Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 7 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de abril de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 97/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El Dictamen, solicitado por escrito de la Consejera de Sanidad el 10 de marzo de 2026 - con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 12 de marzo siguiente-, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) y (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (300.000 euros) determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), de acuerdo con lo dispuesto en el

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del SCS, se delegó en la Secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la citada Secretaría General, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, esposa e hijos del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP)], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, también seguida después y hasta la fecha, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así, razonábamos señalamos en el citado dictamen lo que cabe trasladar al presente caso:

«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 indemnizada 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 propio 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 supérstites 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».

(Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

En aplicación de los criterios expuestos ha venido reconociendo el Consejo Consultivo que puede admitirse la existencia de un daño moral en el viudo o viuda y los hijos del fallecido, porque se presume que mantenían con el fallecido «*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*» (DCC 292/2021, de 24 de mayo) y otros recientes (DCC 74/2026, de 11 de marzo) y los citados en uno y otro.

Aplicada todo ello al presente caso, la esposa e hijos del fallecido están legitimados para reclamar el resarcimiento del daño moral que les ha causado la muerte de su esposo y padre.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, 1.º LPACAP, pues el fallecimiento que la motiva ocurrió el 25 de agosto de 2020, por lo que el plazo para el ejercicio de la acción finalizaba el 25 de agosto de 2021. Formulada la reclamación 25 de agosto de 2021, lo ha sido dentro del plazo legalmente establecido.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se habría producido silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [arts. 21 y 24.3.b) LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado, con creces, el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP, al haber transcurrido más de cuatro años desde la reclamación sin que la misma haya sido resuelta de manera expresa.

II

1. Los reclamantes instan la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, que cuantifican en el importe de 300.000 euros, por el fallecimiento de (...), su esposo y padre, respectivamente, el día 25 de agosto de 2020, como consecuencia de un cáncer de pulmón en estadio IV (con afectación hepática, suprarrenal, renal derecha y muscular), sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, extraídos de la reclamación y del antecedente de hecho primero de la propuesta de resolución:

- Desde el año 2016, (...) padecía de patologías crónicas en los pulmones : bronquitis aguda (30/12/2015;14/04/2016;20/05/2016), patrón respiratorio ineficaz (12/03/206;13/09/2016, 28/12/2016), disnea (12/03/2016;14/03/2016), sensación de asfixia (14/03/2016), asma con enfermedad pulmonar crónica (EPOC) (29/12/2016).

- Con fecha 04/10/2017 el paciente es diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2.

- Con fecha 1 de abril de 2019, una analítica de sangre del paciente arroja alteraciones en la serie blanca (leucocitos), concretamente en linfocitos y monocitos.

- Con fecha 19 de junio de 2019, el paciente acude al Centro de Salud para realización de Espirometría, por patrón respiratorio ineficaz, sin que conste derivación a pruebas complementarias.

- Con fecha 17 de febrero de 2020, una analítica de sangre vuelve a arrojar alteraciones en serie blanca, concretamente los datos de neutrófilos, linfocitos y plaquetas.

- Con fecha 12 de mayo 2020, se realiza consulta telefónica con su médico de cabecera (por protocolo COVID 19), en la que se solicita reiteradas veces asistencia médica presencial, por empeoramiento, refiere fatiga, dificultad para respirar, edemas en piernas, no puede caminar. Sin embargo, el doctor se niega a valorarlo personalmente y anima al paciente a seguir sin fumar, *«caminar más»*, «elevar los pies», y «comer menos».

- Con fecha 1 de julio de 2020, se vuelve a realizar consulta telefónica, reiterando a su médico la necesidad de valoración presencial del paciente, por empeoramiento con dolor costal y mismo cuadro clínico que el día 12 de mayo. Esta vez interviene telefónicamente (...), cónyuge del paciente, implorando al doctor una valoración presencial. Éste se niega nuevamente, solicitando analítica y añadiendo tratamiento antiinflamatorio por dolor costal, y actualización de inhalador que no usaba.

