



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 111/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por L. y N.D.G.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 82/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado el 23 de marzo de 2015 por L. y N.D.G.S., en solicitud de una indemnización de 73.814,24 euros por la muerte de su padre, A.F.G.M., ocurrida en su domicilio el 25 de marzo de 2014, a causa de un shock hipovolémico por hemorragia digestiva masiva, provocado por un proceso tumoral diseminado, enfermedad que no fue debidamente diagnosticada por los servicios sanitarios dependientes del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento no se han observado deficiencias que obste un dictamen de fondo. Así, se ha emitido informe del Servicio de Inspección y Prestaciones; a las reclamantes se le ha dado vista del expediente y audiencia (sin que hayan presentado alegaciones); y el Servicio Jurídico departamental ha emitido informe sobre la Propuesta de Resolución desestimatoria que se somete a la consideración de este Consejo.

II

1. En su reclamación las interesadas alegan lo siguiente:

Que tuvieron conocimiento por primera vez de que su padre padecía un proceso tumoral mediante el informe forense solicitado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 2 de Arucas, en las Diligencias Previas 643/2014 que se incoaron tras el fallecimiento de su padre.

Que por tal motivo solicitan del Servicio Canario de la Salud la historia clínica de su padre, descubriendo que el proceso tumoral no había sido diagnosticado, a pesar de las múltiples veces que había acudido al centro de salud quejándose de dolor abdominal.

Que a la vista del mencionado historial comprobaron que es a partir del 8 de agosto de 2013 cuando su padre empieza a acudir por flatulencia, diarreas, distensión abdominal, siendo diagnosticado de diabetes mellitus tipo II.

Que el día 16 de agosto de 2013 acude al centro de salud quejándose de nuevo de dolor abdominal, que se acompaña de náuseas, falta de apetito y estreñimiento desde hace 10 días y que a la auscultación se aprecian ruidos intestinales. Su médico solicita interconsulta al Hospital Dr. Negrín. Valorado ese mismo día en el centro

hospitalario, se informa de la existencia de abundantes heces en marco cólico y ampolla rectal, estableciéndose como diagnóstico final dolor abdominal específico.

Que en el informe del Servicio de Urgencias del mencionado centro hospitalario se aconseja control por su médico de cabecera y la impresión clínica es de ser secundario el cuadro al estreñimiento pertinaz. Se administran espasmolíticos y laxante. En caso de persistencia clínica, valorar analítica completa y estudio por digestólogo. Acude en varias ocasiones más, y ya a partir del 27 de noviembre el diagnóstico es estreñimiento.

Que esa situación clínica se ve acompañada de alteración en parámetros analíticos con descenso de *Fe* (que ya existía en analítica de agosto de 2013) en diversos estudios de muestras sanguíneas solicitados.

Que en anotación de 11 de diciembre de 2013 se sigue transcribiendo diagnóstico de estreñimiento y en la anamnesis se refleja la inexistencia de antecedentes de cáncer de colon, no pérdida de peso y refiere estreñimiento y meteorismo.

Que el 25 de marzo de 2014 se produce el fallecimiento por las causas expuestas y hacen notar que el examen necrópsico menciona la existencia de nódulos metastásicos en hígado, masa tumoral en cabeza de páncreas y en riñón derecho.

Finalmente, manifiestan que a su progenitor en ningún momento, y hasta la fecha del fallecimiento, se le diagnosticó el proceso tumoral, circunstancia que impidió que pudiera recibir el oportuno tratamiento que evitara su muerte, o al menos si ello no fuera posible, aliviar los padecimientos hasta su defunción.

Con esos antecedentes, las reclamantes entienden que están en presencia de una responsabilidad por parte del Servicio Canario de la Salud tanto por la no disposición de medios diagnósticos (analíticas específicas para detectar sangre oculta en heces, pruebas de imagen como ecografías, TAC, resonancia magnética, Pet, etc.) como por no remitir al paciente al especialista del aparato digestivo, como había sugerido el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín.

2. El informe, de 19 de marzo de 2015, del Servicio de Inspección y Prestaciones, sobre la base de la documentación obrante en el expediente, contiene la siguiente relación de hechos:

«1.- El día 16-8-2013, el paciente de 56 años acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud Barrio Atlántico, por presentar dolor abdominal con nauseas, falta de apetito y estreñimiento desde hacía 10 días, sin fiebre. La exploración resultó con abdomen blando,

percusión negativa y presencia de ruidos intestinales sin megalias. Se derivó al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín (HUGCDN).

