Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 8 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 99/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. EL presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 10 de marzo de 2026 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 13 de marzo de 2026), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (94.819,28 euros) sobrepasa la cuantía de los 60.000 euros, lo que 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 LCCC.

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

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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 Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, 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.- La reclamante, como esposa del fallecido, ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], como familiar directo 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, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

«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).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, la esposa del fallecido está legitimada exclusivamente por el daño moral que la muerte de su esposo le ha causado.

4.2.- La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de 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 se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP, por cuanto el fallecimiento se produce el 16 de mayo de 2021. Habiéndose formulado la reclamación el 25 de abril de 2022, la misma se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP.

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 produciría 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 [art. 21 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. No obstante, es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la

resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamante instan la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, que cuantifica en el importe de 94.819,28 euros, por el fallecimiento de su esposo (...) el día 16 de mayo de 2021, como consecuencia de un cáncer que, presuntamente, fue tratado de forma inadecuada, 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:

- La enfermedad se manifestó en el año 2007, presentando buena evolución, superándolo tras tratamiento con radioterapia y hormonal.

- En el año 2013, presenta recidiva y no se le realizan las pruebas de seguimiento oportunas, únicamente analíticas para vigilar el nivel de PSA, pero no se le realizaron otras pruebas tendentes a descubrir la presencia de la enfermedad en otras partes del cuerpo, pese a que había manifestaciones de dolor y estreñimiento.

- Desde el año 2019 empieza a tener dolores a nivel pélvico. Tras practicar TAC se detectan masas pélvicas y, al tiempo, nódulos pulmonares. Además, el resultado de la colonoscopia presenta adenocarcinoma a pesar de que en fecha 27 de octubre y el 4 de noviembre de 2019, los resultados también mostraban la presencia de la enfermedad a nivel óseo.

- A lo largo del año 2020, la situación empeoró y aún el informe del médico de cabecera de 29 de junio de 2020 recoge que «*no hay nada alarmante*».

- En abril de 2021, se le informa que no hay tratamiento efectivo y no hay posibilidades de recuperación.

La interesada entiende que se han producido errores médicos que han determinado que la enfermedad sea imparable e irreversible, ya que sólo recibía tratamiento de cáncer de próstata, sin haber considerado otros protocolos médicos para confirmar que se había producido una expansión de la enfermedad a otros órganos.

Cuantifica la indemnización solicitada en 94.819,28 euros.

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 abril de 2022 por (...), solicitando una indemnización por el fallecimiento (...), como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

2. El 27 de abril de 2022 se requiere a la interesada a fin de que mejore su reclamación inicial, entre otros extremos, concretando el Centro de Salud o Centro Hospitalario contra el que dirige su reclamación, y determinando la cantidad indemnizatoria que reclama.

3. Mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de 27 de abril de 2022, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación.

4. El 27 de abril de 2022 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».

5. El 25 de mayo de 2022 la interesada aporta la documentación solicitada, señalando al CHUNSC como centro sanitario donde se produjo el daño por el que reclama. No procede a cuantificar la indemnización que reclama. Propone como medios de prueba la documental, consistente en la historia clínica y pericial que será elaborada una vez se facilite el historial clínico completo.

6. El 20 de junio de 2022 se recibe escrito del Hospital (...) manifestando su voluntad de ser parte del procedimiento, alegando que la reclamación formulada por (...) se dirige frente al Hospital (...) .

7. El 9 de febrero de 2024, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la Historia clínica y el informe del Servicio de Oncología Radioterápica del HUNSC, no así el informe del propio Servicio de Inspección y Prestaciones. No consta en el expediente que el órgano instructor haya requerido, nuevamente, la emisión del

informe del SIP, considerando, por tanto, suficiente para resolver, la documentación aportada por el SIP.

8. El 12 de noviembre de 2024, se notifica a la reclamante Acuerdo Probatorio por el que se acuerda admitir a trámite la prueba documental propuesta por la interesada, y abrir periodo probatorio de un mes, en cumplimiento del art. 77.2 LPACAP, en el que se aporte el informe pericial señalado por la reclamante en escrito de 24 de mayo de 2022.

