



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 29 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 181/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad mediante oficio de 26 de marzo de 2021 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 29 de marzo de 2021), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante no cuantifica la indemnización que solicita pero, de la naturaleza de lo reclamado se presume que, de estimarse, la cuantía será superior a seis mil euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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; 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 la interesada, al haber sufrido presuntamente daños como consecuencia de la actuación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud [art. 4.1.a) LPACAP].

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 la 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 la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado 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, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. La paciente reclama el 24 de julio de 2019 por unos hechos que ocurren en mayo de 2019.

7. 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) que al hacerlo no queda vinculada al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente alega, en síntesis, en su escrito de reclamación:

Que acudió el 9 de mayo de 2019 al Hospital Insular *«que le dio un ictus»* llegó con la boca desviada y el lado izquierdo sin movilidad y que bajo el diagnóstico de ansiedad la remitieron a su domicilio.

Que nuevamente acudió el día siguiente, 10 de mayo, por el mismo motivo, le hicieron un scanner *«me mandaron diazepam»* y el alta.

Que el día 14 acude nuevamente al hospital remitida por su médico a fin de ser examinada por especialista en neurología quien tras examinarla la dejó ingresada. Refiere que tiene *«tres lesiones cerebrales y quiste»*. Añade que tiene tres hijos y que está acudiendo a rehabilitación, solicitando una indemnización por la negligencia médica.

Junto con el escrito de solicitud acompaña copia de reclamación en el ámbito sanitario fechada el 19 de mayo, en la que manifiesta que cuando estuvo ingresada no le hicieron resonancia magnética porque se encontraba rota *«van los graves al hospital (...) haciéndome esperar varios días (...) Si me hubiesen atendido el día 9/5/19 no hubiese tenido las secuelas que tengo a día de hoy»*.

La reclamante no ha cuantificado la indemnización que solicita.

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1.1. El 24 de julio de 2019 se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial por (...).

1.2. Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud de 25 de octubre de 2019, se admite a trámite la reclamación y se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, a la vista de la historia clínica de la interesada y de los informes preceptivos correspondientes, emita informe. Dicha Resolución se notifica a la interesada con fecha 12 de noviembre de 2019.

1.3. El 8 de junio de 2020, el SIP emite informe, con la siguiente relación de hechos:

«A.- La reclamante, mujer de 34 años, el día 9 de mayo de 2019 a las 16:55 h acude al servicio de urgencias del CHUIMI por presentar durante una discusión, debilidad en extremidades izquierdas. No alteración del habla. No alteración del nivel de consciencia. No fiebre. Exploración neurológica: lenguaje, comprensión y expresión normales; fuerza 4+/5 en miembros izquierdos, sensibilidad y marcha normales; PICNR; No afectación de pares craneales; No rigidez de nuca.

Ante una situación de estabilidad y exploración sin hallazgos patológicos se decide alta con el diagnóstico crisis de ansiedad.

B.- Al día siguiente 10 de mayo, sobre las 12:00 horas acude de nuevo al Servicio de Urgencias, por la misma sintomatología de debilidad. Tras exploración y valoración se solicita TAC craneal que no mostró alteraciones; ni sangrado, ni isquemia, masas, ni lesiones óseas.

Durante su estancia tras varias reevaluaciones y exámenes neurológicos, con TAC cerebral normal se descarta patología orgánica, impresiona funcional.

Siendo el objeto de la reclamación un supuesto error diagnóstico exponiendo la reclamante que “ (...) el día 9 de mayo de 2019 me dio un ictus y me lo dieron por crisis de ansiedad (...) ” rechazamos tal afirmación.

C.- El 14 de mayo de 2019, 14:28 h, nuevamente en el Servicio de Urgencias, y ante la persistencia de los síntomas se decide ingreso en Neurología. Se practican pruebas y determinaciones analíticas que no muestran alteración.

