



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 5 4 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de abril de 2021.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 121/2021 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

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. La solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada por la interesada que asciende a 42.793,96 euros, cantidad superior a 6.000 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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. Marrero Sánchez.

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 (...), al haber sufrido presuntamente daños como consecuencia de la actuación sanitaria dispensada por el SCS [art. 4.1.a) LPACAP], actuando mediante representante debidamente acreditado conforme al art. 5.1 LPACAP.

4. 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.

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

6. 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 prestada por el Servicio Canario de la Salud.

7. 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. Y es que la reclamación se interpuso el día 8 de mayo de 2019 por unos hechos acontecidos el día 12 de enero de 2019.

II

1. En cuanto al acontecer del hecho lesivo, la interesada manifiesta en su escrito de reclamación que, el día 12 de enero de 2019 acudió al Servicio de Urgencias de (...) por presentar hematomas generalizados en extremidades y tronco, motivo por el que se le diagnosticó exceso de anticoagulante y se le remitió al Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde fue tratada de tal dolencia, permaneciendo un día ingresada.

La interesada considera que ha habido un mal funcionamiento del Servicio de Hematología del HUC, que es el encargado del tratamiento con anticoagulantes que

requiere la misma por sus dolencias, prescribiéndole una cantidad inadecuada de tales medicamentos, lo que le causó no solo tales hematomas, sino también desorientación e imposibilidad para el desarrollo de sus actividades cotidianas, ello sin perjuicio del daño moral que ha supuesto el riesgo para su salud derivado de tal mala praxis. Por todo ello, reclama una indemnización total de 42.793,96 euros.

2. En el presente asunto, es preciso completar los antecedentes de hecho con lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), en el que se afirma lo siguiente:

«1.- La paciente de 85 años, cuenta, entre otros, con antecedentes de Cirrosis hepática secundaria a virus hepatitis C, de larga data, sin descompensación, y anemia tratada con hierro. Independiente para actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo moderado.

Vive con su hija, pasa temporadas en Barcelona con otros familiares. Ictus isquémico, Hipertensión arterial, Fibrilación auricular (FA) permanente. Ingreso en el CHUC, del 6/12/18 al 17/12/18 por Neumonía derecha, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida secundaria e Insuficiencia cardíaca secundaria. Tratamiento habitual: anticoagulante oral sintrom, enalapril, bisoprolol, furosemida, amiodarona, alopurinol, memantina, paracetamol, omeprazol, inhaladores: spriva y symbicort.

2.- En fecha 12/01/19 acudió al Servicio de Urgencias del HHB por disnea (dificultad respiratoria), tos productiva, debilidad y hematomas.

3.- A la exploración está consciente, orientada, sin déficit motor. Afebril, hidratada, eupneica (sin dificultad respiratoria), signos vitales normales, buena saturación de oxígeno. Palidez cutáneo mucosa y presencia de hematomas en extremidades. La auscultación cardíaca se describe normal y en la pulmonar presenta estertores (ruidos) húmedos basales derechos y roncos difusos. El abdomen se describe normal. Miembros sin edemas, con buena movilidad y motilidad.

4.- La analítica de control realizada muestra anemia: hemoglobina 7.6 g/dl, y el estudio de coagulación refleja un INR mayor de 8.0, resto de la analítica no muestra hallazgos significativos. La Rx de tórax describe discreta congestión bronquial.*

*5.- *La Relación normalizada internacional o INR es una forma de estandarizar los cambios obtenidos a través del tiempo de protrombina (rapidez con la se coagula la sangre), usada principalmente para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento anticoagulante. En individuos que no toman anticoagulantes se considera un INR normal cuando este es entre 0.70 y 1.20 (según la referencia del laboratorio). Los valores recomendados del INR para*

pacientes con FA, en tratamiento con anticoagulantes orales es de 2 a 3, con margen de seguridad hasta 4,5.

6.- Dado el resultado del estudio de coagulación se le administra Konakion (vitamina K1), tratamiento de elección para la prevención y tratamiento de la hipoprotrombinemia y por tanto de hemorragias por sobreanticoagulación por sintrom (acenocumarol).