9. Transcurrido el plazo conferido, se da por concluida la fase de instrucción del procedimiento y con fecha 28 de enero de 2025 se notifica trámite de audiencia, fin de que, en el plazo de diez días hábiles formule las alegaciones que estime pertinentes.

10. El día 14 de febrero de 2025 la interesada aporta escrito de alegaciones, en el que cuantifica la indemnización reclamada en el importe de 94.819,28 €. Además, manifiesta su desacuerdo con la asistencia dispensada, pues considera que la pauta de bloqueo hormonal no fue el tratamiento adecuado, puesto que la PSA aumentaba cada vez que, bajo indicación médica, se suspendía el tratamiento, siendo éste el único que se le administró, cuando con anterioridad se había curado con tratamiento radioterápico. Alega también que por parte del HSJD no se realizaron pruebas como colonoscopia, biopsia o prueba de sangre oculta en heces dirigidas a detectar el avance de la enfermedad, pasando de un PSA de 5,55 en julio de 2018 a 7,36 el 17 de octubre de 2019. Que las pruebas se realizaron cuando ya la enfermedad había avanzado, y que nunca se le propuso intervención quirúrgica pese a la opinión del urólogo privado.

11. Con fechas 17 y 18 de marzo de 2025 se notifica al Hospital (...). Acuerdo Probatorio y trámite de Audiencia, respectivamente. Transcurrido el plazo conferido, no se recibe nueva documentación.

12. 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.

13. Con fecha 10 de abril 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.

14. Mediante oficio de 14 de abril de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 16 de abril de 2025, 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.

15. Este Consejo Consultivo emite Dictamen el 28 de mayo de 2025 (DCC 235/2025) por el que se concluye que la Propuesta de Resolución desestimatoria, no es conforme a Derecho, por no haberse emitido el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que fue solicitado por el órgano instructor del procedimiento, debiendo retrotraerse el procedimiento a efectos de que sea emitido el indicado informe. Tras ello, debe otorgarse nuevamente trámite de vista y audiencia a la interesada y formularse una nueva Propuesta de Resolución, que deberá remitirse a este Consejo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC y 81.2 LPACAP.

16. El 26 de diciembre de 2025 el SIP remite informe de fecha 22 de diciembre de 2025, en virtud del cual el Inspector médico concluye que «*no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento*». Señalando que:

«En conclusión, por parte del Servicio de Oncología Radioterápica, se realizó un control personalizado y adecuado de su patología prostática, con determinaciones periódicas de PSA y solicitud, en 2019, de las pruebas de imagen oportunas para descartar la existencia de diseminación del cáncer de próstata, que resultaron negativas para enfermedad tanto localizada como metastásica. Incluso el urólogo privado que lo valoro en junio de 2020, ante clínica miccional, no llego a sospechar la existencia de una recidiva tumoral ni de metástasis, proponiendo únicamente una cirugía des obstructiva, propia de patología prostática benigna, no de un tumor de próstata.

Se subraya que el tumor diagnosticado en 2007 (adenocarcinoma de próstata) y la masa pélvica diagnosticada en julio de 2020 (carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado) no comparten la misma histología. Además, esta segunda lesión impresiona de origen rectal, tanto por los hallazgos de imagen y la clínica como por el hecho de que el diagnóstico se establece a partir de una muestra del tracto intestinal.

