



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 157/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de abril 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. 108/2022 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad mediante oficio de 18 de marzo de 2022 (registro de entrada en el Consejo Consultivo el 21 de marzo de 2022), 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 (SCS).

2. Los reclamantes solicitan una indemnización de 252.334,64 euros; 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 relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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.

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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 SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por dicho Servicio.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, al reclamar a título propio como hijos del paciente fallecido.

En relación con la legitimación activa de los hijos del paciente fallecido, resulta aplicable la doctrina contenida en los dictámenes de este Consejo Consultivo, como la que contienen los Dictámenes 245/2015, de 6 de julio; 405/2015, de 6 de noviembre y 322/2019, de 10 de octubre, y de los cuales resulta que la legitimación de los hijos del fallecido se ejerce a título propio, en concepto de daño moral, por los lazos efectivos que les unía a aquel, y no a título hereditario, ya que el fallecido nunca ejerció en vida una acción que pudiera integrarse a su muerte en su patrimonio.

«La madre y el hermano del fallecido reclaman en representación de este invocando su cualidad de herederos, a pesar de que esta condición no concurre en la madre porque de la escritura de aceptación y adjudicación de herencia, que han aportado para acreditarla, resulta que renunció pura y simplemente a la herencia de su hijo.

El art. 139.1 LRJAP-PAC confiere acción para reclamar por las lesiones sufridas en bienes y derechos, de donde se sigue que está legitimado para ejercerla quien alegue la titularidad de un bien o derecho cuyo menoscabo impute al funcionamiento de un servicio público. Según el art. 139.2 LRJAP-PAC, ese menoscabo debe consistir en un daño evaluable económicamente porque, conforme al art. 139.1 LRJAP-PAC, la finalidad de la institución de la responsabilidad extracontractual no es punitiva, sino reparadora o compensadora. La vida humana no constituye objeto de un derecho patrimonial o de cualquier otra índole cuya titularidad corresponda a terceros. Es imposible considerarla como bien o derecho perteneciente al patrimonio de otro. La vida humana, como no tiene precio, tampoco es susceptible de evaluación económica.

La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizado que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del

causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure proprio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supervivientes y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado».

5. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados el 11 de junio de 2019, habiendo fallecido (...), padre de los reclamantes, el 24 de febrero de 2019, es decir, la reclamación se interpone dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP.

7. En el análisis a efectuar de la propuesta de resolución remitida, resultan de aplicación, además de la antes mencionada LPACAP, 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 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.

II

Los reclamantes instan 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 SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que fue prestada a su padre. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

«PRIMERA. “Debo hacer constar que mi padre falleció en el Hospital Dr. José Molina Orosa con fecha 24 de febrero de 2019, y que en base a la Ley 41/2004 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece en su Artículo 2 como principio básico:

“1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener; utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

“Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

SEGUNDA.- No habiendo recibido contestación al escrito de solicitud de informes médicos, que adjunto como DOCUMENTO NUMERO UNO, y en defensa de nuestros derechos venimos en presentar el presente escrito de reclamación previa a la vía jurisdiccional, solicitando no solo la copia de los informes solicitados, sino las indemnizaciones correspondientes, así como las responsabilidades por negligencia al habérsenos ocultado la información solicitada.

Por lo tanto,

SOLICITO A VD: Tenga por presentado este escrito y se sirva admitirlo a trámite y tener por presentada RECLAMACIÓN PREVIA a la vía jurisdiccional, y se procede a entregar copia de los informes y documentación solicitada, y en todo caso, sirva el presente escrito como documento previo al procedimiento judicial correspondiente en ejercicio de los derechos solicitados.

Es justicia que pido en Arrecife de Lanzarote a once de junio de dos mil diecinueve».

III

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

1.1. Se presenta el 11 de junio de 2019, por (...), reclamación de responsabilidad patrimonial ante el SCS, por el fallecimiento de su padre, ocasionado, presuntamente, como consecuencia de una negligente actuación médica.

1.2. Con fecha de 19 de agosto y 18 de septiembre de 2019, se requiere al reclamante a fin de que mejore su solicitud presentándose, con fecha de registro de entrada de 27 de agosto y 4 de octubre de 2019, la documentación requerida.

