



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 235 / 2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 201/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 16 de mayo de 2019 (Registro de entrada de fecha 17 de mayo de 2019) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El importe de la indemnización reclamada, 35.000 euros, determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple asimismo el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado ésta dentro del plazo de un año para reclamar conforme a lo dispuesto en el art. 67.1 LPACAP.

Esta cuestión ha sido resuelta en actuaciones previas al inicio del procedimiento, como se verá, a cuyo fin se recabaron informes del Servicio de Inspección y Prestaciones, resultando de ellos que el alcance del daño quedó determinado el 1 de julio de 2014.

Y puesto que, si bien la reclamación que nos ocupa se presentó el 11 de abril de 2018, se aportaron alegaciones por el reclamante en estas actuaciones, adjuntando copia de la reclamación presentada el 19 de diciembre de 2014 en el registro auxiliar de la Dirección General de Recursos Humanos del SCS, con el mismo objeto que el expuesto en el antecedente de hecho primero de la que nos ocupa, por lo que dicha reclamación interrumpió el plazo de prescripción, debiendo tramitarse la misma.

III

El interesado, en su reclamación de 11 de abril de 2018, expone lo siguiente:

- Alega que el 10 de abril de 2014, sufrió una caída con contusión en la rodilla derecha. Al principio no le da importancia pero posteriormente, al encontrarse peor, acude a su centro de salud. Allí le prescriben radiografía con carácter preferente.

- Cuando acude a pedir cita para la radiografía, le indican que tardarán mucho por lo que decide acudir a urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Le realizan radiografía y no se detecta ninguna anomalía.

- Como continúa con dolores, solicita cita a su médico de cabecera para derivación a traumatología. Le dan cita para el 28 de abril de 2014. Le prescriben resonancia magnética y que se ponga hielo en la rodilla.

- El 6 de mayo de 2014 se realiza resonancia magnética que detecta microfisura en el aspecto posterosuperior del cóndilo femoral externo con edema óseo asociado, en probable relación con contusión previa.

- Acude a su centro de salud y su médico de cabecera le da volante urgente para traumatólogo en el Centro de Especialidades de San Benito.

- El 8 de mayo de 2014 acude a su cita con el traumatólogo, para que vea la resonancia y le prescriba tratamiento, sin embargo el traumatólogo no le atiende y le indica que pida nueva cita. Le dan cita para el 10 de junio de 2014, es decir, se le obliga a estar un mes sin tratamiento, con dolores y molestias para caminar.

- El 10 de junio de 2014 acude a la cita con el traumatólogo y éste le indica que debe seguir con bastón dos meses más y que entonces le realizaría nueva resonancia. También le dice que a los dos meses pida cita con otro traumatólogo.

- El 1 de julio de 2014 le atiende otro traumatólogo, que le explica que la microfisura está curada y le diagnostica tendinitis de la pata de ganso y dolor rotuliano anterior. En consultas posteriores se le realizan infiltraciones y se le da el alta.

- Finalmente, otro traumatólogo le prescribe rehabilitación, con la que continúa hasta el 22 de enero de 2018.

El interesado reclama porque entiende que existió un error de diagnóstico, al no detectarle la tendinitis pata de ganso hasta julio de 2014. Además, alega que las muletas que se le recomendaron eran contraproducentes para dicha lesión. Considera que todo ello ha hecho que su recuperación se haya demorado más de tres años.

Se solicita por los daños derivados de ello una indemnización de 35.000 euros.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, 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 (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

1) Por medio de Resolución de 13 de abril de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se acuerda la realización de actuaciones previas, a fin de valorar la posible prescripción de la acción de reclamación, lo que se notifica al interesado el 17 de mayo de 2018.

2) Con tal objeto se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el 16 de abril de 2018, viniendo a emitirse el 24 de agosto de 2018, si bien el 25 de septiembre de 2018 se solicita informe complementario en relación con la «tendinitis pata de ganso». Tal informe se emite el 5 de noviembre de 2018. Se concluye en el mismo:

- El 1 de julio de 2014, la microfractura está cerrada.