En exploración física presenta desviación de comisura bucal hacia la izquierda fluctuante, debilidad en extremidades izquierda variable e hemihipoestesia de características no orgánicas. Test Hoover positivo (facilita el diagnóstico diferencial cuando se sospecha un componente psicógeno o cuando los datos obtenidos en la exploración no concuerdan con las molestias expresadas. Si es positivo resulta incongruencia es decir un síntoma imposible, como en este caso)

En Resonancia Magnética cerebral de 16.05.19 no existen hallazgos relevantes:

“No se observan lesiones isquémicas ni hemorrágicas intra ni extraaxiales. En la secuencia susceptibilidad magnética no se identifican depósitos de hemosiderina en relación con microsangrados. Buena diferenciación entre la sustancia gris y la sustancia blanca Sistema ventricular de tamaño y morfología dentro de la normalidad. Línea media centrada y cisternas basales perimesencefálicas permeables. Se visualizan dos lesiones milimétricas hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR, en ambas cápsulas externas, de carácter inespecífico. No se identifican áreas con restricción de la difusión ni captaciones patológicas tras la

administración de gadolinio endovenoso. Quiste pineal parcialmente calcificado, de 10 mm de diámetro. Resto del estudio sin hallazgos relevantes.

Impresión diagnóstica: No se observan signos sugestivos de lesión isquémica aguda ni de enfermedad desmielinizante en la actualidad. Quiste pineal parcialmente calcificado de 10 mm".

Persisten signos incongruentes con fluctuaciones, como refieren las anotaciones de Neurología: " (...) A la Exploración física se observan datos que sugieren origen no orgánico: la desviación de la comisura bucal no es constante, y se modifica durante la exploración con el lenguaje y con maniobras distractoras y de estimulación, claudican los miembros izquierdos sin pronación, y al explorar por grupos musculares la contrarresistencia que hace es variable, adaptándose a la que yo le ofrezco. En las pruebas de disimetría apendicular no alcanza la meta, tocando de forma sistemática zonas cercanas (ejemplo no llega la nariz, siempre al labio superior) y además no realiza el movimiento oscilatorio (...)".

Se cursa el alta hospitalaria el 20.05.19 con el diagnóstico de SDr. Sensitivo-motor izquierdo de características no orgánicas. Se recomienda valoración por la Unidad de Salud Mental y seguimiento ambulatorio por Neurología.

Trastornos neurológicos funcionales es el nombre dado a los síntomas que parecen ser causados por problemas en el sistema nervioso, pero que no son causados por una enfermedad neurológica orgánica/física. No es un trastorno estructural, es funcional. Son síntomas de difícil localización, fluctuantes, acompañados de sensación de cansancio intenso o debilidad, a veces relacionado con situaciones de estrés, que se modifican con maniobras de distracción.

D.- El 18.07.19 es valorada por psiquiatría emitiendo el diagnóstico: Trastorno mixto ansioso-depresivo en personalidad obsesiva con predominio de características ansioso-fóbico-evitativas. Se pauta tratamiento.

E.- 26 de julio de 2019, desde Neurología se remite a consulta monográfica de Esclerosis múltiple. Ello a fin de continuar estudios que puedan advertir una causa orgánica.

F.- 19.09.19: Aproximadamente 15:00 h. Nueva atención en el Servicio de Urgencias por pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo desde hace varios días:

Se practica nuevamente TAC cerebral sin y con contraste comparando estudios previos resultando sin hallazgos patológicos: "Se compara con TC previo del día 10/05/2019. Se revisa RM del día 20-05-2019. No se observan lesiones ocupantes de espacio ni áreas de realce patológico que sugieran la presencia de patología neoplásica o inflamatoria. No se identifican hemorragias intra ni extraaxiales. No se objetivan signos de lesión isquémica aguda ni crónica. Diferenciación sustancia gris-sustancia blanca dentro de la normalidad. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. No se identifican lesiones óseas".

A la exploración neurológica, presenta una exploración inconsistente con dato incongruente (asimetría facial inferior derecha), esto es discordancia clínico- exploratoria.

Se trata de paciente clínica y hemodinámicamente estable durante su estancia en Urgencias, con diagnóstico de Trastorno Sensitivo-motor izquierdo de características no orgánicas con estudio de neuroimagen normal. Se cursa alta el día 20.09.19, alrededor de las 10:00 horas.