1.3. Con fecha de 17 de octubre de 2019, mediante Resolución del Secretario General del SCS, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

1.4. Con fecha de 29 de julio de 2021, se remite por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS informe de esa misma fecha sobre la asistencia sanitaria prestada y documentación clínica. En dicho informe se señalan los siguientes antecedentes de hecho:

«1.- Según consta en la historia clínica e informes médicos que obran en el expediente, el paciente de 87 años, contaba con antecedentes, a destacar, de adenocarcinoma prostático desde 15 años atrás, tratado con terapia hormonal; anemia megaloblástica; insuficiencia renal crónica, eventos coronarios agudos (isquemia coronaria aguda) en septiembre/2017 y junio y

noviembre/2018, con cardiopatía hipertensiva y cardiopatía isquémica (isquemia cardíaca) crónica severa sólo candidato a tratamiento conservador-paliativo; hernia inguinoescrotal izquierda gigante no reductible, sin indicación quirúrgica, salvo complicación aguda (interconsulta a Cirugía del 11/06/18) por altísimo riesgo quirúrgico; portador de sonda vesical permanente por retención urinaria y de tratamiento crónico por estreñimiento, así como medicación para sus patologías crónicas.

2.- El 23/02/19 a las 05:16 horas, el paciente, con antecedentes de hernia inguinoescrotal izquierda gigante, acude al Servicio de Urgencias del HDJMO por presentar dolor abdominal y sensación nauseosa de 5 horas de evolución aproximadamente. En la anamnesis no refiere vómitos ni diarreas, ni alteraciones del ritmo intestinal (ritmo habitual), no fiebre ni molestias urinarias. No presenta disnea (dificultad respiratoria) ni dolor torácico.

3.- En la exploración física realizada por el médico de urgencias, presenta buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado, eupneico en reposo, con signos vitales y saturación de oxígenos normales. En la exploración abdominal destaca dolor en hipogastrio, siendo el abdomen suave y depresible, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Los ruidos hidroáereos están presentes.

4.- Se le realiza Rx de abdomen en la que salvo heces, no se aprecian hallazgos relevantes y control analítico en sangre, a destacar, ligera leucocitosis a predominio de neutrófilos y ligero aumento de fibrinógeno, en el contexto de examen de orina con signos de infección (presencia de gran cantidad de leucocitos, nitritos y hematíes).

5.- Con el diagnóstico de cistitis, es decir de infección del tracto urinario, se le administra tratamiento sintomático y una primera dosis de antibiótico intravenoso, dando el alta para tratamiento (antibioterapia, analgesia) en domicilio, con recomendaciones sobre cuidados y controles a seguir por Médico de Cabecera o Urología, dando indicaciones de regresar al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

6.- Ese mismo día (23/02/19), a las 21:09 horas, el paciente vuelve a Urgencias, según se recogen en anamnesis por vómitos líquidos amarillos, dolor hipogástrico y espalda. Se describe no deposición hace dos días (el paciente padece estreñimiento crónico). No ha presentado fiebre ni dolor torácico.

7.- Al examen físico está consciente y orientado, pálido e inquieto por dolor moderado en zona de la espalda. Hipotenso a su llegada, recupera tensión arterial, siendo de 100/63 durante su exploración. A la exploración abdominal, este se aprecia blando, depresible, sin dolor generalizado. El signo de Murphy (característico de inflamación de la vesícula) es negativo. Signo de Blumberg y Lanz para apendicitis, negativos. Maniobras renales (puño percusión y peloteo) son negativas. Los ruidos intestinales aunque lentos están presentes. La hernia inguinoescrotal gigante no presenta cambios según cuenta familiar y el propio paciente. No hay visceromegalias palpables, ni signos de irritación peritoneal (sin

resistencia, rigideces ni dolor de rebote, o lo que es lo mismo, no hay evidencia física de un abdomen agudo).

8.- El paciente queda ingresado en observación en el Servicio de Urgencias, le es realizada analítica en la que se aprecia leucocitosis con predominio neutrófilos y elevación de reactantes de fase aguda (PCR), por lo que se inicia antibioterapia de amplio espectro intravenosa.

9.- También se le administra pautas de tratamiento consistente en hidratación endovenosa, analgesia y antiemético. Tras Rx abdominal con signos inespecíficos en paciente con estreñimiento crónico, se le realiza enema de limpieza.

10.- Según evolutivos pasa la noche descansando a ratos, acompañado de familiar y se levanta para ir al baño, no se describe clínica que sugiera empeoramiento o gravedad, ni ninguna incidencia.

11.- Sobre las 8:00 (24/02/19) presenta vómitos fecaloideos de consistencia líquida, refiriendo dolor a nivel de la hernia, con el diagnóstico de sospecha de oclusión intestinal, se le pone sonda nasogástrica. En constantes vitales tomadas a las 08:42 horas está afebril, con buena saturación de oxígeno y sin inestabilidad hemodinámica. Se le realiza analítica de control donde se aprecia signos de sepsis y de deterioro renal. A las 8:51 queda solicitada interconsulta a Cirugía, con el diagnóstico de probable oclusión intestinal.