- En relación a la tendinitis, recibe infiltraciones y es dado de alta el 10 de agosto de 2014.

- Se trata de dos patologías diferentes: 1) microfractura que se trató con reposo; 2) tendinitis de la pata de ganso, secundaria a una patología degenerativa preexistente (artrosis femoropatelar), que se trató con infiltraciones.

3) El 9 de noviembre de 2018 se concede audiencia al interesado, de lo que recibe notificación el 19 de noviembre de 2018, viniendo éste a presentar escrito de alegaciones el 30 de noviembre de 2018, adjuntando reclamación de fecha 19 de diciembre de 2014, presentada en el registro auxiliar de la Dirección General de Recursos Humanos del SCS (folios n.º 134-137) cuyo objeto es el mismo que el expuesto en el antecedente de hecho primero de la actual, por lo que dicha reclamación interrumpe el plazo de prescripción.

4) Por medio de Resolución de 12 de diciembre de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo

que éste recibe notificación el 20 de diciembre de 2018, viniendo a aportar lo requerido el 28 de diciembre de 2018 (registro de entrada de 2 de enero de 2019).

5) El 13 de diciembre de 2018 se solicita informe del SIP sobre el fondo del asunto. Éste, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 22 de marzo de 2019.

6) El 26 de marzo de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por el interesado y se incorporan las pruebas propuestas por la Administración, todas ellas documentales ya incorporadas al expediente. De ello recibe notificación el reclamante el 1 de abril de 2019.

7) El 27 de marzo de 2019 se confiere al interesado trámite de audiencia, lo que se le notifica también el 1 de abril de 2019, y aquél, tras retirar copia de determinada documentación en comparecencia personal de 4 de abril de 2019, presenta escrito de alegaciones con fecha 12 de abril de 2019.

8) El 15 de mayo de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, sin que se haya informado por el Servicio Jurídico, argumentándose que se trata de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico en casos similares.

V

1. La Propuesta de Resolución, como se ha indicado, desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento y, en especial, los del SIP.

2. Ante todo, es preciso exponer los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del reclamante, tal y como se recogen en el informe del SIP de 22 de marzo de 2019:

- Como antecedentes personales, en enero de 2011 presenta dolor en parte posterior del muslo derecho tras traumatismo.

- El 7 de julio de 2011 acude a su médico de familia por gonalgia izquierda postraumática.

- Sufre caída el 10 de abril de 2014 y no acude a los servicios sanitarios hasta el 15 de abril del mismo año.

Este día 15, en la exploración presenta dolor en rodilla derecha sin inflamación. Se solicita radiografía con carácter normal.

El paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 16 de abril de 2014 por contusión en rodilla de 5 días de evolución, con objeto de que se le realice allí la radiografía.

En la exploración física: estabilidad, dolor en flexión, aunque es posible en toda su amplitud.

Se repite radiografía, que no objetiva lesiones por fractura. Como diagnóstico: gonalgia derecha/contusión en rodilla. Se aconseja reposo relativo y hielo local. Acudir a su médico de cabecera en dos semanas.

- El 25 de abril de 2014 acude a médico de familia por no mejoría. Se deriva a traumatología del CAE (centro de atención especializada).

- Es valorado el día 28 del mismo mes y año por cirugía ortopédica y traumatología (COT). En la exploración física: discreta atrofia del cuádriceps. Maniobras meniscales positivas para los internos. Resto de estructuras, dentro de la normalidad. Se solicita resonancia (RMN) y se prescribe crioterapia y paracetamol si dolor.

- El 5 de mayo de 2014 acude a su médico de familia. Está pendiente el resultado de la RMN para realizar interconsulta con traumatología.