En cuanto a la clínica digestiva, que comienza a manifestarse en marzo de 2020 sin signos de alarma, se solicitaron tanto desde Atención Primaria como desde Oncología las pruebas necesarias para descartar un cáncer de colon (interconsulta a Digestivo y colonoscopia), en un contexto de pandemia por COVID-19 que condiciono la actividad programada. El diagnostico se alcanza en menos de un mes desde que el paciente manifiesta síntomas digestivos persistentes, así como dolor lumbar/dorsal persistente. Se considera que, dado el tiempo necesario para la programación de pruebas en ese contexto pandémico excepcional y las propias características biológicas de los tumores diagnosticados, no puede objetivarse una pérdida de oportunidad asistencial imputable a los servicios intervinientes»

17. El 19 de enero de 2026 de notifica nuevo trámite de audiencia, y la interesado formula alegaciones el 13 de febrero de 2026, manifestando que existió pérdida de oportunidad porque en el período de julio de 2018 a octubre de 2019 no estuvo asistido correctamente, porque considera que en la consulta de julio de 2018 en urología, debió haberse indicado cita de revisión en 6 meses, y no en octubre de 2019, y que en 2019 presentaba síntomas y no se solicitaron las pruebas pertinentes para un diagnóstico más temprano de su enfermedad.

18. El 18 de febrero de 2026 se otorga trámite de audiencia al Hospital (...) Transcurrido el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

19. Con fecha 9 de marzo de 2026 se dicta Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se propone desestimar la reclamación formulada por (...) al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, 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 nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar LRJSP, 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 no 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3):

«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 con 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 no 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 de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, 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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- 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 este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que

establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

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 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 Servicio Canario de la Salud extraído de la historia clínica y del informe emitido por el Servicio de Oncología radioterápica.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- (...) presentaba como antecedentes Cáncer de próstata (T2c NOMO Gleason 7) diagnosticado en 2007 en el HUNSC. El paciente en una analítica rutinaria presentó una cifra de PSA de 26,79 ng/ml, por lo que le realizaron biopsia prostática con resultado de adenocarcinoma. Los estudios de extensión (gammagrafía y TAC resultaron negativos para diseminación a distancia. El 15/02/2007 consta que, tras dicha valoración, opta finalmente por radioterapia externa y hormonoterapia, firmando el consentimiento informado en el que figura este tratamiento y, como alternativa, la prostatectomía radical asociada a hormonoterapia. Recibe tratamiento de bloqueo hormonal durante dos años, hasta diciembre de 2009.

- Estuvo en seguimiento en el Servicio de Oncología radioterápica del HUNSC y en la última revisión el 14 de noviembre de 2013 se constata recidiva bioquímica con PSA de 2,59 ng/ml. En esa consulta acude su esposa y se le explica la situación. Se recomendó tratamiento con hormonoterapia (agonistas LHRH) durante un año, se cita

en unos días para que acuda su esposo, pero el paciente no volvió a acudir para recibir el tratamiento. Por lo que no se pudo iniciar el tratamiento.

- El 14/03/2014 se emite informe desde el Servicio de Radioterapia en el que se recomienda tratamiento hormonal y se hace constar que «*el paciente no ha vuelto para recibir este tratamiento*».

- En 2014 su médico de Atención Primaria solicita TAC de tórax ante un cuadro de infección respiratoria, en paciente fumador, con radiografía que sugiere una formación redondeada (proceso neumónico). En el TAC de 23/05/2014 se descarta enfermedad tumoral pulmonar, describiéndose tórax enfisematoso, compatible con EPOC [patología respiratoria crónica asociada al tabaquismo].

- El 4 de octubre de 2016 en consulta consta que hace dos años presentaba recidiva bioquímica y se recomendó tratamiento con hormonoterapia, pero nunca volvió a consulta ni inició el tratamiento recomendado, acude ahora y se solicita nueva analítica con resultado de PSA de 3,88. Se pauta bloqueo hormonal con análogos de la FSHLH. El paciente inicia el tratamiento pautado.

- El 19 de enero de 2017 se realiza analítica de control, con PSA de 0,68.

- El 07/05/2017 acude a Atención Primaria para administración del inyectable semestral prescrito por el especialista que finaliza con esa administración (un año). PSA de control en enero de 2018 de 1,83 ng/mL.

- Tras cesar el bloqueo hormonal el PSA vuelve a subir. En analítica de julio de 2017 la cifra de PSA es de 0.97 y en enero de 2018 es de 1,83.

- En julio de 2018 se vuelve a pautar bloqueo hormonal con PSA de 5,55.