- La analítica realizada el día 31 de julio de 2020, arroja muy significativas alteraciones de la serie blanca, (Leucocitos, Linfocitos, Neutrófilos, Monocitos), Plaquetas y serie roja (Hematíes, Hematocrito, Hemoglobina, ADE, HCM, CHCM).

- Con fecha 3 de agosto de 2020, el paciente se ve obligado a acudir al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (CHUC), refiriendo debilidad extrema, dolor generalizado, astenia, pérdida de apetito y pérdida de peso marcada en los últimos días, así como incremento de la expectoración de características hemoptoicas. Finalmente, se le realiza Radiografía de tórax en la que se aprecia alteración radiográfica con cuadro constitucional y hemoptisis. El día 4 de agosto es remitido a Neumología.

- El día 12 de agosto de 2020, en nueva asistencia en urgencias del CHUC se realiza TAC de tórax, observando masa pulmonar susceptiva de CA broncogénico. Lesiones focales alta sospecha de afectación metastásica en hígado, suprarrenales y riñón derecho.

Tras una rápida evolución desfavorable, fallece el día 25 de agosto de 2020.

Se alega que desde el 11 de enero de 2017 no fue solicitada prueba de RX TORAX y MANTOUX para el paciente hasta el 3 de agosto de 2020 (Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Candelaria), pese a las continuas referencias a visitas por Patrón Ineficaz respiratorio y a los resultados de las analíticas de sangre.

Los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria en la actuación contraria a la *lex artis* por el Médico de Familia del Centro de Salud La Orotava-Dehesa al señalar:

«El Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud La Orotava-Dehesa llevó a cabo una actuación incorrecta, al no haber diagnosticado las patologías mencionadas a (…) Concretamente, el Médico de Familia (...), CIAS nº (...), no acertó a diagnosticar en el momento oportuno las dolencias del paciente, pese a haber mostrado (tal y como se desprende del historial médico del paciente) síntomas que podían tener clara relación con el proceso de Cáncer en Estadio VI (metástasis) sufrido en los pulmones, con afectación hepática, suprarrenal y renal derecha y cutánea) y tampoco acertó a tratarlos del modo adecuado, hasta que fueron evidentes las metástasis que finalmente produjeron el fallecimiento. (Hospital Universitario)».

Por tanto, reclaman por una incorrecta actuación sanitaria de Atención Primaria, al no haber diagnosticado, «con los medios a su alcance, sin duda, suficientes para ello, la enfermedad que aquejaba al paciente, y que pudo detectar en un momento previo, lo que hubiera conducido a un resultado distinto de haberse producido un diagnóstico anterior de la situación. Pese a continuos requerimientos de una valoración presencial por el médico de familia, ésta fuera negada, con la única respuesta médica de una modificación en la receta y una analítica de sangre tardía, sin una mera auscultación y sobre todo una prueba de Rayos, pudiendo haber detectado la masa hiliar en los pulmones del paciente y haber irrumpido en otro estadio de la enfermedad en el que la medicina pudiera proporcionar tratamiento eficaz».

Consideran los reclamantes que, dados los antecedentes del paciente (EPO, fumador etc.) y los resultados de las analíticas de sangre, una vez que comenzó a referir las dificultades al respirar, dificultades para caminar, fatiga, astenia, dolor costal etc. y las molestias que experimentaba, debió ello llevar al Médico de familia a la derivación con urgencia al servicio de Neumología, o tan solo a la solicitud de la práctica de una sencilla prueba de RX de Tórax.

2. Cuantifican la indemnización solicitada en 300.000 euros por pérdida de oportunidad, al considerar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 25 de agosto de 2021 por (...), (...) y (...), esposa e hijos, respectivamente, del fallecido, solicitando una indemnización por el fallecimiento de (...) el día 25 de agosto de 2020, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos expresados en el Fundamento I del presente Dictamen.

En dicha reclamación se propone como medios probatorios la siguiente prueba documental:

«1.- Por aportación al expediente administrativo de los documentos que se acompañan a este escrito.