- En RMN de 6 de mayo de 2014, como impresión diagnóstica: signos de condropatía rotuliana grado II. Lesión ósea compatible con microfractura postero-superior del cóndilo femoral externo con edema óseo asociado, en probable relación con contusión previa.

Menisco interno y externo sin signos de rotura. Ligamentos cruzados y laterales íntegros. Ausencia de líquido articular en cantidad significativa, lesiones ocupantes de espacio, quísticas o sólidas a nivel de los tejidos blandos de la rodilla. Tendón rotuliano y cuadricipal normales.

- El 10 de junio de 2014 el paciente solicita cambio de traumatólogo. En valoración esa fecha, persisten las molestias y sigue usando bastones. Se valora RMN y se indica continuar con reposo relativo y nueva RMN en dos meses.

- Tras nueva solicitud de cambio de traumatólogo, es valorado el 1 de julio de 2014 en el Servicio de COT del HUC. Aporta radiografía que es normal, y RMN donde

se evidencia desinserción marginal a nivel de epicóndilo del CPL (complejo postero-lateral de la rodilla) (folio n.º 448).

Clínicamente tiene dolor, no inflamación y nota la rodilla estable aunque se siente inseguro. A la exploración: rodilla de aspecto normal, dolor retropatelar y pata de ganso. Se infiltra corticoanestésico. No dolor en zona de lesión.

Como diagnóstico: tendinitis pata de ganso y dolor rotuliano anterior.

- En consulta de COT en el HUC, de fecha 19 de agosto de 2014, se expone que, tratado de tendinitis de pata de ganso, mejoró con infiltración, pero ocasionalmente tiene molestias y sensación de inestabilidad, sobre todo al subir escaleras y por la noche le interfiere el sueño. Nueva infiltración y causa alta (folio n.º 446).

- El 4 de junio de 2015 regresa al Servicio de COT del HUC solicitando otra opinión. Sigue con dolor en pata de ganso y tibia proximal. RMN no compatible. Se solicita radiografía simple y Gammagrafía ósea.

- En esta prueba realizada el 8 de septiembre de 2015, valorada en consulta de 30 del mismo mes y año: captación patológica de baja intensidad en la vertiente lateral y posterior del cóndilo femoral interno, sin aumento de la vascularización en la fase precoz, que puede estar en relación con entesopatía o bien con fractura/contusión evolucionada. Imagen sugestiva de tensopatía rotuliana; valorar condromalacia (folio n.º 531).

Se acuerda remitir al servicio de rehabilitación

- El 26 de octubre de 2015 es visto en rehabilitación. A la exploración: rodilla con buen aspecto, sin deformidad. BA de rodilla libre. Cepillo no doloroso, ni dolor en cuádriceps ni isquiotibiales. Dolor en borde anterior de tibia proximal. Molestias en la inserción de pata de ganso (folio n.º 425).

Como diagnóstico: Tendinosis de pata de ganso. Se le indican 10 sesiones de fisioterapia y revisión.

- El 30 de septiembre de 2016 y dada la no mejoría completa, se decide valorar de forma conjunta con el Servicio de Rehabilitación. (Entesopatía cóndilo femoral interno y subcondral tibial) (folio n.º 431).

- En revisión por Rehabilitación de 10 de octubre de 2016: no ha mejorado con fisioterapia. Se contacta con el Servicio de COT para infiltración con factor de crecimiento.

- El 21 de octubre de 2016, y agotadas todas las opciones conservadoras, el Servicio de COT le comenta al paciente la opción de factores de crecimiento. Se incluye para dicho tratamiento.

- En fecha 21 de abril de 2017, y transcurridos 2 meses desde la última infiltración con factores de crecimiento en la consulta de COT, se encuentra mejor de la rodilla. Ahora refiere dolor en hombro izquierdo -ajeno al proceso asistencial que nos ocupa-, por lo que se solicita ecografía que informe de entesopatía del supraespinoso. Causa alta por mejoría de esta patología el 1 de diciembre de 2017.

