



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 11/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de enero de 2019.

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 daños ocasionados por la muerte del esposo y padre de éstos, respectivamente, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 575/2018 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias el 27 de noviembre de 2018 (RE 28 de noviembre de 2018), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

La cuantía indemnizatoria reclamada, 114.000 euros, determina la preceptividad del dictamen, siendo competente el órgano peticionario para solicitarlo, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

daño por el que reclaman, que es la muerte del esposo de la primera y padre del segundo, (...) [art. 4.1.a) LPACAP]. Actúan en este procedimiento mediante la representación acreditada de (...) (art. 5.1 LPACAP). Sin embargo, en la Propuesta de Resolución habrá de corregirse el primer apellido del paciente fallecido y de su hijo, por cuanto de la documentación identificativa existente en el expediente el mismo es (...) y no (...).

2. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

No obstante, a la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

3. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 30 de octubre de 2017, respecto de un daño producido el 5 de noviembre de 2016, fecha en la que se produce el fallecimiento de (...).

III

Los interesados, en su escrito de reclamación, exponen como hechos en los que se funda los siguientes:

«Primero.- Que (...) acudió a principios del verano del pasado año 2016, a su centro de salud, por presentar molestias de tipo gástrico y cansancio, siendo acompañado como siempre por su esposa, estando toda la familia (esposa e hijo) siempre al tanto de cualquier problema de salud de (...), haciéndose las analíticas de control que le fueron ordenadas y siempre le fue informado como normales. La doctora de atención primaria le administraba oxígeno manifestándole que era la lógica consecuencia de haber fumado (había dejado el hábito hacía más de 20 años) y respecto a los problemas gástricos los atribuyó a “algún virus estomacal (...) hay muchos casos igual” según decía. Fueron varias las visitas sin que se resolviese el problema.

Segundo.- En el mes de agosto de 2016 acudieron a urgencias del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria en Santa Cruz de Tenerife, por el dolor de estómago y después de hacerle analíticas, placas, analítica de las heces, no vieron nada destacable según

los facultativos, indicándole que se trataba de un problema gástrico sin especificar y que fuera a su médico de cabecera si persistían los síntomas.

Tercero.- Volvieron a acudir a urgencias del mismo centro hospitalario el 20 de octubre de 2016 por el mismo problema estomacal. Esta vez sí que lo ingresaron del 20 al 27 de octubre de 2016. Después de una semana informan a la familia del estado de (...) que presenta "Neoplasia de páncreas en estadio IV", "cirrosis hepática secundaria por virus hepatitis C" que al parecer padecía desde el año 2005, de lo cual no tenían conocimiento alguno ni el afectado, ni sus familiares directos, ni por supuesto le fue pautado ningún tratamiento ni efectuaron un control de dicha patología, durante todos esos años.

Cuarto.- El esposo y padre de mis representados (...), falleció el 5 de noviembre de 2016, a la edad de 82 años, en el reseñado Hospital, como consecuencia de Neoplasia de Páncreas en estadio IV metástasis hepática) y Cirrosis hepática secundaria a infección crónica por virus hepatitis C (...).

Quinto.- Entendiendo esta parte, que el resultado final, puede deberse a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, que le ha causado un evidente daño moral a mis mandantes que pretenden reclamar, por la pérdida del ser querido, al cual no pudieron prestar el auxilio necesario en su momento, por desconocimiento absoluto de la patología que realmente le afectaba y del tratamiento y/o alternativas, con las que contaba».

Entienden los reclamantes que se ha producido un deficiente funcionamiento de la Administración sanitaria «dada la falta de diligencia en el seguimiento de la patología que aquejaba al paciente (sobre todo en atención primaria), sin que durante años haya sido tratada la enfermedad (hepatitis C), degenerando hasta convertirse en una cirrosis hepática avanzada, unido al incumplimiento de la obligación de suministrar una información acorde sobre el diagnóstico, tratamiento y alternativas».

Por ello, se solicita una indemnización que se cuantifica en 114.000 euros, de los cuales, 94.000 euros corresponderían a la viuda y 20.000 al hijo del fallecido.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 21.2 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- Por Resolución de 18 de diciembre de 2017, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que reciben notificación los interesados el 8 de enero de 2018.

- El 19 de diciembre de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación clínica oportuna, se emite el 4 de julio de 2018.