2.- En dicho Hospital, el día 16-8-2013 a las 10:00 hs. -según el informe del Servicio de Urgencias-, el paciente es explorado por dolor abdominal, desde hacía 10 días que se asocia a estreñimiento. Al parecer tomaba alguna medicación que le produjo diarrea y al suspender dicha medicación se instauró el estreñimiento.

La exploración del abdomen resultó dentro de lo normal; con abdomen blando y depresible, no doloroso, sin defensa, ni peristaltismo, signo de Murphy negativo -sería positivo en la coledocistitis aguda-, EEG sin alteraciones isquémicas agudas y en la Rx. de abdomen se observó abundantes heces en el marco cólico y ampolla rectal.

Diagnóstico: Dolor abdominal inespecífico que tras tratamiento con Buscapina simple y observar la evolución en Urgencias del Hospital, impresiona de ser secundario el cuadro a estreñimiento pertinaz. Se administró antiespasmolíticos y Micralax. Se indicó que en caso de persistencia clínica y si existiera dolor, control por su médico de cabecera, valorar analítica completa y estudio por médico digestólogo.

3.- El 19-8-2013, acude a consulta del Centro de Salud Barrio Atlántico y se le solicita analítica de sangre y orina cuyo resultado se recibe el 30-8-2013, siendo el normal para el hemograma.

4.- Mencionar que el Informe médico forense indica que el duodeno estaba rodeado de la cabeza del páncreas, que se palpa duro; al corte se observa tejido fibrótico y hemorrágico, compatible con masa tumoral (el duodeno tenía masa tumoral). También había nódulos metastásicos en hígado (hígado cirrótico probablemente por el abuso de bebidas alcohólicas), y en riñón derecho también se detectó tumor.

5.- Transcurren tres meses y el 11-11-2013, el paciente acude a consulta de su centro de salud únicamente para repetición de recetas; sin ninguna sintomatología referida a dolor abdominal o estreñimiento.

Conveniente esclarecer que el paciente era tributario de enolismo (abuso del alcohol, desde 16 de abril de 2009), hipertensión esencial (desde 16 de abril de 2009), hipercolesterolemia pura (desde 7 de mayo de 2009), diabetes mellitus tipo II (desde 7 de mayo de 2009) y hábito tabáquico; por todo ello, era habitualmente controlado y tratado en su centro de salud, con los medicamentos pertinentes.

6.- El 27-11-2013 acude por estreñimiento y se indica analítica y el día 28 se receta Plantaben y Micralax. En la autopsia practicada, no se halló cáncer de colon; luego el estreñimiento no se debía a la existencia de neoplasia en colon.

7.- El 11-12-2013, el paciente acude para resultados de la analítica pautada el día 27, en la que destaca la glucosa elevada hasta 247, siendo los valores normales de 70 a 110 mg/dl y el hierro de 48, siendo los valores normales de 59 a 158 ug/dl, sin anemia constatable. El

paciente estaba siendo medicado con A.A.S. como antiagregante plaquetario, desde noviembre de 2012, por el riesgo cardiovascular que entrañaría la diabetes II, el hábito tabáquico y la hipertensión, padecidos por el paciente. Ello tendría, como consecuencia, el descenso del hierro en sangre -pero sin anemia- por micro pérdidas hemorragias, escasas pero duraderas en el tiempo.

La relación de la glucemia (glucosa en la analítica) y la hemoglobina glucosilada en sangre es fundamental para el control de la diabetes. Por debajo del 7% (siendo normalidad entre 4-5 y 6 %) el riesgo cardiovascular existente en toda diabetes, se reduce considerablemente. No obstante en la exploración el paciente resulta hemodinámicamente estable, sin meteorismos, abdomen blando sin dolor a la palpación sin irritación peritoneal sin pirosis (acidez), no pérdida de peso y sin antecedentes de ca. de colon (colegimos que ni personal ni familiar).

8.- El 31-1-2014, acude únicamente para repetición de recetas, no manifestando al médico de familia, ninguna sintomatología; no constando más consultas en su Centro de Salud.

9.- El paciente fallece el día 25 de marzo de 2014. Los familiares del paciente, lo hallan/descubren fallecido en su cama a la 14:00 hs. La familia lo vio, por última vez, la noche anterior durante la cena y no manifestó ningún síntoma; cenó "verduras y fritos". Lo cual nos indica que, supuestamente, se encontraba bien, con apetito.