3. Desestima la Propuesta de Resolución la reclamación del interesado, lo que resulta correcto, dados los antecedentes expuestos.

Es preciso, antes de abordar el fondo del asunto, advertir de que en su reclamación el interesado alude a un inadecuado trato por parte del traumatólogo inicialmente asignado, llegando a señalar que «se negó a atenderlo». Mas, dada la imposibilidad de acreditar tal extremo, por tratarse de valoraciones personales no documentadas, habiéndose producido, en todo caso, un cambio de médico tras solicitarlo el paciente, no se pronuncia la Propuesta de Resolución sobre este extremo, lo que es adecuado.

Pues bien, sentado lo anterior, respecto del fondo del asunto, ha de partirse de que se reclama por entender el interesado que en la valoración inicial del Servicio de COT, tras su primera asistencia, a la que acudió cinco días después de haber sufrido una caída, existió un error de diagnóstico por no habersele diagnosticado el proceso de tendinitis de pata de ganso, sino primero, un gonalgia/esguince y, posteriormente, una microfractura rotuliana.

Como bien señala el SIP, a partir de la historia clínica del paciente y del informe del Jefe de Servicio del COT, emitido el 13 de agosto de 2018, ante todo, ha de partirse de que se trata de dos procesos patológicos distintos, y de distinto origen, por lo que se trata de dos diagnósticos distintos, ambos correctos.

Así, la tendinitis de pata de ganso no tiene relación con la caída sufrida, sino que es secundaria a una patología degenerativa preexistente (artrosis fermoropatelar). La contusión/esguince y la microfractura, por no ser incompatibles estos dos diagnósticos, como se verá, sí son consecuencia de la caída y fueron adecuadamente diagnosticados y tratados:

1) Respecto del primer proceso, consecuencia de la caída, como se informa por el Coordinador de Urgencias del HUC (Dr. (...)) el 2 de agosto de 2018, el paciente fue visto 5 días después de sufrir contusión en rodilla derecha.

Tras la exploración física correspondiente, y las pruebas radiográficas, se llegó al diagnóstico de esguince del ligamento lateral interno de rodilla derecha, pautando reposo relativo y frío local, así como control por su médico en dos semanas.

El Dr. (...) deja claro en el informe que se efectuó un diagnóstico traumatológico de una patología que precisaba tratamiento y seguimiento clínico, no limitándose a practicar radiografía y a prescribir paracetamol, como se desprende de la reclamación inicial.

La radiografía de rodilla practicada fue rigurosamente normal, aclarando que en la cartera de servicios de urgencias no está la realización de resonancias magnéticas urgentes en casos de patología traumática leve que no modifique el tratamiento a efectuar.

Informa el Jefe de Servicio de COT del HUC (Dr. (...)), el 13 de agosto de 2018, que, tras ser tratado en urgencias, el paciente fue visto dos semanas después en el CAE y se solicita RMN (prueba de mayor sensibilidad diagnóstica que una radiografía) que se realiza el 6 de mayo de 2014, es decir, 12 días después de solicitarla.

En esta prueba de mayor sensibilidad diagnóstica, se observa microfisura en cóndilo externo y edemas en relación con la contusión.

Es atendido según cita disponible el 1 de junio de 2014 por especialista, fecha en la que consta ya que la microfisura ha cerrado.

Al respecto procede aclarar que no se trata de error de diagnóstico, pues, señala el coordinador de urgencias que el esguince inicialmente diagnosticado tras la radiografía es compatible con la microfisura diagnosticada con la resonancia. De hecho, se señala por el Jefe de Servicio de COT que el tratamiento de ambas patologías es el mismo: reposo y descarga de la articulación, por lo que el paso del tiempo entre un diagnóstico y otro no supuso perjuicio alguno.

Tal es así que, cuando el paciente es visto el 1 de julio de 2014, tras solicitud de cambio de médico, es atendido por el propio Jefe de Servicio de COT, el Dr. (...), que confirma la curación de la microfractura.

