



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 111/2020

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de mayo de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 112/2020 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los interesados no cuantifican la indemnización reclamada, pero de ser estimada, superaría los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de los reclamantes, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP], consistente en el fallecimiento de su compañera sentimental y madre, respectivamente, tal y como se acredita de la documentación que consta en el expediente.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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.

A la Secretaría 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 de este Servicio.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial, pues se presentó el 15 de junio de 2018, respecto de un hecho que tuvo lugar el día 23 de septiembre de 2017 (art. 67 LPACAP).

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

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

9. A la tramitación del procedimiento en que se ha aprobado el presente Dictamen, le ha resultado de aplicación el RD 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado RD, se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta la documentación médica obrante en el expediente, son los siguientes:

- El día 1 de agosto de 2017, la paciente de 48 años, accedió al Servicio de Hematología desde el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria (CHUNSC), remitida desde (...) y por su Médico de Familia por presentar plaquetopenia (disminución severa del número de plaquetas), en analíticas realizadas previamente. Además, se tenía constancia de que la misma había referido que, desde hacía 7 días aproximadamente, presentaba hematomas espontáneos y a mínimos roces, petequias (pequeños puntos rojos en la piel debido a sangrado capilar) que comenzaban en los miembros inferiores y se extendían a todo el cuerpo, hematomas en mucosa bucal y sangrado espontáneo de la misma, hematuria, sin melenas ni esputos hemoptoicos. Todo ello, junto con episodios de cervicalgia, desde dos semanas antes, por lo que había tomado ibuprofeno durante al menos 5 días (fármaco que ha tomado muchas veces antes) y presentaba también una infección del tracto urinario, desde hacía unos cinco días, por lo que había sido tratada con unos sobres antibióticos (fosfomicina).

Ese mismo día, a su ingreso en dicho Servicio, se le realizó analítica con hemograma, coagulación, bioquímica, serologías, proteinograma, frotis de sangre periférica, todo lo cual mostró que padecía pancitopenia severa (disminución de los tres tipos de células sanguíneas: glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas). También se

le efectuó aspirado de médula y se remitieron las muestras para estudio de Anatomía Patológica y para estudio citogenético y molecular.

- El día 4 de agosto de 2017, se inició tratamiento con corticoides y profilaxis de infecciones fúngicas (posaconazol) y el 8 de agosto de 2017 la biopsia de médula ósea mostró escasa representación de la celularidad hematopoyética habitual (menos del 20%), datos compatibles con el diagnóstico clínico de aplasia medular (muy severa). A la exploración presentaba hematomas extensos en extremidades. En respuesta a la analítica de control y clínica se transfundieron plaquetas y concentrado de hematies.

Al día siguiente fue preciso realizarle transfusión de plaquetas diaria, con premedicación. Además, ante la aplasia medular muy severa que presentaba, se le implantó catéter central (drum) por vía periférica y se inició tratamiento inmunosupresor con timoglobulina y globulina antitimocítica (CSA), previa aceptación por parte de la paciente.

- En un momento posterior, el día 10 de agosto de 2017, se constató que padecía neutropenia y trombopenia severa, continuándose con el tratamiento inmunosupresor y el soporte transfusional. El día 17 de agosto de 2017, la paciente dio positivo de sufrir infección por *Escherichia Coli* BLEE, la cual era sensible a la antibioterapia que se le estaba administrando desde el inicio de su ingreso en el CHUNSC.

Sin embargo, el día 24 de agosto de 2017 fue necesario suspender el tratamiento de antibioterapia con teicoplanina y posaconazol debido a la persistencia de hiperbilirrubinemia, pero se decidió continuar con el antibiótico meropenem, soporte transfusional y resto de tratamiento, incluido el necesario tratamiento inmunosupresor.