10.- En el Informe de la autopsia médico legal del Servicio de Patología Forense, del Instituto de Medicina Legal de las Palmas, remitido por los médicos forenses al Juzgado de Instrucción nº 2 de Arucas, el 26-3-2014, se indica las siguientes conclusiones médico legales:

Se trata de una muerte natural. Causa inmediata de la muerte: shock hipovolémico. La causa fundamental es una hemorragia digestiva masiva. Proceso tumoral diseminado. La data del fallecimiento se estima entre las 7:00 y las 10:00 horas, del día 25 de marzo de 2014.

11.- Los médicos forenses hallaron nódulos metástasis en hígado y masa tumoral en duodeno y riñón derecho.

12.- El informe asistencial de la ambulancia sanitizada/medicalizada que acudió al domicilio del paciente (aprox. a las 14:15 hs.), indicó que el paciente se hallaba en posición de decúbito supino sobre la cama, con signos avanzados de muerte.

13.- La fuerza Instructora de La Comandancia de La Guardia Civil, que acude al domicilio del fenecido (a las 14:30 hs.), en su atestado del día 25 de marzo de 2014, hace constar lo siguiente: El paciente falleció al parecer por causas naturales. Los familiares lo descubren fallecido en la cama de la habitación en la que se encontraba y donde fue hallado por aquellos, en posición de decúbito supino sobre la cama (es decir boca arriba).

14.- Tanto por lo manifestado en el Informe médico legal, como por el informe de la ambulancia y el atestado de La Guardia Civil se puede deducir que el paciente no tenía ninguna sintomatología que hiciera sospechar -ni siquiera la noche anterior al óbito- que el paciente se hallaba afectado por una patología aguda y, aún menos, que padeciese un cáncer; falleciendo al parecer de forma natural, sin ninguna manifestación que pusiera en sobre aviso/advertencia -a los familiares convivientes con el paciente *exitus*-, ni durante la cena, ni tampoco en el descanso nocturno».

3. Este informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, con fundamento en esos hechos, concluye:

«1.- Según las conclusiones médico legales del informe de autopsia, el paciente fallece de muerte natural (mientras el paciente yacía acostado “boca arriba” en su cama y en su domicilio), por el shock hipovolémico que le causaría una hemorragia digestiva masiva. En el mismo informe se señala que existe un proceso tumoral diseminado.

2.- Constatamos que el paciente no acudió en tres meses a su centro de salud y cuando lo hizo fue para repetición de recetas, sin referir sintomatología dolorosa abdominal, ni estreñimiento. El 27-11-2013, acude por estreñimiento y se le indica analítica y el día 28, se le receta Plantaben y Micralax.

En la autopsia practicada, no se halló cáncer de colon y por tanto el estreñimiento no se debió a este.

En la consulta del 1-12-2013, la exploración realizada al paciente resultó hemodinámicamente estable, sin meteorismos, abdomen blando, sin dolor a la palpación: sin irritación peritoneal, sin pirosis (acidez), no pérdida de peso y sin antecedentes de ca. de colon (colegimos que ni personal ni familiar). Tan solo destacaba, en la analítica, la elevación de la glucosa, obviamente por su diabetes, y el descenso del hierro, imputable probablemente y como venimos diciendo, a las micro-hemorragias escasas pero duraderas en el tiempo, sin anemia, por el consumo diario de A.A.S./Aspirina, pautado como medicación antiagregante por riesgo cardiovascular, toda vez que el paciente era diabético, hipertenso, con hipercolesterolemia y con hábito tabáquico. Al no evidenciarse otros síntomas de los que deducir causa, esa disminución férrica -en ausencia de anemia-, pudo, supuestamente, atribuirse al tratamiento pautado al paciente con A.A.S., (Aspirina), desde el año 2012.

Dos meses después, el 31-1-2014, acude únicamente para repetición de recetas, no manifestando al médico de familia, ninguna sintomatología; no constando más consultas en su centro de salud; falleciendo casi dos meses más tarde, el día 25 de marzo de 2014, lo que sumados a los dos meses referidos, anteriores a la visita del 31 de enero de 2014, resultan casi cuatro meses en los que el paciente no manifestó, presuntamente, sintomatología alguna de la que deducir -por parte de los médicos de familia, del Centro de Salud Barrio Atlántico de las Palmas de Gran Canaria- una sospecha de neoplasia.