- En octubre de 2018 el PSA vuelve a bajar a 2,6 y continúa bajando en control de abril de 2019 a 0,98 por lo que se suspende hormonoterapia.

- El 17 de octubre de 2019 en revisión se detecta PSA de 7,36 por lo que se solicita gammagrafía ósea y TC de cuerpo completo y se reinicia hormonoterapia.

- En gammagrafía ósea realizada el 4 de noviembre de 2019 No se observan otros focos hipercaptantes patológicos que sugieran la existencia de metástasis óseas osteoblásticas.

- En TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste realizado el 27 de octubre de 2019 se concluye:

«- Próstata de pequeño tamaño, heterogénea y globalmente hiperdensa en relación con su patología de base.

- Colelitiasis sin signos de colecistitis.

- Pulmones de aspecto enfisematoso moderado.

- Sin otros hallazgos de interés».

En el apartado torácico no se describen nódulos, solo parénquimas pulmonares enfisematosos [EPOC conocida]. En abdomen no se describen metástasis hepáticas ni otras lesiones, y a nivel pélvico se describe una próstata de pequeño tamaño, sin imágenes nodulares ni masas pélvicas ni adenopatías. Las estructuras óseas muestran cambios artrósicos [degenerativos], sin lesiones líticas ni blásticas [es decir, sin lesiones sospechosas de malignidad/metástasis].

- En control del 16 de marzo de 2020 el PSA ha bajado a 0.98. Se registra en la evolución de Radioterapia que continua con hormonoterapia durante un año. El siguiente y ultimo agonista se administrará en junio de 2020.

- El 20 de marzo de 2020 en consulta telefónica en Centro de salud con su Médico de familia, se informa de los resultados de analítica, en los que figura sangre oculta en heces (SOH) positiva, por lo que se realiza interconsulta a Digestivo con carácter preferente, al Hospital (...) En la petición de la interconsulta se indica que el paciente refiere escozor anal y estreñimiento, no ha visto sangre cuando defeca, y no tiene dolor abdominal.

- El 27 de marzo de 2020 en consulta telefónica en Centro de salud con su Médico de familia, la mujer del paciente refiere que no tiene cita aún en el Hospital (...) , y se habla con Digestivo del Hospital (...) quienes refieren que con motivo del estado de alarma está todo parado salvo urgencias.

- El 17 de abril de 2020 se registra en notas clínicas de Oncología Radioterápica PSA: 6,98 ng/ml. Continúa HT durante un año. Próximo agonista (y último) en junio de 2020. Cita en 3 meses. Se solicita colonoscopia.

- El 14 de mayo de 2020 en consulta del Servicio de Oncología radioterápica del HUNSC consta: Evolutivo: No se hizo analítica. Refiere disuria. Pauto Monurol cada 24 h durante 2 días. Cita en 1 mes con analítica.

- Según la historia de Atención Primaria, el 19/06/2020 el paciente refiere dolor de tipo ciático y estreñimiento, que posteriormente responde a tratamiento laxante.

Se realiza tacto rectal, palpándose heces. A partir del 20/06/2020 se documenta dolor lumbar/dorsal. En consulta telefónica del 29/06/2020 se registra que «*no hay nada alarmante en la analítica*», en la que consta una prueba de sangre oculta en heces cuantitativo negativo [valor inferior al punto de corte de positividad, < 100] y una mejoría de las cifras de hemoglobina respecto a la analítica previa.

- El 22 de junio de 2020 tiene lugar la consulta en Digestivo del Hospital (...) , a la que fue remitido por SOH positivo, donde el paciente refiere estreñimiento de 6-7 días de evolución que no mejora con laxantes, aunque sí expulsa gases. No ha visualizado sangre, y ha estado tomando movicol y duphalac. No síndrome constitucional. El oncólogo del HUNSC le solicitó colonoscopia en el HUNSC. Solicita colonoscopia y ecografía.