12.- A las 11:20 horas ya ha sido valorado por cirugía que considera clínica de obstrucción intestinal alta (náuseas, vómitos fecaloideos, dolor en hernia inguinoescrotal y distensión abdominal) secundaria a hernia inguinoescrotal izquierda gigante complicada; dado que no existen otras alternativas terapéuticas para su enfermedad se decide intervención quirúrgica urgente para lo cual pasa control por anestesia. Se informa a familiar (hijo) por parte de Cirugía y de Anestesia de la gravedad de la situación y del elevadísimo riesgo quirúrgico dada la cardiopatía isquémica padecida por el paciente, quedando firmado los consentimientos informados.

13.- A las 12:08 horas se le administra profilaxis antibiótica y posteriormente es trasladado a quirófano. A las 14:00 horas se procede a abordaje inguinal izquierdo comprobándose hernia inguinoescrotal gigante irreductible, estrangulada, con necrosis de intestino delgado (el estrangulamiento produce interrupción del flujo sanguíneo hacia el tejido atrapado lo que provoca isquemia y necrosis) por lo que se procede a laparotomía media, realizando resección de unos 2,5-2,75 metros de intestino delgado necrosado y anastomosis primaria, así como herniorrafia (corrección herniaria o reducción intestinal, cierre de peritoneo y corrección del defecto). Se realiza profilaxis antibiótica y de tromboembolismo pulmonar.

14.- Según historia clínica e informes durante la intervención quirúrgica el paciente estuvo en estado crítico, con inestabilidad hemodinámica y requerimientos de vasopresores, pasando desde quirófano a la Unidad de Reanimación intubado y con constantes mantenidas con drogas vasoactivas, logrando extubación tras estabilizarlo. En Unidad de Reanimación sigue presentando inestabilidad hemodinámica y respiratoria pese a tratamiento, sufriendo asistolia (cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias), es decir exitus a las 21:40 horas de ese mismo día».

1.5. Con fecha de 15 de octubre de 2021, se procede a la apertura del periodo probatorio.

1.6. Con fecha 3 de noviembre y en fase probatoria, se aporta por los reclamantes, informe pericial.

Paciente que acude a urgencias el 24/02/2019 al Hospital Dr. José Molina Lanzarote refiriendo dolor abdominal y sensación náuseas de 5 horas de evolución aproximadamente, le ponen tratamiento y le dan alta el mismo día con diagnóstico de Cistitis cuando los síntomas que presentaba son de la obstrucción intestinal que incluyen, dolor abdominal tipo cólico intermitente, pérdida de apetito, estreñimiento, vómitos, incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases, inflamación del abdomen, con lo cual viendo dicho informe de urgencias del 24/02/2019, el paciente presenta, dolor abdominal, náuseas, estreñimiento así consta también en las radiografías realizadas a nivel del abdomen donde se ve acumulación de heces, por lo tanto no tiene nada que ver con los síntomas que pueda presentar una cistitis, la cual es una inflamación de la vejiga, no presentaba problemas para orinar, ni tampoco tenía ardor en dicha zona, en dicho informe no veo que se describa dicha sintomatología.

A las 24 horas el paciente vuelve a acudir al Hospital con la misma sintomatología, pero esta vez diagnostican obstrucción intestinal, la cual es un bloqueo que no permite que no pase comida ni líquido a través del intestino delgado o intestino grueso (colon). Las causas de la obstrucción intestinal pueden incluir franjas fibrosas de tejido (adherencias) en el abdomen que se forman después de cirugías, hernias, cáncer de colon, determinados medicamentos o constricción de un intestino inflamado causada por ciertas afecciones, como la enfermedad de Crohn o la diverticulitis. Sin tratamiento, las partes obstruidas del intestino pueden morir, lo que provocaría problemas graves. Pero con una atención médica inmediata, la obstrucción intestinal con frecuencia se puede tratar con éxito, esto fue lo que sucedió el día antes de la operación y el fallecimiento del paciente, donde no se puso tratamiento alguno si para una cistitis, tratamiento erróneo.

El día siguiente se decide ingresar de urgencias y operar donde se realiza: Posición D Supino. Incisión 1 para inguinal izquierda 2. Laparotomía infraumbilical necrosis y aplicación. Color deslizado con buen aspecto y asas de delgado con necrosis congestiva. Se reduce delgado y grueso a la cavidad peritoneal.

Necrosis masiva de unos 2-5,2-75 metros de 1 delgado. Respetando unos 50 cm de íleon distal.

Descripción técnica quirúrgica:

1. Disección y resección del saco herniario reducción intestinal cierre del peritoneo y corrección del defecto con puntos separados de Tryon tipo Bassini. Cierre aponeurosis subcutáneo y piel.

2. Resección del segmento necrótico con GIA y Ligasure (Impact) anastomosis LL con GIA de 60 mm y cierre del meso, hernia y lavado. Cierre. 1Apon y sub vicryl y piel grapas.