G.- Consulta de Neurología 23.09.19. Se reevalúa a la paciente y con el Juicio diagnóstico: Paresia facial central derecha no neurógena. Déficit sensitivo hemicorporal izquierdo. Dolores múltiples, se solicita:

-Analítica con autoinmunidad, anticoagulante lúpico y Ac anti-cardiolipina y serologías. Realizadas las determinaciones el 30.09.19, se descarta trombofilias y NO se objetivó alteración alguna: Ac anticardiolipinas negativo, B2glicoproteínas negativo, Factor V Leiden neg, Ac lúpico neg, fólico normal, B12 normal, glucemia normal, creatinina normal, lip normal y transaminasas normales

- Resonancia Magnética cráneo-cervical de control. Realizadas el 23.10.19 en el Hospital (...), NO mostraron alteraciones significativas.

RMN cerebral: Se observan 2 lesiones focales puntiformes hiperintensas a nivel de sustancia blanca subcortical temporal bilateral que sugieran zonas de gliosis residual. Resto del parénquima cerebral y cerebeloso con morfología y señal de RM conservada. Troncoencéfalo sin evidencia de lesiones significativas. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal, centrado en línea media. No hay signos de sangrado y no se identifica malformación vascular ni patología ocupante de espacio. Cisternas de la base libres. No hay malformación de base de cráneo. Flujo en senos venosos, tronco basilar y arterias carótidas internas. No se observan captaciones patológicas del contraste.*

Conclusión: Se observan 2 lesiones focales hiperintensas en secuencias T2 a nivel subcortical temporal bilateral que no presentan signos de actividad ni captación de contraste endovenoso que sugerirían áreas glióticas residuales.*

Resto del estudio de RM craneal dentro de los límites de la normalidad.

RMN cervical: Discreta rectificación de la lordosis cervical fisiológica, sin otros hallazgos patológicos significativos. No evidencia de lesiones a nivel del cordón medular.

Conclusión: Sin hallazgos patológicos. No patología desmielinizante.

**La descripción radiológica en RM de gliosis inespecífica no indica necesariamente un proceso patológico. Podría corresponder a un proceso neurodegenerativo desmielinizante, si bien en este caso NO presenta criterios de Esclerosis múltiple.*

H.- 28.10.19: Atención en Servicio de Urgencias del CHUIMI por sobreingesta medicamentosa (5 comp de diazepam 5 mg + 10 comp de sertralina de 50 mg) con ideación

autolítica. Consta en la H^aC^a "Según refiere está teniendo problemas económicos y de adaptación a su actual situación física. En este contexto tras una noticia que le generó elevado nivel de angustia (le rechazaron las ayudas para material escolar) realiza sobreingesta con finalidad autolítica. Escribe a su pareja y es la propia paciente quien pide a su hijo mayor que llame a unos vecinos al encontrarse mal. Realiza en todo momento crítica de lo sucedido (...)".

Tras evaluación psiquiátrica y estabilidad se cursa el alta.

I.- Interconsulta con Reumatología. Realizada el 19 noviembre de 2019. Por los resultados obtenidos se descarta causa autoinmune sistémica.

J.- El 15 de enero de 2020, acude al CHUIMI Servicio de Urgencias:

"Mujer de 34 años que hoy 15.01.19 sobre las 13:30 horas notó cuadro de desviación de la comisura bucal, que desde mayo a ahora le ha pasado 3 veces, pero hoy también notó menos fuerza en extremidades izquierdas como en alguna ocasión anterior".

Se realiza Tac cerebral: Se compara con estudios de TC previos del 19-9-2019, 10-05-2019 y RM del 20-05-2019. Sin signos de isquemia ni hemorragia aguda en la actualidad. Resto del estudio sin cambios respecto a los previos.

Se realiza analítica y EKG sin alteraciones. Se recomienda seguimiento en consultas externas de Neurología.