- El 26 de junio de 2020 se realiza ecografía abdominal, con resultado diagnóstico de colelitiasis múltiple y quiste renal simple derecho.

- El 30 de junio de 2020 en consulta del Servicio de Oncología radioterápica del HUNSC, el paciente continúa con ardor al orinar, continuo e insoportable. Refiere haber acudido a Urólogo privado que aconseja cirugía des obstructiva. Se deriva Urología según valoración urología y solicitud del propio paciente. Clínica persistente sin mejoría a pesar de tratamiento. En analítica de 19 de junio PSA 3,12.

- El 2 de julio de 2020 el paciente acude a urgencias por dolor lumbar, estreñimiento y disuria, aunque en la exploración se realizó tacto rectal sólo se observó masa pétrea.

- El 12 de julio de 2020 acude de nuevo a Urgencias por dolor en flanco derecho sin otra sintomatología, en la exploración se detecta en tacto rectal masa que ocluye parcialmente la luz. Se realiza valoración por Cirugía General diagnosticando oclusión intestinal y solicita TAC que se realiza el 13 de julio de 2020 que concluye:

«Masas pélvicas que pierden planos con próstata/vesículas seminales y con recto, impresionando de proceso neoformativo rectal e implantes asociados.

Adenopatías asociadas pararrectales, ilíacas internas, ilíaca común derecha. Interaortocava.

Nódulos pulmonares a tener en cuenta en controles posteriores.

Nódulos hepáticos de nueva aparición, en probable relación con metástasis».

- El 14 de julio de 2020 se realiza colonoscopia en el HUNSC con resultado: «*DIAGNÓSTICO: 1- Sugestivo de neoplasia rectal. ¿Infiltración- metástasis?*».

- En la biopsia endoscópica de intestino grueso del 14/07/2020 se diagnostica, en un fragmento de colon entre 6–8 cm del margen anal, un adenocarcinoma intestinal bien diferenciado, y en otro fragmento, a 9 cm del margen anal, una lesión de características morfológicas e inmunohistoquímicas concordantes con carcinoma pobremente diferenciado de células pequeñas con rasgos neuroendocrinos.

- El 18 de julio de 2020 se realiza RM Estadificación de cáncer de recto, donde consta que *«Todos estos hallazgos son sugestivos de proceso neoformativo, siendo el recto la primera posibilidad diagnóstica, sin poder descartar totalmente un proceso neoformativo prostático».*

Conclusión:

«- Gran masa tumoral intrapélvica de 9,6 x 7 x 5,4 cm que infiltra cara lateral del recto y lado izquierdo de la próstata.

- Adenopatías tumorales múltiples locorregionales e ilíacas externas, la mayor de 3,4 x 1,8 cm.

- Metástasis óseas múltiples».

Finalmente, el paciente es diagnosticado de carcinoma neuroendocrino rectal localmente avanzado con metástasis pulmonares y hepáticas.

- El 11 de agosto de 2020 es visto en consulta externa de Oncología médica iniciando tratamiento con quimioterapia.

Diagnóstico de Sospecha: Gran masa pélvica con infiltración de recto y próstata compatible con Carcinoma microcítico con rasgos NE de primario no claro (recto +-próstata) EIV (óseas, hepática y gl+-sospecha M1 pulmonares)

- En marzo de 2021 se diagnostica de metástasis cerebrales siendo derivado a cuidados paliativos.

Según nota clínica del 26/03/2021 del Servicio de Radioterapia, se recoge: «carcinoma neuroendocrino pélvico, con infiltración de recto, vesículas seminales y próstata, con adenopatías pélvicas, metástasis pulmonares y hepáticas». Se documenta progresión cerebral en marzo de 2021. Se inicia irradiación paliativa Holo craneal.

- El 29/03/2021, en sesión clínica, se desestima continuar con tratamiento oncológico activo (se suspenden tratamiento quimioterápico y radioterapia paliativa),

dadas las características del paciente y de la enfermedad. Se mantiene seguimiento por Oncología Médica y la Unidad de Cuidados Paliativos.