- Así mismo, el 5 de septiembre de 2017, se conocieron los resultados de los hemocultivos realizados en fechas previas, que fueron positivos a *Klebsiella pneumoniae*, que es sensible a la antibioterapia (meropenem) que se le estaba administrando, permaneciendo la paciente afebril hasta ese mismo momento.

Sin embargo, el día 14 de septiembre de 2017 fue preciso implantarle PICC, sin complicaciones y dado que mostró durante varios días con picos febriles, sin síntomas respiratorios, se decidió efectuarle Rx de Tórax de control que mostró consolidaciones (neumonía) en el campo medio pulmonar izquierdo y derecho, por lo que se le cambió el antibiótico teicoplanina por linezolid. Además, presentaba hiponatremia que no se corrigió con dieta rica en sal y restricción hídrica, por ello, se sospechó que padecía Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

(SIADH), motivo por el que se inició terapia específica con aportes de sodio y controles por Nefrología.

- El día 17 de septiembre de 2017, llevaba ya 40 días en tratamiento inmunosupresor en el contexto de aplasia medular muy grave, tratamiento que no había producido respuesta, además, padecía neutropenia prolongada y fiebre a pesar de antibioterapia que incluía anfotericin B, edematización progresiva en miembro inferior derecho hasta raíz de miembro y empeoramiento clínico, por lo que se le realizó Eco-Doppler venoso de miembros inferiores, descartando su resultado hematomas y signos de trombosis venosa profunda.

De esta misma manera, el día 20 de septiembre de 2017, permanecía sin respuesta a tratamiento inmunosupresor, con soporte transfusional y cobertura antibiótica completa y con tendencia a hemorragias y a infecciones por neutropenia y trombopenia severas y prolongadas, insuficiencia hepática sin etiología específica en los estudios realizados. Fiebre, infecciones múltiples, dificultad respiratoria e infiltrado pulmonar. Además el Servicio de Microbiología informó de estudio PCR (estudio molecular) positivo para virus Epstein Barr (VEB) y la Rx de Tórax de control realizada ese día, mostró neumonía bilateral, más extensa en pulmón derecho, sin derrame pleural. Por todo ello, fue valorada por el Servicio de Medicina Intensiva, que no la consideró candidata a intubación por su situación hematológica, pero se le mantuvo soporte con oxigenoterapia a alto flujo con mascarilla reservorio, y el Servicio de Neumología dada la hipoxemia severa que sufría decidió iniciar el soporte ventilatorio con CPAP, informándose a su familia de su gravedad

- Por último, el día 22 de septiembre de 2017, con los diagnósticos de aplasia medular muy grave, sin respuesta tras 45 días de tratamiento inmunosupresor, con tendencia a hemorragias y a infecciones múltiples (bacteriemias por E. Coli BLEE, y Klebsiella pneumoniae, infección por VEB, Pielonefritis, Neumonía bilateral con probable aspergilosis) por neutropenia y trombopenia severas y prolongadas, insuficiencia hepática progresiva, insuficiencia respiratoria sin mejoría, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), y dada su situación terminal y de sufrimiento, de acuerdo con la familia, se decidió retirarles antibioterapia y resto de medicación y se inició el tratamiento de sedación paliativa hasta su fallecimiento ocurrido un día después, el día 23 de septiembre de 2017.

2. En lo que se refiere al motivo de la reclamación efectuada por los interesados, en su escrito inicial se manifiesta al respecto que consideran que el

fallecimiento de su causante se debe exclusivamente a una actuación deficiente de los servicios sanitarios actuantes, que se concreta en que durante el tiempo que la fallecida estuvo ingresada en el CHUNSC no se adoptaron las medidas y precauciones, tanto con el personal médico, como con las visitas que se le realizaban a la paciente, necesarias para evitar que la misma, sometida a un tratamiento inmunosupresor, sufriera varias y graves infecciones, las cuales le causaron la muerte de forma prematura y evitable. Por ello, se reclama la correspondiente indemnización por el fallecimiento de la interesada.

