



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de enero de 2022.

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. 597/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración ha solicitado el presente dictamen; por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (v.gr., Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril, o 493/2021, de 14 de octubre).

Esta cuantía 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); 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.

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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2.014 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 Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo):

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el

Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: “es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos”.

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), “ (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure proprio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis” (...) »”.

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de (...) -hija de la paciente fallecida- para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su madre -(...)-

[art. 4.1.a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: “vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida” (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a “parientes más allegados”. Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

Por lo demás, y según consta en el expediente administrativo, la reclamante actúa mediante la representación, debidamente acreditada, de (...) (art. 5 LPACAP).

4.2. 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción (art. 67.1 LPACAP), toda vez que la reclamación se presenta el día 10 de mayo de 2019 respecto de un evento dañoso acaecido el día 17 de diciembre de 2018. Circunstancia esta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

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 dispensada a su madre -(...)- en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

En este sentido, la perjudicada manifiesta lo siguiente en su escrito inicial de reclamación -folio 1-:

«En fecha 07/12/2018, mi madre (...), (...) ingresa en el Centro Hospitalario Insular - Materno Infantil, donde fallece horas después. Durante su ingreso conocimos que se le había administrado medicación que pudiera no ser acertada o no serlo en la dosis adecuada. Tal es así que en el propio informe se establece que sufre ematomas (sic) múltiples por sobredosificación de HBPM.

Mi madre acaba falleciendo por el empeoramiento que experimentó, considerando esta parte que existe nexo causal dicha fallecimiento con la atención recibida.

Por lo anterior, reclamamos lo que en Derecho pudiera corresponder por la deficiente o inexacta prestación del servicio sanitario con resultado fatal».

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada el día 10 de mayo de 2019 (...) insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a su madre, (...), en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

2. Con fecha 3 de junio de 2019 se requiere a la reclamante a fin de que subsane y/o mejore su reclamación inicial (art. 68 LPACAP). Requerimiento que es atendido por la perjudicada mediante la presentación del correspondiente escrito de subsanación/mejora el día 23 de agosto de 2019.

3. Mediante Resolución de 12 de septiembre de 2019, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada por (...), acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

Dicha Resolución consta debidamente notificada a la reclamante.

4. Con fecha 12 de septiembre de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP), referido a la asistencia sanitaria prestada a (...) (art. 81.1 LPACAP).

Dicho informe es evacuado el día 27 de abril de 2020.

Asimismo, consta en el expediente remitido a este Organismo consultivo la evacuación de informe por parte del Servicio de Medicina interna del Hospital Insular-Materno infantil.

5. El día 7 de junio de 2021 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada e incorporando -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Figura en el expediente remitido a este Organismo consultivo la notificación de dicho acuerdo probatorio a la reclamante.

6. Con fecha 14 de octubre de 2021 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose a la interesada un plazo de diez días para que pudiera formular alegaciones y presentar los documentos que estimase procedentes.

Dicho trámite consta debidamente notificado a la interesada.

7. Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado, no consta la presentación de escrito alguno por parte de la reclamante.

8. Con fecha 18 de noviembre de 2021 se recaba el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias].

Informe que es emitido el día 24 de noviembre de 2021.

9. Con fecha 25 de noviembre de 2021 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) « (...) *al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración*».

10. Mediante oficio de 1 de diciembre de 2021 (con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 3 de ese mismo mes y año), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la LCCC].

IV

1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *“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”.

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración»”.

Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*Lex artis ad hoc*».

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 (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»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente

la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

2. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto de hecho objeto de este Dictamen, se hace preciso señalar lo siguiente.

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública; puesto que no se ha demostrado *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada a la madre de la reclamante.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. 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. 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En relación con ello, y respecto a la cuestión fundamental planteada por la interesada en su reclamación (existencia de mala praxis médica como consecuencia de la sobredosificación de heparina -anticoagulante- a la paciente; lo que condujo, a juicio de la reclamante, al fallecimiento de su madre), coincidimos con las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, la cual reproduce a su vez el informe del SIP, al señalar cuanto se expone a continuación -folios 388 a 393-:

«1.- La paciente de 73 años de edad, presenta como antecedentes patológicos: HTA, DM-II, Fibrilación Auricular anticoagulada con Aldocumar, dislipemia, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, insuficiencia venosa crónica de MMII, en 2009 neumonía adquirida en la comunidad, obesidad mórbida.