- El 22 de marzo de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las aportadas por los interesados, concediéndole un plazo de 30 días para aportar informe pericial propuesto, sin que, habiendo sido notificados el 9 de julio de 2018, aporten aquél.

- El 24 de septiembre de 2018 se acuerda la apertura de trámite de vista y audiencia, lo que se intenta notificar infructuosamente a los interesados el 2 y 4 de octubre de 2018. Así pues, se procede a notificar del modo en que se establece en el art. 44 LPACAP, mediante inserción de anuncio en el BOC nº 206 de 24 de octubre de 2018 y en el BOE nº 261, de 29 de octubre de 2018. No consta la presentación de alegaciones.

- El 13 de octubre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de los interesados, lo que, incorrectamente, no fue informado por el Servicio jurídico, dado que conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial, el del SIP, que incorpora la información aportada por los informes del Dr. (...), Jefe de Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) y del Dr. (...), Coordinador del Servicio de Urgencias de dicho centro hospitalario.

2. Los términos de la reclamación obligan a plantearse varias cuestiones en orden a la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la asistencia prestada al fallecido, que son, por un lado, la falta de información sobre sus patologías, y, por otro, la deficiente atención dispensada en orden a determinar el correcto diagnóstico.

Pues bien, ambas cuestiones son correctamente contestadas por la Propuesta de Resolución, a la vista de la historia clínica del fallecido y de los informes recabados a lo largo de la tramitación del procedimiento, resultando, por un lado, que el paciente era conocedor desde hacía varios años de las patologías de base y, posteriormente su familia conoció perfectamente el diagnóstico de cáncer de páncreas, así como su pronóstico. Asimismo, el diagnóstico de éste se realizó cuando las pruebas y la clínica del paciente lo determinaron, siendo adecuada, también en este sentido, la asistencia prestada al paciente.

3. Así, consta en la historia clínica de (...), ante todo, que se trataba de un paciente de 82 años que contaba con antecedentes de Virus de Hepatitis C (VHC) crónica y de Porfiria, datos que se recogen en historia clínica desde 2005; exfumador con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tipo bronquitis crónica (2009); Enfisema pulmonar y Bronquiectasias, tratado con inhaladores; Síndrome vertiginoso; intervenido de varices (1980), de fractura de rodilla izquierda (2014) y de cataratas bilateral.

Respecto de la Hepatitis C crónica, constan en su historia clínica de Atención Primaria múltiples referencias a ésta, así como su seguimiento por el especialista de Digestivo, por lo que no puede alegarse su desconocimiento. Así: 27/06/2005: Hepatitis C crónica; 08/07/2010: hipertransaminasemia en paciente con Hepatitis C crónica; 13/10/2011 diagnosticado de Hepatitis C crónica, control analítico con transaminasas AST: 56, ALT: 60, GGT 116 (ligeramente elevadas); 16/02/2012 consta en motivo de consulta: analítica con leve hipertransaminasemia por Hepatitis C crónica; 29/07/2013 su médico de familia lo remite a Digestivo (Hospital San Juan de Dios), detallándose en la petición de interconsulta: ruego valoración de paciente con diarrea de unos tres meses de evolución. Coprocultivo realizado es normal. Diagnosticado de Hepatitis C crónica; 6/09/13 se recoge el resultado de interconsulta realizada a Digestivo por Síndrome diarreico, en la que se detalla: Serología de Hepatitis C positiva (ya conocida). Presenta Síndrome diarreico, posiblemente funcional. Datos ecográficos de cirrosis hepática no descompensada. Colonoscopia con pólipo sesil (se realiza polipectomía) y biopsia con adenoma tubular con displasia

epitelial moderada (bajo grado); 6/11/13: el paciente viene de control con el Digestivo. En plan de actuación de ese día queda solicitada consulta de seguimiento por Digestivo; 2/12/2014: se remite para control por Digestivo a paciente con Hepatitis C crónica de larga evolución, y análisis de sangre con resultado de trombopenia y leucopenia (dos controles sucesivos recientes); 20/03/15: señala su médico de familia que viene de Digestivo (Hospital San Juan de Dios). Ecografía con hipertrofia de lóbulo hepático izquierdo; ecogenicidad difusamente aumentada; arquitectura algo desdibujada; superficie macronodular, borde romo. Vesícula con litiasis múltiple. Bazo homogéneo y redundante. Diagnóstico de Cirrosis hepática no descompensada con datos de Hipertensión Portal (HTP). No precisa tratamiento específico. Queda solicitada cita de seguimiento para Digestivo, ese mismo día.