2.- Que se incorpore al Expediente Administrativo grabación de las consultas médicas telefónicas con el Doctor (...), CIAS n.º (...) del día 12 de mayo de 2020 y 1 de julio de 2020, en el soporte Audiovisual que permita a esta parte a su acceso.

3.- Que se requiera al Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud de La Orotava-Dehesa para que incorporen al Historial Médico del paciente las consultas médicas con el Doctor (...) en las que el paciente refirió el padecimiento de las lesiones cutáneas que derivaron en una afectación cancerígena».

2. Mediante Resolución del Director del SCS, de 30 de agosto de 2021, se admite a trámite la reclamación formulada.

3. El 30 de agosto de 2021 el órgano instructor del procedimiento solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que «a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya presuntamente ocasionado la lesión, se emita por esa Inspección Médica informe en el que se concreten los siguientes extremos:

a) Lesiones producidas y presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario.

b) Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente».

4. El 14 de agosto de 2024 el SIP remite la historia clínica y los informes recabados:

Informe emitido el 28 de diciembre de 2021 por Médico de Atención Primaria.

Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones emitido el 14 de agosto de 2024.

Historia clínica a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

5. El 13 de septiembre de 2024 el órgano instructor requiere a los reclamantes a fin de que *«aporten la grabación de las consultas médicas telefónicas en el Doctor (...) del día 12 de mayo de 2020 y 1 de julio de 2020 en soporte pen drive, tal y como solicitan en su escrito de reclamación inicial».*

6. El 16 de abril de 2025 se dicta Acuerdo probatorio, admitiendo la prueba documental propuesta por los interesados y se incorpora como prueba documental, los informes recabados por la Administración en período de instrucción.

7. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se confiere trámite de audiencia a los interesados de conformidad con previsto en el art. 82 LPACAP. Transcurrido el plazo conferido no se formulan alegaciones.

8. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, ex 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.

9. Con fecha 21 de mayo de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

10. Mediante oficio de 23 de mayo de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo al día siguiente, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

11. Se emite Dictamen el 2 de julio de 2025 (DCC 288/2025) en el que concluye la disconformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, toda vez que el informe preceptivo del servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable no cumple con el mínimo contenido necesario para ser considerado como el informe preceptivo exigido en el art. 81.1 LPACAP. Procedía retrotraer el procedimiento a fin de que sea emitido el informe de Atención Primaria, por el

Médico de Familia del Centro de Salud La Orotava-Dehesa, con trámite de vista y audiencia a los interesados y, tras ello, emitir una nueva Propuesta de Resolución.

12. El 4 de diciembre de 2025 el Gerente de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife, remite informe del Dr. (...) del Centro de Salud la Orotava-Dehesa.

13. El 9 de diciembre de 2025 se otorga trámite de audiencia a los interesados, remitiéndoseles el informe del Dr. (...), de 19 de septiembre de 2025 a fin de que, en el plazo de diez días aporten las alegaciones que estimen convenientes. Se notifica el 9 de febrero de 2026 por vía telemática y el 11 de febrero de 2026 por correo ordinario. No se formulan alegaciones.

14. El 9 de marzo de 2026 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula nueva Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

15. Mediante oficio de 10 de marzo de 2026, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 12 de marzo, se solicita la evacuación del dictamen por el Consejo, ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que «*Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal

Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3 y luego muchas veces repetida):

« (...) la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una

influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no le es exigible producir ni garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la asistencia médica debida, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras). Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

Y, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al art. 139.1 de la anterior Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- la infracción o cumplimiento de la *lex artis* determina la existencia o inexistencia del requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar los hechos de los que se deduzca 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 recaerá el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, o 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 también sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* o carga de la prueba a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirla, 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).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y si por ello existe el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe emitido por el SIP, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento y de sus propias manifestaciones.

Y de todo ello, obrante en el expediente administrativo recibido, se deducen y resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos:

- (...), de 68 años de edad al momento de los hechos, presentaba como antecedentes diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada en octubre de 2017, en tratamiento con antidiabéticos orales y en seguimiento por enfermería en su Centro de Salud (CS) y mediante analíticas periódicas solicitadas por su médico de AP. Además, presentaba antecedentes pulmonares de asma en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en paciente fumador, con bronquitis agudas de repetición añadidas.