2.- La paciente, acude al Centro de Salud el día 6 de diciembre de 2018, con un cuadro de disnea, recibe tratamiento, tras estabilización clínica es remitida al Servicio de Urgencias hospitalario, por aumento de disnea basal con intolerancia al decúbito de 24 horas de evolución, asociado a aumento de edemas en MMII. No fiebre, no dolor torácico asociado, tos con expectoración blanquecina, no otra sintomatología, hospitalaria, tras Rx de tórax se valora importante cardiomegalia e imagen sugestiva de ensanchamiento mediastínico, signos de edema de pulmón con edema alvéolo intersticial y derrame pleural bilateral.

El 7 de diciembre de 2018 la paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna del CHUIMI, estable.

3.- Ingresada en Servicio de Medicina Interna con diagnóstico de Edema Agudo Pulmonar secundario a arritmia por Fibrilación Auricular con respuesta ventricular rápida.

La paciente está anticoagulada con Aldocumar (Warfarina).

Se decide “sustituir el Aldocumar por Heparina (...) por el elevado riesgo de sangrado con el Aldocumar, debido a la situación aguda de la Insuficiencia Cardíaca, menor número de interacciones y mayor estabilidad de la Heparina” comienza con Enoxaparina el 7 de diciembre de 2018.

A la exploración general la paciente presenta buen estado general, con taquipnea con trabajo respiratorio, auscultación pulmonar roncus y crepitantes dispersos en MMII edemas hasta la rodilla, con liquenificación importante de la piel que impide valorar pulsos pedios y tibiales posteriores.

Se realizan distintas analíticas generales con bioquímica, variadas radiografías de tórax. Se instauro tratamiento médico.

Durante el primer fin de semana la paciente presenta "mejoría clínica evidente inicial, pero con persistencia de insuficiencia respiratoria global que impedía la retirada de oxigenoterapia, sospechándose debido a la importante obesidad de la paciente y a los datos gasométricos la posibilidad que la paciente padeciera un SHO-SAHS (Sdr de Hipoventilación Obesidad-Apnea del sueño, Hipopnea del sueño)", además de la persistencia de signos de insuficiencia cardíaca tanto clínicos como radiológicos.

Tras 7 días de ingreso aproximadamente y estando la paciente en situación de estabilidad clínica, hasta que, en sucesivas analíticas dentro de rango, "se objetiva en la del 14 de diciembre un deterioro de la función renal, se sospecha una insuficiencia renal aguda prerrenal, por lo que se suspenden fármacos nefrotóxicos, se reduce la dosis de diuréticos y Betabloqueantes para mejorar el gasto cardíaco con sospecha de disfunción ventricular moderada severa".

El día 15 en analítica urgente discreta mejoría de la función renal, hemodinámicamente estable. Se ajusta tratamiento. Se inicia sueroterapia.

El día 16 de diciembre el médico anota en la historia clínica a las 21 horas: "valoro analítica de control en la que destaca mejoría parcial de la función renal, con persistencia de hiponatremia. A nuestra valoración, acompañada de familiar, refiriendo mejoría parcial respecto a días previos, a pesar de lo cual continua con episodios de disnea, se realiza inspección general presentaba signos incipientes de descompensación de Insuficiencia Cardíaca con roncus a la auscultación pulmonar y edemas en miembros inferiores y superiores (...) el plan es: ante mejoría de la función renal, retiro sueroterapia. Mantengo tratamiento deplectivo, sin cambios (...) mañana solicito nuevo control analítico".