El paciente es llevado al servicio de reanimación para ver su evolución, donde después de dicha intervención el paciente fallece.

Bajo mi punto de vista sabemos que era una paciente de alto riesgo por su edad 87 años y con sus antecedentes, donde se ha solicitado al Servicio Canario de Salud todo el historial médico del paciente y en ningún momento se habla de obstrucción intestinal, sus antecedentes importantes son adenoma carcinoma de próstata hace 15 años con tratamiento hormonal, hernia de hiato anemia megaloblástica, gonartosis, scaset en 2017 y 2018 cardiopatía isquémica hernia inguinal y escrotal IAM en 2017, portador de SV por retención de orina, cervicalgia, lumbalgia mecánica, retención de orina.

Se recibe también por parte de la gerencia del Servicio Sanitaria del área de Salud de Lanzarote por parte de la asesoría jurídica, con fecha 28/10/2019, donde explican que el paciente presentaba antecedentes múltiples, que acude por dolor Abdominal, decaimiento y vómito, donde se detalle abdomen blando y depresible sin dolor generalizado y describe la hernia inguino-escrotal gigante sin cambios y que era de dificultoso diagnóstico y que siente el fatal desenlace. Tan solo con dejarlo en observación o haberlo dejado ingresado el mismo día que acudió a urgencias y lo hubiese operado a tiempo el lesionado no hubiera fallecido, la mala praxis está, en haberlo enviado a su domicilio con diagnóstico de cistitis, cuando realmente estaba grave con una obstrucción intestinal.

1.7. Con fecha 2 de febrero de 2022 se emite informe complementario por el SIP:

«Tras la remisión por parte del Servicio de Normativa y Estudios de nueva documentación aportada por los reclamantes, con referencia al expediente de responsabilidad patrimonial 157/19, una vez estudiada la misma, manifestamos:

1.- En informe médico pericial aportado, describen que el paciente no tenía antecedentes patológicos, lo cual está lejos de la realidad y en nada concuerdan con los mismos datos de los informes clínicos que en el mismo documento quedan reflejados: se trataba de un paciente con adenocarcinoma prostático desde 15 años atrás, tratado con terapia hormonal; anemia megaloblástica; insuficiencia renal crónica, eventos coronarios

agudos (isquemia coronaria aguda) en septiembre/2017 y junio y noviembre/2018, con cardiopatía hipertensiva y cardiopatía isquémica (isquemia cardiaca) crónica severa sólo candidato a tratamiento conservador-paliativo; hernia inguinoescrotal izquierda gigante no reductible, sin indicación quirúrgica, salvo complicación aguda (interconsulta a Cirugía del 11/06/18) por altísimo riesgo quirúrgico; portador de sonda vesical permanente por retención urinaria y de tratamiento crónico por estreñimiento, así como medicación para sus patologías crónicas.

2.- En el mismo informe pericial aportado puede leerse los datos que se constatan en el informe clínico de urgencias del día 23/02/19 (05:16 horas).

3.- Paciente, con antecedentes (entre otros allí descritos) de cardiopatía isquémica, hernia inguinoescrotal izquierda gigante y sonda permanente por retención urinaria, acude al Servicio de Urgencias del HDJMO por presentar dolor abdominal y sensación nauseosa de 5 horas de evolución aproximadamente. En la anamnesis no refiere vómitos ni diarreas, ni alteraciones del ritmo intestinal (ritmo habitual), no fiebre ni molestias urinarias. No presenta disnea (dificultad respiratoria) ni dolor torácico.

4.- En la exploración física realizada por el médico de urgencias, presenta buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado, eupneico en reposo, con signos vitales y saturación de oxígenos normales. En la exploración abdominal destaca dolor en hipogastrio, siendo el abdomen suave y depresible, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Los ruidos hidroáereos están presentes.

5.- Se le realiza Rx de abdomen en la que salvo heces, no se aprecian hallazgos relevantes y control analítico en sangre, a destacar, ligera leucocitosis a predominio de neutrófilos y ligero aumento de fibrinógeno, en el contexto de examen de orina con signos de infección (presencia de gran cantidad de leucocitos, nitritos y hematíes).

6.- En informe aportado se plantea que, dado el dolor abdominal intermitente (un síntoma inespecífico, presente incluso en pacientes con antecedentes de estreñimiento), vómitos (que no tenía), imposibilidad para evacuar los intestinos o eliminar gases (no planteada por el paciente en esa visita dado que describe y así está recogido: no presenta alteración del ritmo intestinal, es decir, tiene el mismo ritmo estreñido de siempre, no describiéndose en modo alguno por parte del paciente que tuviera imposibilidad para eliminar gases).