7.- Con el diagnóstico de Efecto adverso de anticoagulante, sobreanticoagulación, con hematomas y Síndrome anémico agudo, es derivada al Hospital de referencia, el CHUC para continuar tratamiento.

8.- Ya hospitalizada en el Servicio de Urgencias del CHUC (20:43h), presenta a la exploración buen estado general, consciente, alerta y colaboradora. Afebril, signos vitales y saturación de oxígeno son normales.

9.- Se le realizan analíticas de control, que reflejan INR normalizado, hasta valores de 1.17 (hasta valores considerados normales en individuos que no toman anticoagulantes), es decir la vitamina K, que funciona como antídoto del sintrom, con efecto en 3-5 horas, ha revertido el exceso de anticoagulación. Por otra parte, la anemia es tratada con dos concentrados de hematíes, con una recuperación de la hemoglobina de 10.9 g/dl, según analítica de control realizada. Dada la buena evolución de la paciente, es dada de alta hospitalaria al día siguiente de su ingreso (13/01/19) para seguir con sus controles habituales ambulatorios, con interrupción de anticoagulación hasta nuevo control de hematología, programado para el 18/01/19.

10.- En fecha 18/01/19, en su control de Hematología, presenta un INR de 1.0 (normal), pero teniendo en cuenta los antecedentes de hematomas se prescribe tratamiento con anticoagulantes distintos de sintrom.

11.- Posteriormente sigue con sus controles habituales para sus dolencias crónicas, sin relación con la anticoagulación».

III

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 8 de mayo de 2019.

El día 22 de julio de 2019, se dictó la Resolución núm. 1.812/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP y el informe del Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUC.

Asimismo, se acordó la apertura del periodo probatorio, solicitando el representante de la interesada que el Dr. (...) ratifique o, en su caso, aclare o amplíe

el parte de urgencias del HUC, inadmitiéndose dicha prueba, manifestándose por el órgano instructor que *«Inadmitir la ratificación del parte de urgencias del Dr. (...), de 12 de enero de 2018, toda vez que se considera innecesaria ya que forma parte de la historia clínica y no se cuestiona, ni es objeto de reclamación, sino las actuaciones previas que, presuntamente, provocaron el exceso de anticoagulación. Sobre este hecho ya consta informe preceptivo, emitido por el Jefe de Servicio de Hemología y Hemoterapia del HUC»*, lo cual es del todo cierto, siendo innecesaria tal prueba no sólo porque la Administración no cuestiona el contenido de dicho parte, sino porque los hechos objeto de la reclamación versan, esencialmente, sobre la posible inadecuación de la medicación prescrita con anterioridad a tal ingreso, materia sobre lo que se pronuncia de forma exhaustiva el Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUC.

3. Además, se les otorgó a los interesados el trámite de vista y audiencia, formulando alegaciones.

Por último, el día 23 de febrero de 2021 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, de sentido desestimatorio.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, pues el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo.

Al respecto se afirma en dicha Propuesta que *«Por lo que, es la propia paciente la que incumple las pautas de control aconsejadas por el Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUC, dado que no acude a consulta de control cuando su medicación cambia, lo que pone en riesgo su salud. Ello rompe el nexo causal imprescindible para el*

reconocimiento de responsabilidad patrimonial. Por lo que, estando acreditada la actuación del SCS conforme a la lex artis y no existiendo daño antijurídico indemnizable».

2. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

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 (recurso de casación n.º 89/2008) *«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, que declara:

«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, por tanto, 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.

3. A la hora de entrar en el fondo del asunto, es preciso tener en cuenta, en primer lugar, las consideraciones que obran en el informe del SIP acerca de los motivos que dieron lugar a que fuera necesario tratar a la interesada con anticoagulantes, señalándose al respecto de su insuficiencia cardíaca lo siguiente:

«La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente. El riesgo de padecerla aumenta con la edad, afectando al 8% de los mayores de 80 años.

2.- La morbilidad y mortalidad asociada a la FA están relacionadas principalmente con el accidente cerebrovascular isquémico (ictus cerebral isquémico) y el tromboembolismo. Se conoce que la FA aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), atribuyéndose 1 de cada 5 ACV a esta arritmia, también incrementa el riesgo de demencia, insuficiencia cardíaca y la mortalidad.