En la noche del día 16 avisan por "mal estado general y náuseas en contexto de hipotensión arterial, ligera taquicardia, dolor centrotorácico. Con EKG igual al previo antes de iniciarse el cuadro, inversión onda T, sin alteraciones espacio S-T, que no presenta cambios o hallazgos patológicos nuevos tras el cuadro ocurrido".

En estos momentos sufre un episodio de unos dos minutos de duración de mayor agitación, balbuceos, arreactividad a estímulos verbales, sin pérdida de consciencia que revierte de forma espontánea. Se objetiva la hipotensión arterial, baja perfusión periférica, pulsos centrales mantenidos, "hematomas subcutáneos, sin externalización de sangrado "en

analítica urgente anemización importante, deterioro de la función renal, con coagulación limítrofe, se interrumpe la anticoagulación y se comienza la transfusión sanguínea”.

Primera transfusión de concentrados de hematíes a las 22:10 horas del día 16 de diciembre. Nueva analítica de control a las 23:30 horas monitorización ctes. vitales.

El juicio diagnóstico es hematomas subcutáneos múltiples, espontáneos, con probable sangrado activo, episodio hipotensivo/presincopal en contexto de anemización con posible Angor hemodinámico.

4. - En la madrugada del día 17 a las 00:40 comienza transfusión del segundo concentrado de hematíes. Normotensa y afebril.

A las 2:10 horas refiere dolor torácico, se avisa a MIR de guardia. Se realiza nuevo EKG, se pauta tratamiento médico.

A Las 3:45 horas finaliza transfusión del segundo concentrado de hematíes, sin incidencias. Se administra tratamiento pautado informa enfermería, sonda vesical permeable, orina colúrica. A las 06:30 horas “aviso a MIR de guardia” refiere enfermería por dolor en hematoma. Valorada por MIR: dolor de espalda, documentándose aumento de hematoma dorsal, palidez, sudoración, TA normal y frecuencia cardíaca igualmente normales, solicitud de analítica urgente. Sangrado por sonda vesical al principio que cede con lavados vesicales.

Solicitud de analítica urgente. A las 09.30 de la mañana, del día 17, se administra Protamina (el sulfato de Protamina es un medicamento indicado para revertir, por unión molecular, los efectos anticoagulantes de la Heparina).

Analíticas de coagulación.

A las 15:00 de nuevo se instaura tratamiento con Protamina.

A las 17:06 el médico internista anota en historia clínica:” empeoramiento brusco en la madrugada-mañana de hoy, con cuadro brusco de hipotensión y anemización brusca de 3 puntos de Hemoglobina con aparición de hematomas múltiples en espalda y hematuria franca, en contexto de lo anterior presenta molestias centrotorácicas. El médico anota en la historia clínica:

Problemas:

1) Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Edema Agudo de Pulmón. Fibrilación Auricular con respuesta ventricular rápida, actualmente controlada., hoy edematosa (...)

2) Anemización aguda secundaria a hematomas múltiples, anticoagulada con HBPM por F.A. con empeoramiento de la función renal más hematuria.

Transfusión de hematíes, leucocitosis atribuida a reactiva tras sangrado, por no haber indicio de infección en la actualidad, aunque se cubre empíricamente con antibiótico.

Se pauta a su vez Protamina tras consultar con Hematología y el INR pasa de 2,8 a 1,8, quiere decir que es efectivo el tratamiento en cuanto a la hiperheparinemia, tensión arterial más estable con oligoanuria y empeoramiento de la función renal, se instaura tratamiento médico. se comenta caso con UMI para valorar traslado.

3) Fracaso renal agudo oligúrico.

4) Sospecha de SHO-SAHS de base, fenotipo (características de la paciente) y clínica compatible. Nueva analítica a las 19:00 horas. Se observa hematuria franca.

Como ya decíamos ante heparinemia por encima del rango se instaura sulfato de Protamina y disminuye el rango de la heparinemia, se contacta con UMI para traslado que es aceptado.

Por tanto, por la tarde del día 17 de diciembre está hemodinámicamente más estable, con mejoría ctes vitales, vista por UMI, actitud expectante. Nueva analítica urgente. Tratamiento médico. A las 18:16 horas aceptan el ingreso en UMI.