Se trata de un fumador importante, de larga data, y ya en 2018 se registra que ha fumado durante 40 años, con un promedio de 2 a 3 cajas de cigarrillos diarios. En 2012, participa en el Centro de Salud en talleres individualizados de la Unidad de Tabaquismo, con el objetivo de promover la deshabituación tabáquica.

- En las notas clínicas del acceso al Servicio de Urgencias (SU) del CS del 12/03/2016 se documenta que el paciente presenta casi siempre sensación de falta de aire (disnea) por ser fumador. En esa fecha, se indica que se siente cansado y con dificultad respiratoria, además de no estar utilizando los inhaladores prescritos por su médico por caducidad de la receta. La saturación de oxígeno es del 93-94%, se sospecha de EPOC, aún no diagnosticada.

- Es evaluado nuevamente por su médico de atención primaria (AP) el 14/03/2016, por sensación de asfixia, mostrando en la exploración pulmonar sibilancias. El profesional ajusta la medicación y control en consulta, pero el paciente no acude a consulta ni el 16 ni el 30 de marzo, ni el 13 de abril de 2016.

- El diagnóstico de EPOC se formula en diciembre de 2016 por su médico de atención primaria, tras la realización de una prueba de espirometría. Se lleva a cabo un seguimiento de la patología respiratoria crónica por parte del personal del Centro de Salud (médico y enfermería), que incluye la realización de pruebas complementarias (espirometrías y analíticas generales), tratamiento para facilitar el abandono del hábito tabáquico («Champix®», vareniclina, fármaco utilizado para aliviar los síntomas de abstinencia). Además, se aborda el tratamiento de las exacerbaciones de bronquitis y se ajusta el tratamiento inhalador para manejar los síntomas respiratorios asociados a su EPOC.

- El 11 de enero de 2017 acude a su Centro de Salud por posible contagio de tuberculosis y se solicita prueba de Mantoux y RX de tórax urgente. El 13 de enero de 2013 acude para valoración de los resultados, siendo la RX normal y el Mantoux negativo.

- Entre el 6 de febrero de 2017 y el 20 de abril de 2018 acudió a consulta con su Médico de Familia en 6 ocasiones para valorar su estado funcional en paciente asmático con EPOC, llevándose a cabo exploración y analíticas, ajustando el tratamiento tras los resultados.

- El 18 de julio de 2018 acude por disfonía y es derivado al Especialista otorrinolaringólogo (ORL) urgentemente por disfonía, precisando una segunda derivación urgente porque el paciente no acude al estar de viaje.

- Es valorado por el ORL el 9 de agosto de 2018 por disfonía de un mes de evolución, sin disfagia ni disnea asociadas. Se indica intervención quirúrgica bajo sedación general, motivo por el cual se somete a valoración preoperatoria con el anestesista, realizándose según protocolo un electrocardiograma y radiografía de tórax. En la hoja de preanestesia, fechada el 06/09/2018, no constan hallazgos patológicos a nivel radiográfico que hagan suponer la presencia de una neoplasia a nivel pulmonar (radiografía «limpia»).

- El 24 de septiembre de 2018 se realiza por el ORL una microcirugía endolaríngea y, mediante biopsia, es diagnosticado de queratosis laríngea sin atipias

(engrosamiento del epitelio de la laringe, pero las células no presentan cambios anormales que indiquen un riesgo inmediato de malignidad).

- El paciente no acude a revisión con el especialista otorrinolaringólogo el 11/04/2019.

- A partir de diciembre de 2018, el paciente acude a su Médico de Atención Primaria en diversas ocasiones por varias dolencias no relacionadas con los hechos que motivan su reclamación: el 27 y 30 de diciembre de 2018, acude por un flemón dental; el 31 de enero de 2019, por una mordida de perro. Se realizan curas de la herida entre el 1 y el 6 de febrero de 2019, y se administra una dosis de la vacuna antitetánica, aunque el paciente no acude a recibir la segunda dosis.