3.- Dado el elevado riesgo de morbimortalidad asociado a FA, en los pacientes afectos está indicada la terapia con anticoagulación oral como lo es el sintrom (acenocumarol) para la prevención de complicaciones tromboembólicas», quedando acreditado con ello que los padecimientos cardíacos previos que sufre la interesada requieren del correspondiente tratamiento farmacológico anticoagulante, lo que implica que el pautarle tal medicación estaba clínicamente indicado.

4. En segundo lugar, acerca de las características de la medicación anticoagulante que se le prescribió, se afirma en el informe del SIP que:

«El Sintrom (acenocumarol) es un anticoagulante oral (AcO) del grupo de las cumarinas. Tiene dos efectos farmacológicos: anticoagulación y acción antitrombótica. Las cumarinas actúan inhibiendo la biosíntesis hepática de nuevos factores de coagulación vitamina K dependientes.

5.- Las dosis diarias del fármaco, varían según las necesidades de cada paciente, existiendo una variabilidad individual que depende de factores como la edad, enfermedades y tratamientos concomitantes, hábitos, etc. Por ello, si bien la terapia con acenocumarol, está justificada en procesos protrombóticos como lo es la FA, el estrecho margen terapéutico de este tratamiento, con una dosis terapéutica muy cercana a la dosis tóxica, requiere controles y ajuste de dosis periódicos, realizados en función de objetivo del INR, establecido según el problema de salud, con un margen de seguridad del INR entre 2 y 4,5.

6.- Tal como refleja la ficha técnica del producto, los pacientes de edad avanzada requieren un control más estrecho. De igual forma, debe tenerse especial precaución en paciente con insuficiencia hepática, medicación concomitante y las situaciones de infección/inflamación, situaciones estas que pueden producir alteraciones en el metabolismo del acenocumarol.

Asimismo, una dosis distinta de la necesaria, ya sea por la variabilidad individual o porque el paciente tome mayor o menor dosis de la pautada, puede no proteger de trombosis o embolias, si la dosis es inferior, o provocar reacciones adversas, si es superior, siendo las más frecuentes: hemorragias, con presencia de hemorragia cutánea, hematomas (acumulación de sangre bajo la piel o en otros órganos), sangrado en la orina, gastrointestinal o en otras zonas.

7.- Por estos motivos, tal y como consta en el informe del Servicio de Hematología, en la consulta de control del tratamiento anticoagulante oral (CCAO) del CHUC, se realiza formación a los pacientes, que conocen, la necesidad de informar al personal de la CCAO, de enfermedades subyacentes, infecciones, nuevos tratamientos o cambios en las dosis, así como intervenciones o procedimientos invasivos a los que van a ser sometidos, con el objetivo de ajustar el tratamiento y realizar el control del tratamiento anticoagulante con la frecuencia óptima en cada caso y situación concreta. Esto incluye la obligación de realizarse controles extra a los 5-7 días de los cambios en su tratamiento habitual, información y recomendaciones que le son facilitadas al paciente en la consulta de inicio del tratamiento con anticoagulante oral».

De lo anteriormente expuesto resulta que, por las características propias de esta medicación, es preciso realizar periódicamente controles, que son especialmente necesarios en pacientes con la edad y patologías de la interesada. Igualmente, se

pone de manifiesto que, a todos los pacientes del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUC a los que se le administran anticoagulantes, no solo se les informa de los riesgos que entraña esta medicación, sino que, además, se les informa acerca de la necesidad de someterse a controles regulares, constanding esta información en la documentación relativa a las recomendaciones que se les facilita a todos los pacientes, incluida la interesada (documentación obrante en las páginas 81 y ss. del expediente remitido a este Organismo, siendo especialmente relevante la recomendación 10), hecho este que no ha negado la interesada en ningún momento.