- Fallece el 16 de mayo de 2021, con diagnóstico principal de Cáncer de recto con rasgos neuroendocrinos IV con metástasis cerebrales, hepáticas y retroperitoneales.

3. La reclamante fundamenta su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, en la consideración de que el fallecimiento de su esposo fue debido a un tratamiento incorrecto de su enfermedad, al no haber llevado a cabo todas las pruebas diagnósticas necesarias, pese a los síntomas que presentaba, para confirmar que se había producido una expansión de la enfermedad a otros órganos. Además, considera que el tratamiento de bloqueo hormonal no fue el adecuado, pues con anterioridad se había curado con tratamiento radioterápico. Alega también que por parte del HSJD no se realizaron pruebas como colonoscopia, biopsia o prueba de sangre oculta en heces dirigidas a detectar el avance de la enfermedad, pasando de un PSA de 5,55 en julio de 2018 a 7,36 el 17 de octubre de 2019. Que las pruebas se realizaron cuando ya la enfermedad había avanzado, y que nunca se le propuso intervención quirúrgica pese a la opinión del urólogo privado.

En suma, alega que no se adoptaron todos los medios para el adecuado diagnóstico del cáncer que padecía y, por tanto, de un tratamiento dirigido a evitar la extensión de la enfermedad.

Para acreditar tales manifestaciones la reclamante sólo propone como prueba la historia clínica del paciente, sin que llegara a presentar el informe pericial cuya aportación dejó anunciada en el escrito de proposición de prueba de 25 de mayo de 2022.

En la instrucción del procedimiento, además de la historia clínica del paciente, se emite informe por el Dr. (...), jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del CHUNSC, que, tras relatar los hechos relativos a la asistencia sanitaria extraídos de la historia clínica, realiza una valoración de la praxis médica, y concluye lo siguiente:

«El paciente presentó recidiva de su proceso tumoral prostático en 2013, siendo correctamente tratado con terapia hormonal intermitente con bueno respuesta. Se realizó TC de cuerpo completo y gammagrafía ósea entre octubre y noviembre de 2019 sin detectarse enfermedad pélvica ni a distancia.

En julio de 2020 es diagnosticado de carcinoma neuroendocrino localmente avanzado con metástasis hepáticas y pulmonares. Este tumor no guarda relación con el tumor de próstata presentándose de forma muy agresiva iniciando sintomatología leve en abril, empeoramiento

en junio (visto por urólogo extrahospitalario) y diagnóstico definitivo en julio, es decir, en un lapso de mes y medio aproximadamente, precisando ir a urgencias cuando estaba en proceso diagnóstico por su sintomatología.

Finalmente, visto todo lo sucedido y tal y como se desarrolló el proceso, creo que el paciente fue tratado correctamente. Sí se ve una situación totalmente inusual como es la aparición de un segundo tumor con una elevada agresividad imposible de prever».

Por su parte el SIP en su informe, manifiesta:

«En julio de 2020, tras las pruebas complementarias realizadas, se diagnostican:

- Un adenocarcinoma de colon/recto, entidad distinta e independiente del cáncer de próstata diagnosticado en 2007.

- Un tumor pélvico infiltrante que afecta a recto, vejiga y próstata, con histología de carcinoma de células pequeñas pobremente diferenciado con rasgos neuroendocrinos, y un perfil inmunohistoquímico neuroendocrino, histológicamente diferente del adenocarcinoma prostático inicial. Los carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados pueden aparecer en distintas localizaciones (colon, recto, páncreas, próstata, vejiga, etc.) y son neoplasias muy agresivas, de crecimiento rápido. Suelen presentar un pequeño volumen inicial (a veces microscópico) y, además, una alta capacidad de diseminación precoz, es decir, una tendencia a desarrollar metástasis desde fases iniciales, por lo que con frecuencia se diagnostican en estadios avanzados.