- Durante el año 2019 se registra un ajuste en la medicación, tanto para la diabetes (cambio de antidiabético oral) como para su cuadro pulmonar (se reinicia el tratamiento para la deshabituación tabáquica). En ese año, en ninguna ocasión se registran síntomas como aumento de la disnea, hemoptisis, pérdida de peso o apetito, cansancio o dolor torácico.

Se solicita analítica anual de control y una nueva espirometría que el paciente no llega a realizar por incumplimiento. No se describe empeoramiento clínico ni síntomas como aumento de la disnea, pérdida de peso o inapetencia. No constan consultas por parte del paciente al Servicio de Urgencias del centro de salud o al HUC.

- El 17 de febrero de 2020 se documenta un ajuste del tratamiento tras control por su médico de AP, con la prescripción de un nuevo inhalador («Spiolto Respimat®», combinación de tiotropio y olodaterol, broncodilatadores de acción prolongada). Es decir, su médico de AP realiza una consulta de revisión, sin que se describan novedades clínicas ni síntomas o signos de alarma que pudieran sugerir un proceso oncológico.

Es decir, no se reportan síntomas como aumento de la disnea, hemoptisis, pérdida de peso o apetito, cansancio o dolor torácico.

- En esa consulta se solicita una nueva analítica, que se realiza el 28 de febrero de 2020, con datos de leve leucocitosis (11,75 $x10^3$/mm; valores normales 4,5-11,1 $x10^3$/mm) y neutrofilia, con linfocitos en rangos normales.

- El 11 de mayo de 2020 consta una solicitud por parte del paciente de una cita telefónica. El médico realiza tres intentos de contacto telefónico, sin que el paciente conteste a las llamadas.

- Al día siguiente, el paciente solicita una nueva cita telefónica, en la cual refiere edemas en los miembros inferiores y menciona haber dejado de fumar hace 15 días. El Médico de familia le anima a seguir sin fumar, caminar más, elevar los pies, y comer menos.

- Consta una nueva cita telefónica solicitada por el paciente el 1 de julio de 2020, con diagnóstico de asma con EPOC. El paciente refiere dolor costal. En esa consulta se actualiza el tratamiento inhalador que el paciente no estaba utilizando. Se pauta tratamiento antiinflamatorio/antidolorífico, reinicio de inhaladores y se solicita una nueva analítica.

- La analítica se lleva a cabo el día 31 de julio de 2020, mostrando anemia y aumento de glóbulos blancos, neutrófilos y plaquetas.

- El día 3 de agosto de 2020 el paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del HUC por hemoptisis, pérdida de peso y edemas. El paciente niega fiebre y disnea, mostrándose orientado, colaborador, eupneico (respira bien) y con una saturación basal de 92-93% (valores aceptables con su cuadro de EPOC). En la exploración pulmonar no se auscultan ruidos patológicos añadidos y conserva el murmullo vesicular (el ruido pulmonar normal). Se realizan pruebas complementarias: una radiografía de tórax que muestra una consolidación/masa a nivel del hilio derecho pulmonar y una analítica con hallazgos de posible infección (elevación de leucocitos, neutrófilos y proteína C reactiva).

Es remitido a Neumología y con juicio diagnóstico de Consolidación pulmonar a estudio, sospecha de proceso neoformativo, se solicita TC tórax abdomen y pelvis. Y cita en 1 semana con los resultados.

- Se solicita prueba complementaria (TAC tórax-abdomen-pelvis), que se realiza el 12 de agosto, revelando una masa pulmonar parahiliar derecha con neumonitis (inflamación no causada por infecciones) en los lóbulos superior e inferior derechos, adenomegalías (afectación de los ganglios linfáticos) mediastínicas y lesiones focales hepáticas, suprarrenales, renales derechas e intramusculares (lesiones en subescapular izquierdo, paraespinal derecho y cuadrado lumbar izquierdo, músculos de la espalda) sugestivas de afectación metastásica.