5. Además de todo ello, en el informe del Servicio se señala, en relación con el supuesto planteado, que:

«4.- La paciente (...) ha iniciado controles en nuestro servicio de manera regular desde julio de 2017, por diagnóstico de fibrilación auricular y accidente cerebrovascular en 2015, momento en el que inició anticoagulación en Barcelona. Entre el 24 de septiembre de 2018 y el 7 de diciembre de 2018 no se realizó controles en nuestro centro debido a que se encontraba fuera la isla, realizándolos en otro centro. En esa fecha ingresa en el Hospital del Norte por una neumonía neumocócica y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, constanding ya como "antecedentes personales" deterioro cognitivo mixto (vascular y neurodegenerativo).

Permanece ingresada del 6 de diciembre al 17 de diciembre. El día 14 de diciembre, 3 días antes del alta, el INR está dentro de rango (2,3), por lo que se realiza calendario de tratamiento ajustado a esa cifra. Doña J. es dada de alta con cambios de tratamiento, entre el que destaca el inicio de amiodarona, un conocido potenciador del efecto anticoagulante del Sintrom (ficha técnica sección 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción), cuyo efecto es sumatorio al de otros fármacos potenciadores iniciados durante el ingreso, como la prednisona que mantuvo dos días tras el alta, y el paracetamol y alopurinol que ya tomaba de manera habitual. A pesar de estos cambios de tratamiento, la paciente no acude a realizarse un control "extra", tal y como se especifica en nuestras normas (punto 10 del anexo "Recomendaciones para el paciente con tratamiento anticoagulante oral", que se entrega a los pacientes en la visita de inicio de anticoagulación oral), para valorar la posibilidad de que la nueva medicación interfiera en su tratamiento anticoagulante.

5.- La paciente el 12 de enero acude a Urgencias de (...) dónde tenía (según consta en informe) disnea, tos productiva, hematomas en extremidades, miembros con buena movilidad y motilidad. El INR era superior a 8, le administran una ampolla de vitamina K y derivan al HUC por una anemia que requiere transfusión. A la llegada al HUC se le hace un análisis en el que el INR era de 1,8 y al alta (13-1-19) el INR era de 1,1. El 18-1-19 el INR era

1,0 y por los antecedentes de hematomas se decide tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular. En ninguna de las valoraciones médicas consta que esos hematomas discapacitasen a la paciente».

Este informe prueba suficientemente que cuando se produjo un cambio en las condiciones médicas de la interesada, se procedió de inmediato a variar el tratamiento con anticoagulantes, prescribiéndole una nueva medicación de dicha tipología, diferente y adecuada a las nuevas condiciones, lo cual conllevaba la necesidad de someter a la interesada a un control extraordinario por si era preciso ajustar la dosis inicial, control al cual no acudió la interesada de forma voluntaria, decisión ésta ajena al Servicio que, además, supuso la imposibilidad de ajustar tal dosis por los médicos que la trataban para evitar la aparición de hematomas, debiendo asumir la interesada las consecuencias de su decisión, entre las que se halla el exceso de anticoagulante, únicamente achacable a dicha falta de control extraordinario e inmediato al inicio del nuevo y también adecuado tratamiento farmacológico con anticoagulantes.

6. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante en multitud de sus Dictámenes (por todos, el reciente Dictamen 112/2021, de 9 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 LRJSP-, 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

7. Esta doctrina resulta ser aplicable al presente asunto, en el que la interesada no ha logrado acreditar un mal funcionamiento del Servicio derivado de un tratamiento farmacológico inadecuado, pues, por el contrario, se ha probado por parte del SCS que el tratamiento era el adecuado y necesario para tratar la grave dolencia cardíaca de la paciente, prescrito inicialmente con una dosis correcta y que no se pudo ajustar el nuevo tratamiento que fue necesario recetarle, al no acudir la interesada al debido control extraordinario.

Además, tampoco ha logrado demostrar la interesada los daños que alega, es decir, no ha acreditado que los hematomas que padeció a causa de los anticoagulantes y que fueron tratados debidamente por el SCS causarían la posterior incapacidad que alega.

Por todo ello, este Consejo entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, toda vez que, de un lado, no se ha acreditado la existencia de un daño antijurídico; y de otro, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios que se consideraron necesarios para detectar y tratar su patología; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.