7.- Los datos anteriores, con un examen físico en el que se objetiva un buen estado general, con un abdomen suave y depresible (evidencia que no presenta inflamación abdominal como afirma el perito de parte), con ruidos hidroáereos (intestinales) presentes (normales), con dolor a la palpación en la zona de hipogastrio (la zona donde se localiza la vejiga, siendo este un paciente con una sonda colocada de forma permanente), y ningún signo de irritación peritoneal, además de presentar una radiografía que lo único que evidencia es abundantes heces (esperable dado que es un paciente con antecedentes de

estreñimiento), nos llevan a considerar que el paciente no tenía evidencia ni clínica ni radiológica de abdomen agudo y, dentro de este marco, no había evidencia de obstrucción intestinal”.

8.- En cambio, el antecedente de retención urinaria por el que portaba sonda vesical permanente, el dolor a la palpación en zona de la vejiga, así como un examen de orina patológico, en un paciente anciano, es coherente con el diagnóstico de infección del tracto urinario, independientemente de que el paciente no describiera otras molestias urinarias.

9.- En total desacuerdo con el informe presentado por reclamantes, considero que las actuaciones realizadas respondían a la clínica presentada y se ejecutaron conforme a las buenas prácticas médicas.

10.- El paciente tanto en la atención de ese día concreto, como posteriormente fue adecuadamente asistido y tratado en función de la clínica que fue manifestando, y cuando la sintomatología de oclusión intestinal dio la cara, convenientemente el paciente fue valorado por Cirugía, y la intervención quirúrgica de urgencia le fue realizada. También se conoce que el paciente anciano tenía enfermedades graves, que hacían que una intervención de esas características le representara un elevadísimo riesgo de mortalidad quirúrgica, pero no había otra alternativa posible, y tanto paciente como familiar estuvieron de acuerdo en asumir el riesgo, riesgo que se materializó no porque las actuaciones diagnósticas y terapéuticas no fueran las adecuadas sino a pesar de ellas».

1.8. Con fecha 4 de febrero de 2022 se procede a la apertura del trámite de audiencia.

1.9. Con fecha 20 de febrero de 2022 en trámite de audiencia por los reclamantes se insiste en la mala praxis asistencial al enviarse al fallecido (...) a su domicilio con el diagnóstico de cistitis cuando lo que padecía era una obstrucción intestinal.

1.10. Con fecha 14 de marzo de 2022 se emite el preceptivo informe de la Asesoría Jurídica Departamental.

1.11. La Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

2. 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, art 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 que al hacerlo esté vinculada al sentido del silencio administrativo producido.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por el interesado, entendiendo que la asistencia sanitaria prestada al fallecido fue adecuada en atención a la sintomatología que presentó en cada momento. En la primera asistencia no presentaba vómitos y diarreas, ni alteraciones del ritmo intestinal, ni fiebre o molestias urinarias. En la RX abdomen que se realizó al paciente no aparecen hallazgos relevantes y el control analítico en sangre es compatible con signos de infección urinaria. La visión retrospectiva por parte de los reclamantes lleva a plantearse si se hubiera detectado la oclusión intestinal desde la primera visita a urgencias, se podría haber realizado una intervención quirúrgica precoz de la oclusión y así salvarle la vida al paciente

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».*

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, así, pues, 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. En sus conclusiones el informe del SIP establece:

«1.- El paciente de 87 años tenía entre otros antecedentes: cáncer prostático, insuficiencia renal, portador de sonda vesical permanente por retención urinaria, y cardiopatía isquémica crónica y severa, enfermedad isquémica que causaba un altísimo riesgo quirúrgico que hacía que la hernia inguinoescrotal izquierda gigante no reductible que presentaba no fuera subsidiaria de indicación quirúrgica, salvo que se complicara.

2.- El 23/02/19 a las 05:16 horas, el paciente con hernia inguinoscrotal gigante es valorado en el Servicio de Urgencias del HDJMO por presentar dolor abdominal y sensación nauseosa de 5 horas de evolución aproximadamente. En la anamnesis no refiere vómitos ni diarreas, ni alteraciones del ritmo intestinal (ritmo habitual), no fiebre ni molestias urinarias. No presenta disnea (dificultad respiratoria) ni dolor torácico. La anamnesis está realizada adecuadamente, se conocen los antecedentes del paciente y los síntomas que lo han llevado a consultar al servicio de urgencias hospitalario.

3.- En la exploración física realizada por el médico de urgencias, presenta buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado, eupneico en reposo (sin dificultad respiratoria), con signos vitales y saturación de oxígenos normales. En la exploración abdominal, este es suave y depresible (no se aprecia distensión abdominal) no se objetivan masas ni megalias (no se palpan masas ni crecimiento anómalo de hígado, bazo), los ruidos intestinales están presentes, y no se aprecian signos de irritación peritoneal (no resistencia, ni contractura o rigidez abdominal, ni dolor de rebote a la descompresión abdominal). Una exploración sin signos de irritación peritoneal no es indicativa de abdomen agudo, y el dolor en hipogastrio (zona suprapúbica-donde está situada la vejiga), a la palpación en paciente con sonda vesical permanente por obstrucción al flujo urinario, sugiere infección del tracto urinario, por lo que con los datos de la anamnesis y del examen físico, el médico de urgencias indica la realización de control analítico en sangre y orina, y Rx de abdomen. Actuaciones que considero coherentes con los datos clínicos del paciente.