- En el caso que nos ocupa, el carcinoma neuroendocrino se diagnostica a partir de una biopsia del tracto digestivo inferior. Si bien la muestra se informa con pobre diferenciación, lo que dificulta establecer con certeza el origen primario, no obstante, el conjunto de hallazgos clínicos y radiológicos resulta más compatible con un origen rectal: en las pruebas de imagen la lesión impresiona de neoplasia rectal y, en la exploración del Servicio de Urgencias, se describe próstata compatible con hiperplasia prostática benigna junto con masa rectal.

El diagnostico final, cuando el paciente fallece, es de cáncer de recto con rasgos neuroendocrinos. además, en el TC de 2019 no se evidenciaban hallazgos compatibles con neoplasia prostática ni se describía la masa pélvica posteriormente identificada. En conjunto, estos elementos apoyan la afirmación recogida en el informe preceptivo de que "este tumor no guarda relación con el tumor de próstata, presentándose de forma muy agresiva".

(…)

"En conclusión, por parte del Servicio de Oncología Radioterápica, se realizó un control personalizado y adecuado de su patología prostática, con determinaciones periódicas de PSA y solicitud, en 2019, de las pruebas de imagen oportunas para descartar la existencia de

diseminación del cáncer de próstata, que resultaron negativas para enfermedad tanto localizada como metastásica. Incluso el urólogo privado que lo valoro en junio de 2020, ante clínica miccional, no llego a sospechar la existencia de una recidiva tumoral ni de metástasis, proponiendo únicamente una cirugía des obstructiva, propia de patología prostática benigna, no de un tumor de próstata.

Se subraya que el tumor diagnosticado en 2007 (adenocarcinoma de próstata) y la masa pélvica diagnosticada en julio de 2020 (carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado) no comparten la misma histología. además, esta segunda lesión impresiona de origen rectal, tanto por los hallazgos de imagen y la clínica como por el hecho de que el diagnóstico se establece a partir de una muestra del tracto intestinal.

En cuanto a la clínica digestiva, que comienza a manifestarse en marzo de 2020 sin signos de alarma, se solicitaron tanto desde Atención Primaria como desde Oncología las pruebas necesarias para descartar un cáncer de colon (interconsulta a Digestivo y colonoscopia), en un contexto de pandemia por COVID-19 que condiciono la actividad programada. El diagnostico se alcanza en menos de un mes desde que el paciente manifiesta síntomas digestivos persistentes, así como dolor lumbar/dorsal persistente. Se considera que, dado el tiempo necesario para la programación de pruebas en ese contexto pandémico excepcional y las propias características biológicas de los tumores diagnosticados, no puede objetivarse una pérdida de oportunidad asistencial imputable a los servicios intervinientes"».

Pues bien, analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas, y la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo, no se detecta ninguna acción que sea contraria a la *lex artis*. De los informes obrantes en el expediente, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el desgraciado resultado final del proceso no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud.

Queda acreditado que en la última revisión el 14 de noviembre de 2013 se constata recidiva bioquímica de su proceso prostático con PSA de 2,59 ng/ml, y se pauta tratamiento hormonal. Pese a la recomendación terapéutica el paciente rechaza el tratamiento porque no vuelve a acudir a consulta para iniciarlo, y no acude hasta septiembre de 2016, es decir casi tres años después. En ese momento se solicita nueva analítica con resultado de PSA de 3,88. Se pauta bloqueo hormonal con análogos de la FSHLH. El paciente, en este caso, sí inicia el tratamiento pautado.

Respecto a si el tratamiento de bloqueo hormonal fue o no adecuado, alega la reclamante que no lo fue por el simple hecho de que con anterioridad se había curado con tratamiento radioterápico, lo cual no es motivo suficiente para considerar incorrecto el tratamiento, puesto que las circunstancias eran absolutamente distintas. Consta, así que cuando en el año 2007 fue diagnosticado de cáncer de próstata el paciente presentó una cifra de PSA de 26,79 ng/ml, por lo que le realizaron biopsia prostática con resultado de adenocarcinoma, en cambio la situación en noviembre de 2013 fue de recidiva bioquímica con PSA de 2,59 ng/ml y tres años después de PSA de 3,88. Además, el único informe emitido por Especialista en Oncología radioterápica manifiesta que fue correctamente tratado con terapia hormonal intermitente.

