes de ACV isquémico aterotrombótico extenso en territorio carotídeo izquierdo que deja como secuela permanente hemiplejía derecha con espasticidad y disfasia (dificultad para hablar) motora.

Era portador de prótesis antiequino, silla de ruedas, bastones.

En el año 2010, recibía oxigenoterapia domiciliaria por insuficiencia respiratoria.

En el año 2012, padecía de temblor relacionado con parkinsonismo vascular no degenerativo.

Consta hipertensión arterial, estaba incluido en el programa de atención domiciliaria, padecía de incontinencia urinaria con uso de absorbentes y colectores, antecedentes de caídas (septiembre 2012) (Servicio de ayuda a domicilio del Ayto. de Firgas) y síndrome depresivo, hipertrofia benigna de próstata, entre otros.

Como consecuencia de los padecimientos relacionados, el afectado recibió tratamiento fisioterápico de mantenimiento en distintos periodos, según se presentaban los déficits a fin de recuperar habilidades. A modo de ejemplo en octubre de 2012 había perdido la capacidad de deambular y recibe fisioterapia.

El paciente estuvo en seguimiento por el Servicio de Neurología. Tras la realización de TAC craneal, el 17 de diciembre de 2012 y Dat-scan en fecha 9 de mayo de 2013, es diagnosticado de parkinsonismo vascular, relacionado por tanto con enfermedad vascular cerebral ya conocida. Se cursó alta en consultas externas de Neurología el 22 de enero de 2014 recomendando control por médico de Atención Primaria (AP) y se indicó volver en caso de agravamiento.

El paciente estaba incluido en el programa de atención domiciliaria en AP. En la visita correspondiente al día 24 de febrero de 2015, se menciona por primera vez la existencia de rozadura de talón derecho. Por lo que se le practicaron las curas y medidas de protección antiescaras.

El 3 de marzo de 2015, el médico de cabecera formula solicitud de interconsulta a Rehabilitación. El 10 de marzo de 2015 también solicita interconsulta a Traumatología por dolor en úlcera y retracción de rodilla derecha.

En fecha 10 de abril de 2015 en consulta especializada de Traumatología es valorado y consta: «(...) desde hace dos meses empieza con retracción de miembro inferior derecho conformación de úlcera (...) Diagnóstico: Secuelas de ACV con retracción reciente (...)». La hemiplejía derecha con espasticidad que presentaba el paciente como secuela de ACV condiciona la aparición de contracturas y retracciones. Por ello se cursó interconsulta a Rehabilitación neurológica.

El 22 de mayo de 2015, se realizó solicitud de interconsulta desde Atención Primaria a Cirugía vascular, siendo citado el 27 de julio de 2015, observando evolución favorable de la úlcera. A la exploración, flexo de rodilla derecha ya conocido.

En fecha 20 de julio de 2015, es citado en Neurología, indicando que a la exploración se observa empeoramiento de la espasticidad del hemicuerpo derecho, afectado por las secuelas del ACV, resto igual. Por ello, se solicitó consulta con especialista en Rehabilitación. Además, se pauta revisión en 6 meses y prescribe Baclofeno (Lioresal) útil para tratamiento de la espasticidad reduciendo los espasmos flexores y la distonía flexora.

El 23 de julio de 2015, el afectado fue valorado por médico rehabilitador que indica que el paciente fue remitido para valorar y tratar el flexo de rodilla. Se le ha infiltrado toxina botulínica de forma privada en los isquiotibiales (Iqt) sin fisioterapia. A la exploración: flexo parcialmente reductible de rodilla con espasticidad 3-4/4 de los isquiotibiales con edema +++ en el pie. Plan: se cita en dos meses para infiltración Iqt y bíceps femoral más rehabilitación intensiva. Con el Juicio clínico: Secuelas de ACV.