III

1. El procedimiento comenzó el día 15 de junio de 2018, a través de la presentación de la reclamación efectuada por los interesados, acompañada de diversa documentación.

2. El día 18 de febrero de 2019, se dictó la Resolución núm. 408/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

3. El presente procedimiento cuenta con dos informes del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) y con los informes de los Servicios de Hematología y Hemoterapia y de Medicina Preventiva del CHUNSC; asimismo, se acordó la apertura de la fase probatoria, sin que se solicitara la práctica de prueba alguna, y se otorgó trámite de vista y audiencia en dos ocasiones, presentado en ambos momentos escrito de alegaciones.

Por último, el día 28 de febrero de 2020 se dictó la Propuesta de Resolución definitiva, habiendo vencido, como ya se ha señalado, el plazo resolutorio, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (art. 21 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, por considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Al respecto se afirma en dicha Propuesta de Resolución que la paciente no falleció porque no se tomaran las medidas de prevención oportunas o por un tratamiento inadecuado de sus patologías, sino por la aplasia medular muy grave, sin

respuesta al tratamiento ni a las medidas de soporte transfusional, que secundariamente condujeron a múltiples complicaciones relacionadas con su enfermedad de base, destacando hemorragias por trombopenia e infecciones debido a su neutropenia. Además, se añade que los cuidados dispensados en todo momento fueron los pautados a los distintos síntomas que iba presentando, según se desprende de la historia clínica, siendo la familia informada durante todo el proceso médico del diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico, sin que conste en la historia clínica ninguna queja acerca de estos cuidados que se le dispensaron a la paciente durante todo el tiempo que estuvo ingresada.

2. Los interesados, inicialmente, formularon la reclamación con un único objeto, el correspondiente a la falta de medidas de precaución con la que la fallecida fue tratada durante su ingreso en el CHUNSC; pero en su escrito de alegaciones, basándose en el informe pericial que presentaron junto con ellas, plantearon un segundo objeto, el relativo al diagnóstico tardío de la neumonía padecida por la paciente, pues se alega que desde el día 18 de agosto de 2017 al 1 de septiembre de 2017 no se le realizó ninguna Rx de tórax, lo que hubiera sido necesario para diagnosticarla correctamente y evitar su fallecimiento por tal motivo.

3. A la hora de resolver las dos cuestiones planteadas es preciso tener en cuenta previamente las características de la grave enfermedad que sufría la paciente y que dio lugar a su ingreso en el CHUNSC; en el informe del SIP se afirma al respecto que:

«2.- La AM es generalmente de origen autoinmune, en ella los linfocitos T ocasionan destrucción de la celularidad hematopoyética, es decir, los linfocitos T del propio paciente, activados o no por algún agente externo (mecanismo autoinmune), atacan el tejido hematopoyético (formador de la sangre) de la médula ósea. Como consecuencia de la agresión, se produce un descenso del tejido hematopoyético con el consiguiente déficit de producción de los componentes celulares de la sangre: glóbulos rojos (hematíes), glóbulos blancos (leucocitos) y plaquetas.

3.- La clínica deriva del déficit de los elementos formes de la sangre: el déficit de hematíes da lugar a un síndrome anémico (fatiga, taquicardia, palidez, edemas, cefalea, etc.), el déficit de plaquetas ocasiona hemorragias (cutáneas, mucosas, entre otras) y el déficit de leucocitos da lugar a infecciones bacterianas, virales, micóticas de distintas localizaciones; cualquier tipo de microorganismo puede causar la infección, y éstos pueden provenir del entorno hospitalario (llamadas nosocomiales), de la flora endógena y/o de la activación de organismos en estado latente en el propio paciente, como por ejemplo, los

virus del herpes humano. Todo ello da lugar a múltiples complicaciones, e incluso, el exitus del paciente».

4. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, cabe señalar en lo que a la primera de las dos cuestiones planteadas se refiere, la falta de medidas de precaución, que en el informe del SIP, con base en los informes de los Servicios sanitarios y los protocolos de actuación hospitalarios incluidos en el expediente remitido a este Organismo, se ha afirmado que:

«8.- La paciente estaba ubicada en zona de habitación aislada, las precauciones adicionales indican que las personas que entren en la habitación, como el personal involucrado en el cuidado, así como familiares y visitantes tienen que seguir unas normas, como son la higiene de manos antes y después de entrar en la habitación, así como el uso de medidas barrera (bata, guantes, mascarilla, o los que estén indicados).

9.- Como se ha visto a lo largo de la historia clínica las pruebas complementarias realizadas a la paciente fuera de su habitación, por motivos técnicos, eran vitales para su manejo clínico. Tal como se recoge en los protocolos y en el informe del Servicio de Medicina Preventiva, las medidas de precaución por contacto no recomiendan que la paciente, en sus necesarios traslados ni en su propia habitación, porte mascarilla quirúrgica, guantes, ni bata desechables. Su uso está indicado para las personas que entren en su habitación (personal sanitario, familiares/amigos), como así lo recuerdan las señales colocadas a ese efecto en la puerta de la habitación.

10.- Asimismo, en presencia de infecciones por microorganismos resistentes, tal como se informa en los protocolos, se siguen unas medidas de limpieza y desinfección específicas, a lo que se añade una medida instaurada por el propio Servicio de Medicina Preventiva, que es que la limpieza de estas habitaciones se realice al final de todas, para evitar que el microorganismo aislado en la paciente se difunda desde ella hacia otros pacientes.

11.- Según el propio Servicio de Medicina Preventiva, la planta de Hematología, (en la que hay muchos pacientes inmunodeprimidos) no presenta un número elevado de infecciones nosocomiales multirresistentes, argumento válido que nos permite plantear que los protocolos que se siguen son adecuados al manejo de estos pacientes.

12.- A pesar de la medidas de prevención tomadas, de acuerdo con los protocolos, la paciente que estaba diagnosticada de aplasia medular muy grave, que no respondió al tratamiento indicado en estos casos, ni a las medidas de soporte transfusional debido a la refractariedad plaquetaria, hizo múltiples complicaciones relacionadas con su enfermedad de base, y finalmente fallece».

Pues bien, los interesados no han aportado prueba alguna que permita acreditar que no se cumplieron con la paciente todas las medidas higiénicas de precaución precisas para evitar, en la medida de lo posible y con todos los medios alcance del

SCS, que la misma sufriera infecciones, ello sin olvidar que desde un primer momento se le instauró un tratamiento de antibioterapia con carácter preventivo, sin perjuicio del resto de tratamientos similares que se le fueron instaurando a medida que fue necesario.

El informe médico-pericial está basado solo en lo que los propios reclamantes le indicaron sobre tal cuestión al perito, sin que conste comprobación directa en el mismo del estado de las instalaciones hospitalarias o del tipo de medida que en ellas se emplea, y también dicho perito tuvo en cuenta el historial clínico, del que, en modo alguno, se pueda considerar que ha habido, en lo que a esta cuestión se refiere, un mal funcionamiento de los servicios sanitarios. Además, tampoco consta que los familiares de la paciente hubieran presentado queja alguna durante su ingreso por este motivo.

5. En lo que se refiere a la segunda de las cuestiones planteadas, la relativa al tratamiento y pruebas diagnósticas efectuadas en relación con la neumonía que la paciente sufrió, consta en el historial médico y se refleja en el informe del SIP que desde su ingreso la paciente fue sometida a tratamiento de antibioterapia con carácter preventivo, como ya se refirió, que a medida que fueron surgiendo las distintas infecciones, que sufrió como derivación inevitable de su propia patología hematológica y no de un mal funcionamiento del Servicio, se fue pautando distintos tratamientos de antibioterapia, acordes con cada tipo de infección, que solo fueron retirados provisionalmente, cuando la paciente presentó graves hiperbilirrubinemia e hipertransaminasemia, derivadas de dichos tratamientos.