Por otra parte, consta que el 17 de octubre de 2019 en revisión se detecta PSA de 7,36 por lo que se solicita gammagrafía ósea y TC de cuerpo completo, sin detectarse enfermedad pélvica ni a distancia, metástasis.

Es a partir de 20 de marzo de 2020 cuando comienzan a aparecer nuevos síntomas, como la SOH de la que se informa en consulta en Centro de salud con su Médico de familia, al detectarse en analítica sangre oculta en heces (SOH) positiva, frente a lo cual se adoptó la conducta adecuada mediante remisión a Digestivo con carácter preferente. En la petición de la interconsulta se indica que el paciente refiere escozor anal y estreñimiento, no ha visto sangre cuando defeca, y no tiene dolor abdominal. La consulta en Digestivo en el HSJD se demora hasta junio de 2020, pero debe tenerse en cuenta que en el momento en que se produce esta petición se había declarado el estado de alarma por la pandemia de COVID acaecida, y los síntomas que existían eran sin alarma.

En mayo de 2020 en consulta del Servicio de Oncología radioterápica del HUNSC el paciente refiere disuria y el 22 de junio de 2020 tiene lugar la consulta en Digestivo del Hospital (...) , donde el paciente refiere estreñimiento de 6-7 días de evolución, no ha visualizado sangre, no síndrome constitucional y consta que el oncólogo del HUNSC le había solicitado colonoscopia, y se realiza ecografía abdominal, con resultado diagnóstico de colelitiasis múltiple y quiste renal simple derecho. En junio de 2020 en consulta del Servicio de Oncología radioterápica del HUNSC, el paciente continúa con ardor al orinar, continuo e insoportable.

Por tanto, la primera sintomatología aparece a finales de marzo de 2020 con sangre oculta en heces y estreñimiento, en mayo presenta disuria, es decir, dolor o

ardor al orinar, que continúa en los meses siguientes, y en julio aparece dolor en flanco derecho. En todo este periodo el paciente fue valorado por los distintos Especialistas acorde con el cuadro clínico que presentaba, así además de continuar con el seguimiento por el Servicio de Oncología Radioterápica, fue valorado por Digestivo, por Urología y por Cirugía General y Digestiva, solicitando analíticas, colonoscopia, y TAC que se realiza el 13 de julio de 2020 que impresiona de proceso neoformativo rectal e implantes asociados, con nódulos hepáticos de nueva aparición, en probable relación con metástasis. El 14 de julio de 2020 se realiza colonoscopia en el HUNSC con resultado sugestivo de neoplasia rectal. Y el 18 de julo de 2020 se realiza RM Estadificación de cáncer de recto, donde consta que «*Todos estos hallazgos son sugestivos de proceso neoformativo, siendo el recto la primera posibilidad diagnóstica, sin poder descartar totalmente un proceso neoformativo prostático*». Finalmente, el paciente es diagnosticado de carcinoma neuroendocrino rectal localmente avanzado con metástasis pulmonares y hepáticas.

Por tanto, en tan sólo 4 meses desde el inicio de los primeros síntomas se diagnostica un carcinoma neuroendocrino localmente avanzado con metástasis hepáticas y pulmonares, por tanto, podemos concluir, por un lado, que el lapso de tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue el adecuado, realizando las pruebas pertinentes acordes con la sintomatología, y por otro lado, que el carcinoma se presentó de forma muy agresiva iniciando sintomatología leve entre marzo y abril, empeoramiento en junio y diagnóstico definitivo en julio, y según informa el especialista en Oncología radioterápica se trató de un tumor que no guarda relación con el tumor de próstata, es decir, aparición de un segundo tumor con una elevada agresividad siendo una situación totalmente inusual e imposible de prever, según el Especialista.

Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, se ha 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 tener en cuenta 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.

La reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone per se la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* 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 la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.