En consulta de 9 de septiembre de 2015, el médico rehabilitador determinó que el paciente presenta aumento de espasticidad en miembro inferior derecho con flexo de rodilla derecha, probablemente relacionada con úlcera en talón derecho desde febrero (actualmente mejor de la úlcera). Exploración Física: Espasticidad grado III

en Flexor común superficial de dedos derecho y en flexor largo del pulgar. Espasticidad grado III en isquiotibiales. Úlcera talón derecho en resolución. Tratamiento: Se infiltra toxina botulínica e isquiotibiales y bíceps femoral. Se solicita rehabilitación para mejorar flexo rodilla D y disminuir espasticidad.

En fecha 15 de octubre de 2015, inició tratamiento rehabilitador en el centro San Juan de Dios, con TENS, infrarrojo y cinesiterapia. Se cursó alta en noviembre por escasa mejoría a pesar del tratamiento.

El día 6 de noviembre de 2015, el afectado fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular por haber sufrido caída con traumatismo leve en zona malar y temporal derecha sin pérdida de conciencia. En la radiografía de cráneo no se observaron fracturas.

El paciente continuó siendo asistido con atención domiciliaria. Sin embargo, el día 21 de diciembre de 2015, debido al deterioro cognitivo fue derivado al Servicio de Urgencias del HUGCDN. Ingresó alrededor de las 12:23 h., e indica en cuanto a su estado clínico: «(...) en los últimos días está más somnoliento y tiene peor estado general (...) desde hace diez días presenta deterioro del estado general consistente en somnolencia, disminución de la ingesta y empeoramiento de su desorientación (...)». Igualmente, en la exploración neurológica se indica somnoliento, no existe afectación de pares craneales, solo presenta espasticidad con hemiplejía de hemicuerpo derecho ya conocida.

También se practicaron las pruebas diagnósticas pertinentes que determinaron infarto crónico en territorio de arteria cerebral media ya conocido e imagen compatible con proceso tumoral de esplenio de cuerpo calloso de alto grado de malignidad. Por lo que, una vez valorado por el Servicio de Neurocirugía se descartó medida terapéutica, ingresando en la Unidad de Cuidados Paliativos. Siendo *exitus* a las 02:35 h del 4 de enero de 2016.

De acuerdo con los antecedentes expuestos, el SIP emite informe desfavorable, concluyendo que en relación con la alegación referida a la falta de control de la situación clínica desde 2015 en adelante, no se corresponde con la realidad, porque el paciente estuvo controlado por los Servicios de Atención Primaria y se formularon peticiones de interconsultas y valoraciones por los servicios especializados cuando las circunstancias del paciente así lo aconsejaron.

3. En la tramitación procedimental el Órgano instructor acordó la apertura del periodo probatorio. Igualmente, se concedió el preceptivo trámite de audiencia, por lo que las reclamantes solicitaron copia del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y la documentación clínica anexa al mismo, presentando escrito de alegaciones mediante el que reiteran las manifestaciones iniciales.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

En este caso se han de tener en cuenta las observaciones que el SIP ha puesto de manifiesto en su informe en relación con la enfermedad del paciente y correspondientes cuidados médicos. Así:

En atención a la fase crónica del ictus, cuando las secuelas se han estabilizado, los pacientes deben tener acceso a los servicios de Rehabilitación para la valoración y tratamiento de complicaciones, de nuevas pérdidas funcionales por desuso, adaptación de ortesis y de nuevas estrategias de tratamiento. En esta fase se debe realizar tratamiento rehabilitador de mantenimiento, pudiendo hacerse en series de varias sesiones repetidas de forma periódica para mantener las habilidades funcionales conseguidas.

La atención especializada ambulatoria garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, cuando se precise por superar las posibilidades de la Atención Primaria hasta que se considere que puede reintegrarse a dicho nivel. La racionalización del índice de consultas sucesivas en atención especializada permite una mejor distribución de recursos.

El Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona, entre niveles asistenciales y entre los sectores implicados sanitarios/sociales.

Dentro de las complicaciones de los ACV en el aparato locomotor nos podemos encontrar afectación de partes blandas como las úlceras por decúbito o afectación de estructuras articulares por retracciones a distintos niveles, como el pie equino-varo, la rotación externa de cadera y el flexo de cadera y rodilla.