K.- Cuando es citada en Neurología, el 3 de febrero de 2020 NO acude.

Por otra parte, tenía cita en Atención Primaria el 20 de enero de 2020 y tampoco acude hasta la fecha actual.

L.- Ha estado realizando tratamiento rehabilitador en centro concertado en distintos periodos, sin embargo consta: " (...) Continuas faltas de asistencia, no presentada a la consulta de revisión extendiendo el Alta por incomparecencia el 17 de marzo de 2020"».

1.4. El 6 de agosto de 2020, se dicta Acuerdo Probatorio admitiendo las pruebas propuestas por las partes.

1.5. El 23 de septiembre de 2020, se acuerda la apertura del trámite de Audiencia, que se notifica a la interesada con fecha 19 de octubre sin que por ella se hubiera formulado alegación alguna.

1.6. La Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones de la reclamante fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias con fecha 25 de noviembre de 2020.

1.7. Con fecha 25 de marzo de 2021 se dicta Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...)

IV

1. La Propuesta de Resolución, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, negando que se haya producido error de diagnóstico, alegando que de las pruebas y exploraciones realizadas no se ha identificado alteración orgánica que justifique la clínica presentada (no se ha producido un ictus al no constatarse ni isquemia ni hemorragia) y que no se ha probado por la reclamante ni mala praxis, ni relación causal entre las dolencias que dice padecer y la actuación de los servicios sanitarios.

2. La Propuesta de Resolución se basa, fundamentalmente, en las siguientes conclusiones emitidas por el SIP:

«1.- Siendo el objeto de la reclamación un supuesto error diagnóstico exponiendo la reclamante que " (...) el día 9 de mayo de 2019 me dio un ictus y me lo dieron por crisis de ansiedad (...) " descartamos tal circunstancia.

El TAC realizado el día 10 de mayo de 2019 no evidenció las dos posibles causas de ictus: isquemia y hemorragia.

Dicha circunstancia ha quedado excluida en todas las ocasiones con los TAC-s cerebral y Resonancias Magnéticas realizados posteriormente.

2.- En la actualidad, en seguimiento por el Servicio de Neurología y Reumatología. Hasta el momento, a pesar de las pruebas y exploraciones efectuadas no se ha identificado alteración orgánica que justifique la clínica presentada.

3.- Se emite informe desfavorable».

3. 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».*

En similares términos, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, 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.

4. En el presente supuesto, de la prueba practicada y de los datos obrantes en el expediente administrativo, no ha quedado acreditado que la Administración sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada a la reclamante, toda vez que, del informe del SIP se deduce que no ha existido error de diagnóstico ni actuación sanitaria contraria a la *lex artis ad hoc*.

En este sentido, el TAC que se le realizó a la interesada el día 10 de mayo de 2019 no evidenció la existencia de ninguna de las dos posibles causas de ictus, esto es, isquemia y hemorragia. Además, dichos diagnósticos han quedado excluidos en todas las ocasiones con los TAC-s cerebrales y Resonancias Magnéticas realizados posteriormente. Por el contrario, tanto del informe del SIP como de la Historia Clínica de la reclamante obrante en el expediente, se ha puesto de manifiesto la adecuada atención prestada a la interesada, mediante la práctica de numerosas pruebas diagnósticas dirigidas a detectar cualquier posible causa orgánica de la desviación de la comisura bucal y la debilidad en las extremidades, para lo cual, en la actualidad, continúa en seguimiento por el Servicio de Neurología y Reumatología, sin embargo, hasta el momento, a pesar de las pruebas y exploraciones efectuadas, no se ha identificado alteración orgánica que justifique la clínica presentada.

Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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, sin perjuicio 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).

En el presente caso, la interesada no ha logrado acreditar un mal funcionamiento del Servicio derivado de un diagnóstico y tratamiento inadecuado, pues, por el contrario, se ha probado por parte del Servicio Canario de la Salud que el

tratamiento prestado a la reclamante ha sido en todo momento el adecuado y necesario para tratar sus dolencias.

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 extracontractual planteada por (...) se considera conforme a Derecho.