Por otra parte, también consta en su historia clínica de Atención Especializada, la atención hospitalaria recibida en diferentes días y procesos de enfermedad se recoge dentro de los antecedentes clínicos que comúnmente son manifestados por el paciente, que padece Hepatitis C, constando, entre otros: Urgencias de Medicina del día 16/12/13, atendido por lumbalgia aguda; Urgencias de Medicina del día 14/03/2014, atendido por traumatismo en rodilla izquierda, el 10/07/14, en el que precisó atención por alteraciones en la rodilla izquierda; Urgencias de Medicina del 25/2/16 en el que fue atendido por EPOC reagudizado.

Por todo ello, se puede constatar que el paciente padecía de Hepatitis C crónica desde 2005, lo que era, consecuentemente conocido por él, con seguimiento por su médico de familia con controles analíticos que mostraban hipertransaminasemia leve. Asimismo, tuvo controles por Digestivo en donde fue diagnosticado en fecha 6/09/2013 de cirrosis hepática no descompensada y en fecha 20/03/2015 donde igualmente en Ecografía de control realizada presentaba cirrosis hepática no descompensada con datos de http, sin que precisara ningún tratamiento específico. De los datos anteriores (detallados en su historia clínica de Atención Primaria) se desprende que el paciente era conocedor de su patología (afección que era asintomática), y que tenía seguimiento por su médico de familia y posteriormente por el Digestivo, quien diagnosticó cirrosis hepática (enfermedad crónica e irreversible) compensada en fecha 06/09/2013, no considerando necesario seguir un tratamiento específico.

4. Por otra parte, también se desprende de la historia clínica del fallecido lo siguiente:

El 4 de julio de 2016, fecha en la que estaba siendo seguido por Neumología por sus patologías crónicas respiratorias (EPOC grado II + Enfisema pulmonar), el paciente consulta -esta vez a su médico de familia- porque se nota cansado del pecho y presenta flemas verdes. A la exploración presenta murmullo vesicular conservado, con saturación de O₂, tras expulsar abundantes flemas, del 90%. Se le trata en el centro con antibioterapia, corticoide y broncodilatadores inhalados y se le prescribe, añadido al tratamiento con inhaladores que ya tiene: antibioterapia y mucolíticos.

Durante el mes de julio acudió al médico de familia, en varias ocasiones, todas ellas relacionadas con su patología respiratoria, salvo el 28/07/16, que fue atendido por dolor lumbar.

Por tanto, en estas fechas el paciente no acudió en ningún momento aquejado de molestias gástricas, como señalan los reclamantes, sino por reagudización de la patología pulmonar crónica que padecía.

La primera ocasión en la que acude por molestias gástricas es el 20 de agosto de 2016. En esta fecha consta consulta a las 03:45 horas a Urgencias Hospitalarias (HUNSC), detallándose en el informe médico: paciente de 82 años, con antecedentes de Hepatitis C y EPOC, que refiere dolor epigástrico desde las 21:00 horas aproximadamente. También refiere heces de coloración más intensa desde hace 3 días. Sin embargo: «No refiere náuseas, vómitos, astenia, acidez o sensación de reflujo, ni pérdida de peso». No síndrome miccional.

Al examen físico está consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen es blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No se palpan masas ni megalias. Se realiza tacto rectal, no doloroso, con heces de consistencia normal y color marrón. No melena (no signo de sangrado).

La analítica realizada congruente con la clínica del paciente muestra resultados compatibles con su patología de base (similares a previos): Hemograma con hemoglobina: 13 g/dl; Hematocrito: 38,6; Hematíes: 4.000 000; Plaquetas: 84 000; leucocitos: 2,98 /mm³ con 72% de neutrófilos. Coagulación y bioquímica dentro de límites normales.

Por todo ello, conforme a los datos clínicos y exámenes complementarios congruentes con el proceso, se descarta proceso infeccioso o inflamatorio abdominal agudo; diagnosticándose de epigastralgia inespecífica. Se le indica terapia analgésica

y protector gástrico añadido a su terapia habitual. Se le indica control por su médico de Atención Primaria y estudio de sangre oculta en heces.