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, por definición, es la responsable del diagnóstico, evaluación, prevención y el tratamiento de la

discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.

Los síntomas generales, comunes a todos los tumores cerebrales, son dolor de cabeza y vómitos. Se debe al aumento de la presión intracraneal. Se pueden producir parálisis de nervios craneales (principalmente oculares), hemiparesias o hemiplejias (en nuestro caso ya existía como secuela de ACV), disminución del nivel de conciencia y llegar a parada respiratoria o cardíaca, todo ello debido a lesión progresiva del tronco cerebral. Los síntomas focales van a ser de dos tipos: A) Por irritación de las neuronas próximas al tumor que está creciendo, provocando crisis epilépticas. B) Por déficit de función neuronal, dependiendo de la región donde se localice el tumor: pérdida de fuerza o de sensibilidad en una o varias extremidades, déficit de visión, alteraciones del lenguaje, afectación de la memoria, afectación de funciones superiores, entre otros.

## IV

1. La reclamación se basa en la deficiente asistencia sanitaria prestada al paciente desde el año 2015, la falta de información sobre la caída sufrida, el retraso en el diagnóstico del tumor cerebral y posterior fallecimiento.

2. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, 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 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, se 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, 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).

3. Al respecto, consta en la documentación obrante en el expediente, entre otros, que con anterioridad al año 2015 al paciente ya se le estaba practicando tratamiento mediante infiltraciones con toxina botulínica para alivio de la espasticidad Grado III. El tratamiento con toxina botulínica es eficaz para la reducción del tono muscular en pacientes con espasticidad crónica.

Concretamente, la sintomatología manifestada a partir de marzo de 2015 que afectaba al hemicuerpo derecho y que ocasionaba contractura en rodilla se correspondía con la hemiplejia espástica que ya presentaba como secuelas propia del ACV. Asimismo, dentro de las complicaciones de los ACV en el aparato locomotor nos podríamos encontrar con la afectación de partes blandas como las úlceras por decúbito o afectación de estructuras articulares por retracciones a distintos niveles, como el pie equino-varo, la rotación externa de cadera y el flexo de cadera y rodilla. Por ello, se realizó seguimiento por médico especialista en rehabilitación, habiendo sido indicado por el médico de cabecera, el traumatólogo y el neurólogo, coincidiendo en que era el tratamiento procedente al estado del paciente, especialmente en los casos de contractura y dolor para mantener un adecuado nivel de bienestar.

Mediante la documental obrante en el expediente se acredita que el médico especialista en neurología, ante la estabilidad del proceso una vez finalizados los estudios necesarios y establecida la estrategia terapéutica, determina el término del seguimiento en la consulta ambulatoria especializada, potenciando el seguimiento evolutivo por su médico de AP, quien en caso de agravamiento o de aparición de nuevos síntomas, procedería a derivar nuevamente al paciente.

Como se indicó anteriormente, se confirma que en relación a la solicitud de informe sobre la asistencia prestada al afectado, el mismo no fue citado en la consulta de Neurología hasta julio de 2015, porque fue dado de alta el 22 de enero de 2014, tal y como consta en la Historia Clínica donde se indica que se procede a dar el alta al paciente, control por su médico de cabecera y en caso de empeoramiento acudir de nuevo.

Con base en lo expuesto, se citó al afectado en julio de 2015 en la consulta de Neurología del CAE de Arucas, por orden facultativa debido al empeoramiento del



paciente. Consta en la Historia Clínica interconsulta de derivación a Consulta de Neurología en el año 2015, por empeoramiento desde Atención Primaria. En dicha consulta, tras la valoración oportuna, consta empeoramiento progresivo de la marcha, que según sus familiares es más acusado desde enero, objetivándose un aumento de la espasticidad secundaria a su enfermedad, siendo remitido a Rehabilitación y pautándose un tratamiento antiespástico (Baclofeno), siendo remitido también desde la Consulta de Neurología a Rehabilitación.