A las 19.30 horas avisan para bajar a UMI. Diagnóstico principal:

1. Insuficiencia Cardíaca descompensada, sospecha de disfunción ventricular izquierda severa, secundaria a arritmia por F.A. con respuesta ventricular rápida.

2. Insuficiencia respiratoria global mixta por Insuficiencia Cardíaca y alta sospecha de SHO-SAHS.

3. Insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal en posible relación con gasto cardíaco bajo.

4. Shock hemorrágico, hematomas subcutáneos espontáneos y hematuria, secundario a acumulación de dosis de Heparina de bajo peso molecular, secundario a su vez a deterioro agudo de la función renal.

5. Traslado a Unidad de Medicina Intensiva.

Evolución en Medicina Intensiva: "se trata de una paciente con obesidad mórbida y situación basal mala con disnea de pequeños esfuerzos probablemente con un Sdr obesidad-hipoventilación (paciente retenedora de CO₂). Ingresa en UMI con fallo multiorgánico, ingresa con signos de situación crítica con signos de claudicación respiratoria inminente, encefalopatía comatosa, fracaso renal agudo anúrico e hipotensión arterial, tras hablar con familiares y constatar que la situación basal de la paciente es precaria decidimos tratarla de forma conservadora.

La evolución de la paciente es mala durante sus primeras horas de ingreso, decidimos inicio de medidas de confort. Éxito letalis a las 22:30 horas" del día 18 de diciembre de 2018.

(...) Del relato de hechos clínicos se constata que la paciente presenta pluripatologías, y que las patologías previas al ingreso hospitalario el 7 de diciembre de 2017 son graves (HTA, DM-II, Fibrilación Auricular anticoagulada con Aldocumar, dislipemia, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, insuficiencia venosa crónica de MMII, en 2009 neumonía adquirida en la comunidad, obesidad mórbida.)

La fibrilación auricular requiere un tratamiento anticoagulante, por ello, al ingreso la paciente recibía tratamiento con Aldocumar.

En relación al tratamiento con anticoagulantes, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones realiza las siguientes consideraciones, que resultan de notable interés (:): el tratamiento anticoagulante "ha demostrado de forma consistente una reducción significativa de los eventos embólicos, así como una reducción de la mortalidad". La anticoagulación además ha demostrado ser superior al ácido acetilsalicílico que sería el tratamiento antiagregante. Se demuestra el beneficio clínico neto que "fue claramente positivo a favor del tratamiento con anticoagulantes orales, con una reducción del riesgo de tromboembolismo en comparación con la aspirina". Reducción significativa de los eventos embólicos, así como una reducción de la mortalidad.

El tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) puede prevenir la mayoría de ictus isquémicos a los pacientes con FA y prolongarles la vida. Este tratamiento es superior a la ausencia de tratamiento o el tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS). El riesgo de ictus sin ACO normalmente excede el riesgo de sangrado, incluso en pacientes de edad avanzada, pacientes con disfunción cognitiva o con frecuentes caídas o fragilidad. El riesgo de sangrado con AAS es similar al del tratamiento con ACO, mientras que estos, pero no el AAS, previenen de manera eficaz los ictus en pacientes con FA.

El tiempo de protombina (PT, por sus siglas en inglés) es un análisis de sangre que mide cuánto tarda la sangre en coagular.

Se puede utilizar para verificar problemas de hemorragia. También se utiliza para comprobar si está funcionando un medicamento para prevenir coágulos de sangre. Le permite al médico entender los resultados del mismo modo aún cuando provengan de laboratorios y métodos de prueba diferentes. El INR, (El tiempo de protrombina (PT, por sus siglas en inglés) es un análisis de sangre que mide cuánto tarda la sangre en coagular. Se puede utilizar para verificar problemas de hemorragia. La prueba PT también puede llamarse prueba de INR.).

La eficacia de la heparinización profiláctica con Heparinas de bajo peso molecular (HBPM) está fuera de duda; asimismo tampoco se cuestiona su seguridad, en comparación con las Heparinas no fraccionadas (HNF), ni el papel que tienen en el tratamiento de diferentes entidades nosológicas.