4.- En la Rx según informe de alta del Servicio de Urgencias, informes de dos coordinadores de urgencias realizados en dos momentos distintos e informe del Servicio de Radiodiagnóstico no se aprecia dilatación de asas intestinales, ni aire ectópico ni líquido libre en cuantía significativa, y se concluye con el resultado radiodiagnóstico de luminograma inespecífico, es decir, no hay hallazgos significativos que indiquen una patología específica o grave, tampoco de obstrucción intestinal, ni signos característicos de la misma como pudieran ser la imagen en pila de monedas (dilatación de asas en filas paralelas, con válvulas conniventes que atraviesan la luz de lado a lado), patrón en escalera (niveles hidroaéreos a lo largo de todo el recorrido intestinal), signo del collar de cuentas (pequeñas burbujas de aire atrapadas bajo las válvulas conniventes), asa centinela (asa intestinal dilatada en región vecina a un proceso inflamatorio).

5.- En control analítico en sangre, se aprecia ligera leucocitosis a predominio de neutrófilos y ligero aumento de fibrinógeno, en el contexto de examen de orina con signos de infección (presencia de gran cantidad de leucocitos, nitritos y hematíes).

6.- Los síntomas de malestar abdominal y náuseas, en paciente donde destaca dolor a la palpación en la zona de la vejiga, con ligero incremento de reactantes de fase aguda en analítica en sangre, marcadores de infección de orina positivos, e imagen radiográfica inespecífica llevan al diagnóstico de cistitis, es decir de infección del tracto urinario. Se le

administra tratamiento sintomático y tras el diagnóstico se le trata con una primera dosis de antibiótico intravenoso, dando el alta para tratamiento (antibioterapia, analgesia) en domicilio, con recomendaciones sobre cuidados y controles a seguir por Médico de Cabecera o Urología, dando indicaciones de regresar al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento. Considero las actuaciones realizadas respondían a la clínica presentada y se ejecutaron conforme a las buenas prácticas médicas.

7.- Ese mismo día (23/02/19), a las 21:09 horas, el paciente vuelve a Urgencias, según se recogen en anamnesis por vómitos líquidos amarillos, dolor hipogástrico y espalda (dolor en la zona de la vejiga irradiado a zona de la espalda lumbar-renal, lo cual es característico de infección urinaria alta). Se describe no deposición hace dos días (el paciente padece estreñimiento). No ha presentado fiebre ni dolor torácico.

8.- Al examen físico está consciente y orientado, pálido e inquieto por dolor moderado en zona de la espalda. Hipotenso a su llegada, recupera tensión arterial, siendo de 100/63 durante su exploración. A la exploración abdominal, este se aprecia blando, depresible (sin distensión abdominal), sin dolor generalizado. El signo de Murphy (característico de inflamación de la vesícula) es negativo. Signo de Blumberg y Lanz para apendicitis, negativos. Maniobras renales (puño percusión y peloteo) son negativas. Los ruidos intestinales aunque lentos están presentes. La hernia inguinoescrotal gigante no presenta cambios según cuenta familiar y el propio paciente. No hay visceromegalias palpables, ni signos de irritación peritoneal (no resistencia, ni contractura o rigidez abdominal, ni dolor de rebote a la descompresión abdominal), o lo que es lo mismo, no hay evidencia física de un abdomen agudo.

9.- El paciente queda ingresado en observación en el Servicio de Urgencias, le es realizada analítica en la que se aprecia leucocitosis con predominio neutrófilos y elevación de reactantes de fase aguda (PCR), por lo que se inicia antibioterapia de amplio espectro intravenosa.

10.- También se le realiza Rx abdominal con signos inespecíficos según informe de coordinadora de urgencia y de radiodiagnóstico, haciendo constar que no se aprecian cambios significativos al comparar dicho estudio con el realizado en la mañana, esto es, no se aprecian signos característicos de obstrucción intestinal.