- El mismo día 12 de agosto de 2020 el paciente acude por segunda vez al Servicio de Urgencias del HUC por debilidad, dolor generalizado, astenia, pérdida de apetito y peso en empeoramiento en los últimos días, y aumento de la tos con

expectoración hemoptoica (con sangre). Se decide su ingreso en la planta de Neumología para completar el estudio, dado el deterioro general, iniciando tratamiento con antibióticos, corticosteroides, broncodilatadores y analgesia.

- Durante el ingreso en el Servicio de Neumología, se confirma, mediante biopsia y estudio TAC de cuerpo entero, la existencia de un adenocarcinoma pulmonar metastásico. ADK de pulmón cT4N2M1c: E-IV (afectación hepática, suprerrenal y renal derecha, cutánea).

- El caso se presenta en el comité multidisciplinar de tumores torácicos, donde se decide que, dada la situación clínica del paciente, es candidato para tratamiento paliativo. Durante su estancia en la planta de Neumología, el paciente recibe tratamiento antibiótico y requiere un aumento progresivo de oxígeno suplementario, por lo que se realiza una radiografía de control que evidencia progresión de la atelectasia derecha. Dada la insuficiencia respiratoria, se deriva a fisioterapia respiratoria y se consulta a la Unidad de Cuidados Paliativos para iniciar tratamiento con mórficos.

- La evolución clínica resulta desfavorable, requiriendo un aumento de la dosis de opioides (morfina) y, de forma consensuada con la familia, se inician medidas de confort.

- El día 25 de agosto de 2020 el paciente fallece.

3. Los motivos en que los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, es la existencia de un retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón por parte de Atención Primaria. Reclaman por pérdida de oportunidad, al considerar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas.

Consideran los reclamantes que, dados los antecedentes del paciente (EPO, fumador etc.), y los resultados de las analíticas de sangre, una vez que comenzó a referir las dificultades al respirar, dificultades para caminar, fatiga, astenia, dolor costal etc (...) ., y las molestias que experimentaba, debió llevar al Médico de familia a la derivación con urgencia al servicio de Neumología.

Antes de entrar a valorar la concurrencia de dicha pérdida de oportunidad, debemos determinar si se ha producido o no una actuación médica ajustada a dicha *lex artis*, es decir, si el paciente, a lo largo de su evolución, fue diagnosticado y tratado tempestivamente, de acuerdo con la *lex artis* y utilizando todos los medios disponibles.

El SIP en su informe manifiesta lo siguiente:

- En cuanto al resultado de las pruebas analíticas, informa:

«"En las analíticas realizadas en los años previos a 2020 no hay hallazgos significativos: en la analítica del 13/09/2016, la mínima elevación del hematocrito y de la hemoglobina, no significativa, es un hallazgo típico en pacientes fumadores como el caso del paciente".

(...)

"En la analítica del 2 de abril de 2019 no se registran datos que sugieran la presencia de una neoplasia: la función hepática y renal es normal, y la glucosa basal está elevada (142 mg/dL, siendo los valores normales de 65-110 mg/dL) en un paciente ya conocido como diabético. En cuanto al hemograma, no hay indicios de anemia; el recuento total de leucocitos es normal y el valor absoluto de linfocitos también se encuentra dentro de los límites normales, lo que sugiere que el sistema inmunitario no está globalmente deprimido. La mínima elevación de los monocitos (valor: 0.84 x10³/mm³; valores normales: 0.1-0.8 x10³/mm³) podría estar asociada al tabaquismo o indicar una respuesta a una infección reciente o un proceso inflamatorio, lo cual es habitual en cuadros de EPOC, dada su naturaleza inflamatoria crónica. Estos hallazgos no justifican la sospecha de un cuadro clínico oncológico".

(...)

"En esa consulta se solicita una nueva analítica, que se realiza el 28/02/2020, con datos de leve leucocitosis (11,75 x10³/mm; valores normales 4,5-11,1 x10³/mm) y neutrofilia, con linfocitos en rangos normales. Estos datos, por sí mismos, no son patognomónicos de un proceso oncológico y pueden estar asociados perfectamente con una exacerbación de la EPOC o una sobreinfección».