Así pues, estando el paciente estable y asintomático se le da el alta.

Posteriormente, el 23 de agosto de 2016 es nuevamente valorado en el Servicio de Urgencias del HUNSC por presentar cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal difuso intermitente, asociado a pérdida de apetito, además de deposiciones disgregadas más oscuras de lo habitual. No náuseas ni vómitos, no fiebre. Los antecedentes patológicos que se describen son los ya conocidos.

Tal y como se señala por el SIP, vista la historia clínica del paciente: a la exploración física se encontraba hemodinámicamente estable (constantes normales), afebril, bien hidratado, consciente y orientado, cooperador, sin signos de focalidad neurológica. La auscultación pulmonar es normal. La palpación abdominal es indolora, no palpándose masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal [abdomen blando, depresible, ruidos hidroáereos presentes, descompresión brusca del abdomen (Blumberg) es negativa]. Signo de Murphy para patología aguda de la vía biliar, negativo. Tacto rectal presenta esfínter anal funcional, ampolla rectal vacía, mínimas deposiciones en guante de color marrón (no negras, que serían sospechosas de sangrado).

Se le realizan pruebas complementarias para descartar abdomen agudo: analítica que muestra discreta anemia, con valores de hemoglobina: 13,4 g/dl (mejor que anterior control); plaquetas: 94 /mm³ y leucocitos: 3,41 /mm³ (valores similares a los habituales y mejores que el anterior control); coagulación normal; proteína C reactiva normal, iones normales, urea y creatinina normales; amilasa: 74 UI/L (normal); enzimas hepáticas ligeramente aumentadas (similares a previas); el examen de orina revela infección del tracto urinario; la Rx de abdomen no muestra signos de perforación.

Aclara el SIP que la prueba de amilasa en la sangre se usa para diagnosticar o vigilar problemas del páncreas como Pancreatitis (inflamación del páncreas).

El paciente evoluciona favorablemente, y estando asintomático durante su estancia en el Servicio de Urgencias, sin nuevos episodios de dolor abdominal, se le da el alta bajo los diagnósticos de Gastroenteritis aguda e infección del tracto urinario (ITU). Se le prescribe tratamiento con antibioterapia, antidiarreico durante dos días en caso de deposiciones líquidas, e hidratación abundante. Asimismo se le

recomienda seguimiento por su médico de familia y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

Tal y como señala el informe de del Coordinador de Urgencias, de 25 de enero de 2018, «en los dos episodios de urgencias se descartó patología que requiriera tratamiento médico o quirúrgico urgente, siendo éste el cometido de los servicios de urgencia». Por ello, estando el paciente estable y asintomático, lo procedente fue, efectivamente, como se hizo, darle el alta, con las prescripciones y recomendaciones acordes a la clínica presentada.

Y, en cuanto a las consultas anteriores en Atención Primaria, concretamente las realizadas el 4 y 28 de julio de 2016, como se ha señalado, no guardaban relación alguna con la patología finalmente diagnosticada, sino, como se ha dicho, con la reagudización de su EPOC.

Señalado esto, debe aclararse que el paciente continuó su seguimiento dada la persistencia de sintomatología digestiva inespecífica e intermitente, (sin clínica de abdomen agudo en ninguna de las consultas realizadas) a través de su médico de Atención Primaria, quien solicita en fecha 03/10/2016 interconsulta con Digestivo, dada la persistencia de las diarreas en paciente con Hepatitis C crónica e hipertransaminasemia leve.

En este punto, aclara el informe del Jefe de Servicio del Aparato Digestivo, de 17 de enero de 2018, que el cáncer de páncreas no tiene relación con la Hepatitis C.

Posteriormente fue atendido en Urgencias Hospitalarias (23/09/16) y en Atención Primaria (10 y 16/10/2016) por patologías respiratorias (disnea, expectoración, congestión de vías altas, catarro) en relación con el proceso de EPOC que padecía, siendo solicitada interconsulta a Cardiología el 18/10/16 para descartar patología cardíaca debido al aumento de la disnea y cansancio acompañada de tos nocturna que ha ido en aumento en los últimos dos meses.