11.- Las patologías que cursan con obstrucción del flujo de orina, independientemente de cual sea su causa, ya sea prostática o por hernias, entre otras, cursan con frecuentes infecciones de orina, lo cual se ve favorecido por el uso prolongado de sondas, todas ellas circunstancias concurrentes en este paciente. El paciente presenta dolor hipogástrico y espalda (dolor en la zona de la vejiga irradiado a zona de la espalda lumbar-renal), la hernia inguinoescrotal gigante no presenta cambios y el abdomen no presenta signos de abdomen agudo como pudiera ser una obstrucción intestinal: no se evidencia resistencia, ni

contractura o rigidez abdominal, ni dolor de rebote a la descompresión abdominal. Tras conocer resultado de analítica en el que hay signos de infección, con un análisis de orina realizado en la mañana que muestra infección del tracto urinario, y una radiografía de abdomen comparada en la que no hay signos característicos ni relevantes de patología grave, el paciente se mantiene en observación y se le trata con hidratación endovenosa, analgesia y antiemético, antibioterapia de amplio espectro y enema de limpieza dado su estreñimiento crónico. La secuencia seguida de una anamnesis en el que se conocen los antecedentes y síntomas del paciente, examen físico y pruebas diagnósticas que llevan a seguir el curso evolutivo del mismo, en el cual hay datos de infección, que se está tratando adecuadamente, no sugiere mala práctica, todo lo contrario, el paciente queda ingresado, aplicándose tratamiento, medidas y cuidados en correspondencia con su vulnerabilidad, se conoce que presenta múltiples patologías bastante serias, entre las que consta un cáncer de próstata y una cardiopatía isquémica grave que con frecuencia lo lleva a hospitalización en urgencias, y de la cual está en tratamiento paliativo.

12.- Durante la noche en la que se mantiene en observación y tratamiento, no se describe clínica que sugiera empeoramiento o gravedad, ni ninguna incidencia, incluso se levanta para ir al baño, todo ello es señal de que estaba estable.

13.- Sobre las 8:00 (24/02/19) presenta vómitos fecaloideos de consistencia líquida, refiriendo dolor a nivel de la hernia; con el diagnóstico de sospecha de oclusión intestinal, se le pone sonda nasogástrica. En constantes vitales tomadas a las 08:42 horas está afebril, con buena saturación de oxígeno y sin inestabilidad hemodinámica.

14.- Se le realiza analítica de control donde se aprecia signos de sepsis y de deterioro renal. A las 8:51 queda solicitada interconsulta a Cirugía, con el diagnóstico de sospecha de oclusión intestinal.

15.- A las 11:20 horas ya ha sido valorado por cirugía considerándose que presenta dado clínica de vómitos fecaloideos, dolor en hernia inguinoescrotal y distensión abdominal, una obstrucción intestinal secundaria a hernia inguinoescrotal izquierda gigante complicada.

16.- Es en la mañana cuando una clínica diferente expresaba un diagnóstico diferente, los vómitos fecaloideos asociados a distensión abdominal, son característicos de una oclusión alta (obstrucción intestinal es la detención del tránsito intestinal de forma completa y persistente en algún punto del intestino), y el dolor en la hernia inguinoescrotal que antes no había manifestado cambios, ahora indicaba que la hernia se había complicado y provocado la obstrucción. Si bien la radiografía nunca fue característica de oclusión intestinal, en este nuevo contexto con una clínica clara no la descarta.

17.- En su caso dado que no existen otras alternativas terapéuticas para su enfermedad se decide intervención quirúrgica urgente para lo cual pasa control por anestesia. Se informa a familiar (hijo) por parte de Cirugía y de Anestesia de la gravedad de la situación y del muy

elevado riesgo quirúrgico dada la cardiopatía isquémica grave padecida por el paciente, quedando firmado el consentimiento informado.

18.- Se conoce que el paciente, estaba siendo adecuadamente tratado en función de la clínica que había ido manifestando, y que cuando la sintomatología de oclusión intestinal dio la cara, convenientemente el paciente fue valorado por Cirugía, y la intervención quirúrgica de urgencia le fue realizada. También se conoce que el paciente anciano tenía enfermedades graves, que hacían que una intervención de esas características le representara un elevadísimo riesgo de mortalidad quirúrgica, pero no había otra alternativa posible, y tanto paciente como familiar estuvieron de acuerdo en asumir el riesgo, riesgo que se materializó no porque las actuaciones diagnósticas y terapéuticas no fueran las adecuadas sino a pesar de ellas.

19.- Por todo lo que antecede y de los informes emitidos en el expediente se debe inferir que se ha respetado la buena práctica médica, en el curso de la atención y tratamientos otorgados a el paciente, no observando en el expediente analizado, datos de mala práctica, ni de deficiente disposición de medios o de cuidados».

4. De la valoración del conjunto del material probatorio existente en las actuaciones, podemos concluir que la actuación sanitaria se ajusta a la «*lex artis ad hoc*». Tras el examen del paciente en una primera asistencia no hay signos claros de oclusión intestinal. Cabría que el diagnóstico no fuera acertado, como señala el informe pericial aportado de parte, pero no por ello podemos deducir una mala praxis médica, ya que los signos que se deducen de la anamnesis no son concluyentes de oclusión intestinal.