- En cuanto a los síntomas que presentaba el paciente:

« (...) padece EPOC, diagnosticado por su médico de Atención Primaria mediante una espirometría, y no presenta síntomas atípicos ni de gravedad. Por lo tanto, se mantiene en seguimiento tanto por el médico como por el personal de enfermería de Atención Primaria.

(...)

A lo largo del seguimiento, los síntomas y signos registrados en la historia clínica (disnea, sibilancias, bronquitis agudas) son compatibles con la EPOC. No se documentan síntomas "preocupantes" como hemoptisis o pérdida de peso que hubieran requerido pruebas adicionales. En las notas clínicas de Atención Primaria de mayo de 2020, se registra por primera vez edema en miembros inferiores, reportado durante una cita telefónica solicitada por el propio paciente. El edema en miembros inferiores puede tener diversas causas, incluida la insuficiencia venosa, que generalmente no es alarmante si no se acompaña de

otros síntomas, los cuales no se reflejan en la historia clínica. No consta que el paciente haya informado a su médico de Atención Primaria sobre la presencia de hemoptisis, un síntoma que habría generado preocupación y llevado al médico a solicitar las pruebas o derivaciones necesarias. Tampoco se menciona en la reclamación que el paciente lo haya referido a su médico. Según la reclamación, el paciente habría referido empeoramiento de la disnea y la fatiga, síntomas compatibles con su EPOC.

La primera vez que el paciente refiere dolor costal a su médico de Atención Primaria es el 1 de julio de 2020, síntoma que, de todas formas, podría ser compatible con la EPOC, especialmente si el paciente no estaba cumpliendo con el tratamiento inhalador, como se menciona en la nota clínica de julio. Según la reclamación, el paciente habría referido el "mismo cuadro clínico que el día 12 de mayo". No consta en la historia clínica de Atención Primaria ni en la reclamación que haya informado sobre pérdida de peso, apetito o hemoptisis».

Por tanto, tal y como se informa, aunque todos los síntomas podían ser compatibles con EPOC, aparecen algunos síntomas nuevos en mayo de 2020, cuando se registra por primera vez edema en miembros inferiores, y el 1 de julio de 2020 cuando el paciente refiere dolor costal.

- En cuanto a las citas y seguimiento en Atención Primaria:

Se constata un seguimiento continuo en el ámbito de Atención Primaria de su enfermedad respiratoria con pruebas y ajustes de tratamiento, con citas reiteradas y algunas inasistencias por parte del paciente.

- En cuanto a las consultas telefónicas el SIP recuerda:

«Es indudable que durante los meses de 2020, caracterizados por la pandemia de COVID-19, que afectó la atención médica a nivel global, todos los pacientes con patologías crónicas y aquellas que los ponían en riesgo de contagio dejaron de realizar el seguimiento habitual con su médico responsable a causa del contexto sanitario general. Hay que recordar que fue una época marcada por la incertidumbre acerca del nuevo virus y la inexistencia de vacunas, lo que hacía especialmente vulnerables a los sujetos considerados de riesgo (fumadores, con patologías respiratorias crónicas).

Por ello, se puede entender que no se hayan programado citas presenciales con su médico o enfermero del centro de salud, recibiendo únicamente seguimiento telefónico.

Sin embargo, nada impedía al paciente acudir a los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como del centro de salud, que estaban operativos. Esto es especialmente relevante en un paciente que, al estar en seguimiento por enfermería, había sido educado para reconocer síntomas o signos de alarma. Si, como se menciona en el informe del SU del HUC del 3/08/2020, el paciente había experimentado episodios de hemoptisis desde abril

resulta extraño que hubiera esperado meses para acudir al Servicio de Urgencias, siendo este un síntoma claramente alarmante. Quizás el paciente, asustado por la posibilidad de contraer COVID-19, prefirió evitar acudir a los centros sanitarios, como se indica en las notas clínicas de Atención Primaria, donde se menciona que fue el propio paciente quien solicitó citas telefónicas con el facultativo. Al tratarse de consultas telefónicas y no haber sido valorado de forma presencial, es comprensible que el médico no pudiera conocer cambios como variaciones de peso o signos de alarma, debiendo basarse únicamente en los síntomas reportados por el paciente de manera telefónica».