Igualmente, se ha acreditado que el paciente fue atendido en la Consulta de Traumatología en abril de 2015 donde se constata un empeoramiento de la movilidad en miembro inferior derecho del ictus acontecido, con retracción del miembro y formación de úlcera, por lo que el paciente es remitido a Rehabilitación.

Por lo demás, los facultativos concluyen que en ningún momento el paciente presentó sintomatología -cefaleas, vómitos, crisis epilépticas, afectación de pares craneales, (...)- compatible con el tumor cerebral que a posteriori se evidenció mediante la correspondiente prueba de imagen. Por ello, indican que es especialmente difícil deslindar la participación etiológica de cada entidad en el cuadro clínico presentado.

4. En el asunto que se analiza no existen pruebas o informes médicos que puedan sostener las alegaciones presentadas por las interesadas en el procedimiento. Por contra, la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención clínica y los procedimientos diagnósticos fueron los correctos de acuerdo con la evolución clínica del paciente.

En consecuencia, sin la identificación de los daños producidos y de la prueba de que tales daños fueron consecuencia de la asistencia sanitaria recibida es imposible establecer la existencia de una relación de causalidad entre ambas; y sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

5. En resumen, no consta que el paciente presentase sintomatología que sugiriera una patología distinta a las secuelas propias del ACV, así como tampoco se manifestó tal posibilidad por el enfermo o familiares ante el médico de AP o en la atención domiciliaria practicada por el facultativo correspondiente.

En cuanto a la alegación referida al retraso en el diagnóstico del tumor por no haber sido remitido el paciente al Servicio de Neurología en tiempo oportuno, tal

manifestación no ha sido probada fehacientemente por las interesadas, sino que, por el contrario, se ha llegado a constatar mediante la documental obrante en el expediente, que el paciente fue dado de alta por el Servicio de Neurología debido a la estabilidad de su enfermedad por lo que pasó a ser asistido por los Servicios de Atención Primaria, recibiendo, además, sesiones de fisioterapia y rehabilitación.

En definitiva, se llega a la conclusión de que se objetivó un deterioro de la marcha en relación con su empeoramiento de secuela de ictus previo, con aumento de la espasticidad. Por tanto no se considera que el presunto retraso en la atención modificara el plan terapéutico que sí se practicó oportunamente.

Además, se acredita que en diciembre de 2015, fecha en la que ingresó en el Servicio de Urgencias por deterioro cognitivo y del estado general consistente en somnolencia, disminución de la ingesta y empeoramiento de la desorientación, se confirma, tras la realización de las pruebas oportunas, el tumor cerebral, del que se informó a la familia, como así mismo se indicó que el afectado, dadas las circunstancias, no era tributario de un tratamiento quirúrgico.

En lo que se refiere a la caída sufrida, consta en el expediente los efectos de la misma, se diagnosticó traumatismo leve en zona malar y temporal derecha sin pérdida de conciencia, practicándose la radiografía oportuna de cráneo en la que no se observaron fracturas. Por ello, el paciente fue asistido y tratado correctamente.

6. Recordamos una vez más que una enfermedad no está relacionada de una forma unívoca con un síntoma, ni a la inversa, pues se ha llegado a constatar mediante los conocimientos médicos actuales que diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Razón por la que no será jurídicamente exigible en todos los casos realizar un diagnóstico certero y, por consiguiente, el error médico no puede originar, sin más, responsabilidad sanitaria, sino que el error en el diagnóstico originaría responsabilidad cuando exista una manifiesta negligencia en la actuación empleada por los facultativos de conformidad con los medios disponibles y los protocolos médicos a seguir determinados en el ámbito sanitario en cada momento.

En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo 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 Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 sostiene:

«(...) 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 (...)».

Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que 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.

7. En definitiva, las interesadas no han probado los daños por los que reclaman, por lo que no es posible conectarlos con el servicio sanitario prestado. Por el contrario, está acreditado en el expediente que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, lo que impide, como hemos razonado, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que procede desestimar la pretensión resarcitoria.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.