En el caso que nos ocupa, no era posible retirar la medicación anticoagulante debido al alto riesgo de trombosis que presentaba la paciente, añadiendo el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que al alto riesgo que presentaba antes del ingreso se añade el Edema Agudo de Pulmón en contexto de paciente de 70 años con Fibrilación Auricular rápida y crónica.

En consecuencia, la prescripción de la heparina de bajo peso molecular fue acertada, detallando el informe del Servicio de Medicina Interna lo siguiente (:): “se trata de paciente pluripatología, anticoagulada crónicamente con aldocumar oral que durante el ingreso se decide por seguridad, como indicación habitual, pasar a anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis inferiores a las teóricamente le correspondían, ajustado al peso de la paciente (obesidad mórbida) y a su función renal, normal al ingreso.

En el contexto del deterioro de la función renal a su vez secundario a insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular severa sufre acumulación de dosis de enoxaparina que desencadena el cuadro hemorrágico. Por lo tanto;

1. La medicación pautada sí fue acertada y las dosis inferiores a las que le correspondían.

2.- En el deterioro de la función renal, por otro lado frecuentes en pacientes ingresadas con alta comorbilidad como la que tenía (...), conllevó por acúmulo del fármaco a cuadro hemorrágico y shock secundario con el consiguiente fallo multiorgánico y desenlace fatal”.

Pues bien, se objetiva que no hubo sobredosificación de la medicación prescrita, de hecho, consta que se instaura tratamiento con heparina de bajo peso molecular, sin que por parte de la reclamante se haya aportado prueba en contrario que permita acreditar que la medicación suministrada a la paciente lo fue en cantidad superior a la recomendada o que la medicación no fuera la adecuada. No se aporta el informe pericial que permita contradecir lo señalado por el informe del Servicio de Medicina Intensiva y por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

(...) la interesada no ha logrado acreditar un mal funcionamiento del Servicio derivado de un tratamiento farmacológico inadecuado o una sobredosificación del mismo. Por el contrario, se ha probado por parte del Servicio Canario de la Salud que el tratamiento era el adecuado y necesario para tratar la Fibrilación Auricular de la paciente.

El deterioro agudo de la función renal durante el ingreso, provocado por la afección cardíaca que padecía la paciente, hace que la eliminación de la heparina sea más lenta y aumente el poder anticoagulante, lo que produce sangrados que son controlados con

transfusión de hematíes y con medicación que permite invertir los efectos de la heparina sin que por desgracia se logre el restablecimiento de la salud de la paciente.

Es decir, el hecho de que se hable de acumulación de heparina no significa una sobredosificación de la cantidad pautada, que recordemos fue indicada a dosis más bajas, significa que ante el fallo renal agudo se produce una eliminación más lenta de la medicación, produciéndose sangrados que se intentan revertir para lograr la estabilización de la paciente.

En este sentido el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones indica que el deterioro de la función renal "viene producido por el paulatino y al final brusco desarrollo de sus patologías. Ello se intenta controlar con transfusiones de hematíes debido a la anemia importante que se produce secundariamente y en segundo lugar, con medicación que invierta los efectos de la Heparina y otras medicaciones pertinentes".

Derivado de lo anterior, en el caso que nos ocupa no consta acreditado un funcionamiento anormal por parte de los servicios sanitarios, quedando acreditado que la medicación pautada fue correcta en atención a la patología (Fibrilación Auricular) que presentaba la paciente y que la cantidad suministrada fue la adecuada, sin que por parte de la reclamante se haya acreditado ninguno de los hechos reclamados».

3. En conclusión, una vez examinado el contenido del expediente administrativo, y habida cuenta de que la reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc* (art. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC), es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo. Y es que, como ya quedó apuntado anteriormente, la obligación del profesional sanitario es de medios y no de resultados, es decir, su obligación es la de prestar la debida asistencia médica, y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. De tal manera 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».

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.