Hasta aquí se extienden las consecuencias de la caída que determinó la asistencia prestada al paciente.

2) Ahora bien, en la referida asistencia, el 1 de julio de 2014, habiendo pasado más de 8 semanas de la primera asistencia, y habiendo curado ya la microfisura, se descubre una tendinitis pata de ganso asociada a una artrosis femoropatelar que se manifiesta con dolor anterior de rodilla y dificultad por subir y bajar escaleras. Se infiltra en un par de ocasiones y se da de alta el 19 de agosto de 2014.

Diez meses después, el 4 de junio de 2015 acude por una recidiva de dolor en la zona, y se realizan pruebas que confirman la patología en fémur, tibia y rodilla. Como expone el SIP, consta en Historia clínica en fecha 12 de junio de 2015 «recidiva de gonalgia» y no evolución continuada del proceso que, según el reclamante, hubiera tardado en curar 3 años.

Se envía a Rehabilitación, donde, a falta de evolución favorable, se realizan infiltraciones, mejorando según consta en historia clínica el 21 de abril de 2107.

El reclamante parte de la idea de que la tendinitis fue consecuencia del accidente y que estaba presente en la fecha de valoración por el COT de 28 de abril de 2014 sin que se diagnosticara hasta el 1 de julio de 2014, lo que, según él, determinó que tardara en curarse 3 años.

No es cierto, a la vista de lo expuesto.

El informe del SIP expone que entre el 28 de abril de 2014 y la fecha de diagnóstico de la tendinitis, el 1 de julio del mismo año, en RMN se objetivó lesión resultante del accidente, la microfractura, además de condropatía rotuliana, pero las imágenes no sugieren la existencia de tendinitis pata de ganso, pues no aparecen signos de alteración engrosamiento/adelgazamiento tendinoso ni cambios asociados. Desde su diagnóstico, fue abordada con infiltraciones, causando alta por mejoría y persistencia de molestias ocasionales.

Explica el SIP que, frente a las manifestaciones clínicas propias de la tendinitis de la pata de ganso (dolor en la inserción de los músculos semimembranoso, semitendinoso, recto interno y sartorio en cara anteromedial proximal de la tibia especialmente al correr, subir y bajar escaleras o pendientes), el paciente, el 28 de abril, lo que presentó fueron maniobras meniscales positivas para internos, y el resto de las estructuras se describen dentro de la normalidad.

Desde su manifestación clínica y, por ende, su diagnóstico, como se indicó, fue tratado con infiltraciones, causando alta por mejoría y persistencia de molestias ocasionales el 19 de agosto de 2014.

Sin embargo, dado que la tendinitis pata de ganso es manifestación de una patología degenerativa de origen del paciente, es la responsable de que acudiera de nuevo con síntomas de aquélla 10 meses después del alta, siendo nuevamente tratado. Pero esta patología degenerativa no guarda relación con el accidente sufrido.

De hecho, en la historia clínica consta que el paciente acude por recidiva, lo que implica que ya se había curado, pero se reactivó, pues, teniendo un origen degenerativo, como señala el SIP, terminará en la «degeneración crónica local de los tendones afectados».

Por tanto, como informa el Dr. (...), no es cierto que la lesión tardara en curar tres años, sino que los síntomas tardaron en aliviarse desde el 10 de abril de 2014 que se produjo la caída, hasta que se dio el alta, síntomas de dos patologías distintas y correctamente diagnosticadas y tratadas.

4. Por todo lo argumentado, entendemos que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues, siendo conforme a la *lex artis ad hoc* la asistencia sanitaria prestada al paciente en todo momento, procede desestimar la pretensión resarcitoria presentada por él.

Y es que, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, presenta una serie de particularidades que hacen referencia a la *lex artis*; en este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la

ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 que «el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara que «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 con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo la desestimación de la reclamación efectuada.