5. El 20 de octubre de 2016 es hospitalizado en Servicio de Digestivo procedente del Servicio de Urgencias por disnea, astenia y deterioro del estado general. En la historia el paciente cuenta que desconoce que padece Hepatitis C y refiere clínica de unos 2-3 meses de evolución de astenia y disnea progresiva. No refiere aumento del perímetro abdominal ni edemas en miembros inferiores (MMII). No fiebre. Dolor abdominal epigástrico. Pérdida de apetito hace 1-2 semanas con pérdida de peso no

cuantificada. Cierta cambio en el hábito intestinal y en alguna ocasión escasa sangre en heces que atribuye a las hemorroides. No clínica urinaria ni dolor torácico.

La exploración física muestra un paciente afebril, estable hemodinámicamente, normohidratado, sin ictericia, con buen estado general, consciente, orientado y colaborador. No flaping (temblor) ni otros datos de encefalopatía. Eupneico (respira normal) y tolera decúbito. Auscultación cardiopulmonar con ruidos cardíacos de bajo tono, sin soplos; murmullo vesicular disminuido en base derecha. Abdomen con hepatomegalia, doloroso a la palpación profunda, en hipocondrio derecho (HCD). No signos de irritación peritoneal. Ruidos intestinales presentes y normales. No semiología clínica de ascitis. Los miembros inferiores presentan edemas leves con fovea hasta la rodilla. Signos importantes de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC).

Consecuente con la clínica del paciente se le realizan pruebas analíticas en sangre y orina, y Ecografía abdominal, que muestra lesión ocupante de espacio (LOE), por lo que para determinar diagnóstico se le realiza estudio endoscópico y TAC de tórax-abdomen-pelvis, con resultado de hígado cirrótico (ya conocido); tumoración pancreática primaria con metástasis pulmonares y hepática múltiples; múltiples adenomegalias celíacas, en hilio hepático, peripancreáticas y retroperitoneales. Ascitis con implante peritoneal.

El paciente ya diagnosticado previamente de Cirrosis hepática compensada por VHC, y EPOC, es ahora diagnosticado de Neoplasia pancreática avanzada con metástasis pulmonar, hepática y ganglionar. Valorado por Oncología Médica se decide que no es subsidiario de quimioterapia paliativa recomendándose tratamiento sintomático por parte de Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Información adecuadamente facilitada a la familia dado que el paciente no deseó ser informado.

En fecha 27/10/2016 dada la estabilidad clínico-analítica del paciente se decide dar el alta hospitalaria y seguir control ambulatorio por UCP.

Posteriormente continuó controlado por Atención Primaria y UCP hasta su fallecimiento el día 5/11/2016, debido al Cáncer de páncreas en estadio terminal que padecía, aspecto sobre el que el informe del Jefe de Servicio del Aparato Digestivo, de 17 de enero de 2018 señala que, por un lado, el diagnóstico de esta enfermedad suele realizarse en fase avanzada, al ser inespecíficos y difícilmente diferenciables de las patologías benignas, constando en este caso, habersele realizado al paciente todas las pruebas indicadas y tratamientos adecuados a la sintomatología y clínica presentada en cada momento. A ello se añaden las múltiples patologías concomitantes padecidas por el finado, así como por su edad.

No obstante, se aclara que, respecto del pronóstico, incluso tras el diagnóstico precoz de este cáncer, según la Sociedad Española de Oncología, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico es la más baja de todos los cánceres (en varones, el 4%; en mujeres 5%). Con enfermedad metastásica, la media de supervivencia es de 4 a 6 meses.

Todo lo que, a su vez, se condiciona a las patologías previas y edad del paciente.

6. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), según el art. 139.1 LRJAP-PAC -actual art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, 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, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento, como se ha visto, la pretensión resarcitoria de los reclamantes se fundamenta en que se ha producido un retraso diagnóstico de la hepatitis C que derivó en una cirrosis hepática que le causó la muerte al paciente junto al cáncer de páncreas detectado en estado avanzado.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. Los reclamante no aportan informes médicos ni otras

pruebas que corroboren su pretensión, mientras que del examen de la historia clínica y los informes de los Servicios que han atendido al paciente, así como del informe del SIP, se concluye la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*, practicándose al paciente todas las pruebas indicadas y tratamientos adecuados a la sintomatología y clínica presentada en cada momento.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución de la reclamación presentada por (...) y (...), por los daños sufridos por la muerte del esposo y padre de éstos, respectivamente, es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de los interesados.