Por todo lo expuesto, del expediente se debe concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, y que se han puesto a disposición del paciente los medios adecuados según las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada.

Debemos recordar que la obligación del médico no es la de obtener la curación del paciente, sino proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y de la *lex artis ad hoc*. Como ha determinado en doctrina reiterada el TS, no es suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 a la ciencia garantizar en todos los casos la salud del paciente. Si no es posible atribuir la lesión o sus consecuencias a la infracción de la *lex artis*, no cabrá apreciar o atribuir error ni responsabilidad médica por muy insatisfactorio que sea el resultado producido, ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas las ocasiones una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada en los resultados.

4. Sobre la alegada concurrencia de «pérdida de oportunidad» en el presente caso.

No obstante lo anterior, que podría ser fundamento bastante para desestimar la reclamación, debemos examinar si la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación que deben ser indemnizadas, especialmente porque los interesados las reclaman como consecuencia de una pérdida de oportunidad de mejor tratamiento del fallecido.

Tal y como informa el SIP «En el presente caso, se observa normalidad radiológica en el año 2018 y ausencia de síntomas añadidos como aumento de la

disnea, hemoptisis, pérdida de peso o apetito, cansancio o dolor torácico durante el año 2019. La analítica de control en febrero de 2020 tampoco sugería sospecha de neoplasia.

Tres meses antes del diagnóstico de cáncer pulmonar en estadio IV, el paciente mencionó por primera vez al médico un nuevo síntoma añadido a los propios de su enfermedad pulmonar crónica, edema, que además no necesariamente tenía que estar asociado con el cáncer.

Aunque el paciente hubiera sido visto de forma presencial en mayo de 2020, o más específicamente en julio de 2020 cuando menciona por primera vez dolor costal y se hubiese solicitado la realización de una TAC, dado el estadio avanzado de la enfermedad en agosto de 2020 (estadio IV), difícilmente habría supuesto un cambio en la mejoría del pronóstico. Además, se añade un tiempo preciso de estudio de la enfermedad (pruebas de imagen y estudio anatomopatológico).

Se deduce que el pronóstico y el desenlace fatal no habrían cambiado, por lo cual no se configura una pérdida de oportunidad.

La literatura médica sugiere que la tasa de supervivencia a los 5 años de los pacientes diagnosticados en fase metastásica, que recordemos son la mayoría, es del 5%, y que a nivel mundial, el 25-30% de los pacientes con cáncer en estadio IV fallece antes de los 3 meses».

Es relevante recordar que la imputación de responsabilidad en estos casos exige que el nexo causal -entre la actuación médica y la oportunidad perdida- se halle suficientemente fundado, de forma consistente. Como subraya la STS de 18 de julio de 2016, debe concurrir «*una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto*».

O, en los términos de la STS de 20 de marzo de 2018 debe constatarse que *«la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo».*

En definitiva, no debemos olvidar que *«La doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea simplemente una expectativa general,*

vaga, meramente especulativa o excepcional ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética (…) » (STS de 25 de mayo de 2016).

Es decir, para que concurra la efectividad que el daño requiere para ser reparado se exige que las posibilidades con que la víctima hubiera contado tengan la necesaria solvencia o seriedad, esto es, que no resulte irrazonable la probabilidad de que un comportamiento diferente en la actuación sanitaria podría haber determinado un desenlace distinto.

Las probabilidades especialmente inciertas, efímeras o que cuenten con escasos o nulos elementos con los que sustentar ciertas garantías de éxito no cubren el grado suficiente que permita entender que se ha producido un daño que merezca ser resarcido y ningún daño puede existir en la privación de una supuesta oportunidad si, realmente, no existía (STS de 27 de julio de 2006).

En definitiva, debemos concluir que analizado el contenido del expediente administrativo remitido, con la totalidad de los elementos probatorios existentes, existió una adecuación asistencia sanitaria, lo que supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de los reclamantes, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.