3.- De los informes emitidos en el expediente se debe inferir que se ha respetado la buena práctica médica, en el curso del tratamiento otorgado a la señora reclamante, quien actualmente formaliza la reclamación.

4.- Comprobamos la correcta utilización de medios materiales y recursos humanos de los servicios asistenciales en la Administración sanitaria, desempeñando aquellos con los que por normativa estatutaria se les asigna y cumpliendo con el compromiso de la sistemática médico-quirúrgica.

5.- Justificamos como fundamental, para determinar la responsabilidad de la Administración sanitaria, que aparte del supuesto daño suscitado y una relación de causa entre este y la actividad médica (que estimamos no existe), debe existir infracción que pueda demostrarse del arte adecuado de actuación en los profesionales médicos y del parámetro de actuación de los profesionales médicos, que permite valorar la corrección de los actos médicos continuados, denominado *lex artis*.

(...)

8.- No quedada resuelto por parte de los señores reclamantes que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis* ni que hubo incumplimiento y/o infracción de la misma, y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; bien al contrario, existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial, ya que la existencia de esta requiere del nexo causal -que, como dijimos, entendemos que no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración sanitaria es indispensable que esta se demuestre y pruebe por quienes la pretenden.

De modo que, el servicio público actuó en todo instante conforme a la *lex artis* y a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquel una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo esta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

9.- Pese a que por la parte de los señores reclamantes se solicita se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración, el Servicio de Inspección, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos devengados, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración sanitaria, no hallando anormalidad alguna en el transcurso del proceso asistencial, ni el nexo de causalidad necesario para la pretensión reclamada; llegando a la conclusión razonada, de que no cabe considerar la actuación de aquellos como la causa del daño reclamado.

Consecuentemente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones estima establecer la inexistente responsabilidad patrimonial en la Administración sanitaria».

III

1. Con base en el antedicho informe, la Propuesta de Resolución resuelve desestimar la pretensión resarcitoria de las interesadas al entender que en el presente caso no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En su reciente Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo señala:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Como ya hemos expuesto en otras ocasiones (vid. por todos el DCC 397/2015), conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis*

ad hoc; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

2. Las reclamantes fundamentan su pretensión exclusivamente en una negligencia profesional en la medida en que los servicios sanitarios no diagnosticaron la enfermedad que motivó el fallecimiento de su padre.

Tal como concluye el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, la exploración realizada al paciente resultó hemodinámicamente estable, sin meteorismos, abdomen blando, sin dolor a la palpación: sin irritación peritoneal, sin pirosis (acidez), sin pérdida de peso y sin antecedentes de cáncer de colon. La elevación de la glucosa se podía justificar por el consumo diario de A.A.S./Aspirina, pautado como medicación antiagregante por riesgo cardiovascular, toda vez que el paciente era diabético, hipertenso, con hipercolesterolemia y con hábito tabáquico. Ni por síntomas comunes, ni por los específicos, ni por la edad, cabría un diagnóstico de sospecha de cáncer de duodeno; (ni siquiera la radiografía de abdomen practicada en urgencias el 16-8-2013 evidenció la presencia de neoplasia intestinal). En suma, que durante casi cuatro meses el paciente no manifestó sintomatología alguna de la que deducir una sospecha de neoplasia.

Esas conclusiones nos llevan a concluir que en el presente caso se ha respetado la buena práctica médica y que se ha realizado una correcta utilización de medios materiales y recursos humanos de los servicios asistenciales en la Administración sanitaria.

En ese sentido, no es ocioso recordar que el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Esta solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara que:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

Asimismo, en la STS de 17 julio de 2012 se razona en relación con el «error de diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales», que:

«Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”».

En el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

Por consiguiente, como el fallecido no presentó síntomas concluyentes que obligaran a sospechar que padecía un proceso tumoral, no eran exigibles otras pruebas complementarias a las realizadas. Esa circunstancia es corroborada por el

hecho de que el padre de las reclamantes falleció en la cama de su domicilio, sin que los familiares detectasen nada anormal.

Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, hemos de concluir que no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado. Hemos de insistir en que el servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de diagnosticar oportunamente las patologías cuyos síntomas no se manifiestan, sin que concurren datos clínicos que impongan pruebas diagnósticas para detectarlas, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

En definitiva, no existe nexo causal entre la asistencia médica prestada y el daño alegado, por lo que procede, tal como razona la Propuesta de Resolución, la desestimación de la pretensión resarcitoria, por lo que es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por L. y N.D.G.S.