Tras las diversas pruebas practicadas, los síntomas son compatibles con una infección urinaria. Como señala el SIP los síntomas de malestar abdominal y náuseas, en paciente donde destaca dolor a la palpación en la zona de la vejiga, con ligero incremento de reactantes de fase aguda en analítica en sangre, marcadores de infección de orina positivos, e imagen radiográfica inespecífica, llevan al diagnóstico de cistitis, es decir de infección del tracto urinario.

En su consecuencia se le administra tratamiento sintomático y tras el diagnóstico se le trata con una primera dosis de antibiótico intravenoso, dando el alta para tratamiento (antibioterapia, analgesia) en domicilio, con recomendaciones sobre cuidados y controles a seguir por Médico de Cabecera o Urología, y dando indicaciones de regresar al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

Ese mismo día (23 de febrero de 2019), a las 21:09 horas, el paciente vuelve a Urgencias, según se recoge en anamnesis por vómitos líquidos amarillos, dolor

hipogástrico y espalda (dolor en la zona de la vejiga irradiado a zona de la espalda lumbar-renal, lo cual es característico de infección urinaria alta). Se describe no deposición hace dos días (el paciente padece estreñimiento). No ha presentado fiebre ni dolor torácico. Al examen físico está consciente y orientado, pálido e inquieto por dolor moderado en zona de la espalda. Hipotenso a su llegada, recupera tensión arterial, siendo de 100/63 durante su exploración. A la exploración abdominal, este se aprecia blando, depresible (sin distensión abdominal), sin dolor generalizado. El signo de Murphy (característico de inflamación de la vesícula) es negativo. Signo de Blumberg y Lanz para apendicitis, negativos. Maniobras renales (puño percusión y peloteo) son negativas. Los ruidos intestinales aunque lentos están presentes. La hernia inguinoescrotal gigante no presenta cambios según cuenta familiar y el propio paciente. No hay visceromegalias palpables, ni signos de irritación peritoneal (no resistencia, ni contractura o rigidez abdominal, ni dolor de rebote a la descompresión abdominal), o lo que es lo mismo, no hay evidencia física de un abdomen agudo.

El paciente queda ingresado en observación en el Servicio de Urgencias, le es realizada analítica en la que se aprecia leucocitosis con predominio neutrófilos y elevación de reactantes de fase aguda (PCR), por el que se inicia antibioterapia de amplio espectro intravenosa. También se le realiza Rx abdominal con signos inespecíficos según informe de coordinadora de urgencia y de radiodiagnóstico, haciendo constar que no se aprecian cambios significativos al comparar dicho estudio con el realizado en la mañana, esto es, no se aprecian signos característicos de obstrucción intestinal.

Es en la mañana siguiente cuando una clínica diferente expresaba un diagnóstico diferente, los vómitos fecaloideos asociados a distensión abdominal, son característicos de una oclusión alta (obstrucción intestinal es la detención del tránsito intestinal de forma completa y persistente en algún punto del intestino), y el dolor en la hernia inguinoescrotal que antes no había manifestado cambios, ahora indicaba que la hernia se había complicado y provocado la obstrucción. Si bien la radiografía nunca fue característica de oclusión intestinal, en este nuevo contexto con una clínica clara no la descarta.

Por otra parte, el paciente de avanzada edad tenía enfermedades graves previas, entre ellas, cardiopatía isquémica grave, lo que desaconsejaba la intervención quirúrgica por alto riesgo, salvo que fuera estrictamente indispensable como finalmente aconteció.

Por ello, no podemos atribuir el fallecimiento del paciente a mala praxis médica, sino a su complicado estado de salud y avanzada edad, sin que un diagnóstico previo precoz, razonablemente, hubiera permitido una actuación médica diferente.

Por otra parte, en cuanto a la responsabilidad en el ámbito sanitario, también la jurisprudencia tiene establecido, por ejemplo, en la STS, Sala 3ª, sección 4ª, de 13 de enero de 2015:

«la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».

A esta prohibición del regreso se refiere también el Tribunal Supremo en sentencias de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, conforme a las cuales no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar.

5. En definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

En conclusión, la actuación médica se ajusta a la *«lex artis ad hoc»*, en atención a los síntomas que presenta el paciente en cada momento. El error de diagnóstico no siempre engendra responsabilidad y no siempre permite concluir que la actuación médica se haya apartado de la buena praxis, ya que la medicina no es una ciencia exacta que permita, siempre y en todo caso, hacer un diagnóstico acertado desde el primer examen del paciente y, por eso, el Derecho tampoco ampara ni consagra la supuesta existencia de una suerte de derecho a la infalibilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) frente al SCS, es conforme a Derecho.