Además, consta también en el expediente que se le fueron haciendo las distintas y precisas pruebas diagnósticas a lo largo del proceso, incluidas TAC y RX torácicas tanto de control rutinario, como las que fueron necesarias según los síntomas que iba presentando la paciente.

Así mismo, tras las correspondiente pruebas y hemocultivos, fue el día 5 de septiembre de 2017 cuando se determinó que sufría una nueva infección por *Klebsiella pneumoniae*, aplicándosele de inmediato el tratamiento farmacológico preciso. El día 11 de septiembre de 2017 se le realizó un TAC-AR (de alta resolución) torácico, pero durante este tiempo no presentó síntomas respiratorios que indicaran la necesidad de realizarle pruebas que no fueran de control y tampoco los presentó el día 14 de septiembre, cuando se le efectuó una nueva Rx de Tórax de control que mostró consolidaciones (neumonía) en el campo medio pulmonar izquierdo y

derecho, por lo que se le cambió el antibiótico teicoplanina por linezolid. Posteriormente, el día 20 de septiembre, cuando se le realizó una nueva Rx de control, seguía sin presentar signos respiratorios que indicaran la necesidad de intubarla, pero sí de mantenerle la oxigenoterapia, que ya se le venía aplicando.

A mayor abundamiento, en el segundo informe del SIP se afirma en relación con esta cuestión que *«Asimismo, desde el día 04/08/17, se inicia tratamiento con profilaxis de infecciones fúngicas (posaconazol), es decir que desde muy temprano se tuvo en cuenta que la paciente era susceptible de padecer una infección o neumonía por hongos, entre los cuales está el galactomanano, por lo que no se puede decir que la paciente no estuviera adecuadamente tratada, a lo que se añade que dicho tratamiento con antifúngico, cualquiera que fuera este, hubo de ser retirado debido a la persistencia de hiperbilirrubinemia persistente en probable relación con toxicidad medicamentosa, condición esta que no tiene ningún vínculo con las radiografías de tórax realizadas durante el período al que reclamante hace referencia, las cuales, además fueron múltiples, durante su proceso evolutivo, proceso en el que siempre se administraron los antibióticos de amplio espectro, acordes a las infecciones padecidas, y siempre que su estado lo permitió se incluyó antifúngicos en su tratamiento».*

Por último, procede manifestar que tampoco los interesados han presentado prueba alguna que permita considerar demostrada la realidad de sus alegaciones relativas a esta cuestión, máxime, cuando el informe médico-pericial está basado en el historial clínico, que como se ha expuesto, prueba por sí mismo el buen funcionamiento de los servicios sanitarios.

6. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 17/2020, de 16 de enero, se señala siguiendo la doctrina reiterada y constante de este Organismo en la materia, que:

«4. También hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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)», doctrina que resulta aplicable en virtud de lo manifestado anteriormente acerca de la prueba de las alegaciones realizadas por los interesados.

7. En el Dictamen ya referido también se señala acerca de la obligación de medios que le es propia a la Administración sanitaria que:

«3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la lex artis como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la lex artis, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos

inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la lex artis determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)».

En este caso, aplicando esta doctrina, cabe afirmar que el SCS en todo momento cumplió con su obligación de medios, poniendo a disposición de la paciente todos los medios personales y materiales con los que contaba en ese momento, siempre adecuados a su grave patología hematológica, que fue la causante, de forma inevitable, de su fallecimiento, como se ha demostrado suficientemente.

8. Por tanto, los interesados no han demostrado la existencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del servicio y el daño sufrido por la paciente.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, objeto de este Dictamen, que desestima la reclamación, es conforme a Derecho en virtud de lo razonado en el Fundamento IV.