



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por S.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 122/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma.

2. La interesada en este procedimiento no ha cuantificado la indemnización que reclama. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía 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. Belda Quintana.

II

1. S.A., mediante escrito presentado ante la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios el 24 de abril de 2012, insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

En su escrito inicial alega, entre otros extremos, lo siguiente:

«Quiero presentar una demanda contra el doctor (...) para la compensación de sufrimiento adicional, de la reducción permanente de la calidad de mi vida, de la gran ruptura de mi vida normal y de los gastos extra enormes que tuve que pagar porque él no me dio la asistencia médica adecuada. La calidad de mi vida está reducida a causa del diagnóstico tardío de mi enfermedad mieloma y amilosis y del daño adicional de mi cuerpo pausado de esa demora.

Hubiera sido posible ser tratada aquí en las Islas Canarias, pero después de sentirme mal durante dos años, de empeorar más y más y de perder mucho peso y movilidad, finalmente perdí la confianza y estaba forzada de dejar la vida que había elegido aquí, para volver al Reino Unido para obtener el tratamiento.

El doctor (...) no estuvo dispuesto a aceptar que yo estaba gravemente enferma y no quiso investigar mis síntomas.

El diagnóstico fue hecho muy rápido en el Reino Unido por un nefrólogo que escuchó la historia de mis síntomas, sospechó amilosis ya en la primera consulta, pidió las pruebas adecuadas y me mandó al médico especialista para el tratamiento.

Le adjunto los justificantes del diagnóstico y tratamiento médico en el Reino Unido, que incluyó 18 semanas de CTD; ciclofosfamida, talidomida, dexarmatazona (anejo 1) en 2010, seguido de un trasplante de células madre en marzo del 2010 (anejo 2).

Adjunto una copia del resultado del escáner TAC (anejo 3) que muestra el daño en mi espina dorsal y el resultado de una prueba de densidad ósea (anejo 4) que muestra el grado de osteoporosis (una prueba de densidad ósea anterior, hecha en Lanzarote antes del año 2008 mostró que sólo tenía osteopenia en esa fecha).

Les adjunto una copia de la carta que mandé al Colegio de Médicos en febrero del 2011 (anejo 5) que incluye la historia de mis síntomas y el tratamiento en Lanzarote, su contestación (anejo 6) a mi carta anterior dirigida a ustedes (adjunto 7) y una copia de la recomendación de mandarme a una prueba de los riñones (anejo 8) recomendación a la que el doctor (...) se negó.

Les he incluido los justificantes de mi derecho a ser tratada aquí (anejos 9 y 10) como residente desde el año 1998.

Adicionalmente les he incluido la historia de mis citas y pruebas en el Hospital General de Lanzarote, lo que me recomendó mi abogado (anejo 11).

Tengo una pequeña hipoteca por mi apartamento en Lanzarote que tuve que mantener. También tuve que alquilar un apartamento en Reino Unido. Adjunto justificantes de los gastos incurridos, incluyendo el alquiler y otros gastos del apartamento (impuestos municipales, electricidad, agua, licencia de televisión obligatoria en Reino Unido), (anejo 12), de mi hipoteca en Lanzarote (anejo 13) y de los vuelos que tuve pagar (anejo 14)».

La reclamante no cuantifica la indemnización que solicita.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo al alegar daños personales y patrimoniales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

4. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo. Constan en el expediente las siguientes actuaciones:

El 31 de julio de 2013, se remite por la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la reclamación presentada.

Mediante Resolución de 30 de agosto de 2013, se admite a trámite la reclamación formulada, lo que se notificó a la interesada.

Se solicita seguidamente informe al Servicio de Inspección relativo a los hechos que sustentan la reclamación, una vez haya requerido el informe del Servicio presuntamente causante del daño y la copia de la historia clínica de la interesada. La solicitud de informe se reitera con fecha 28 de abril de 2014.

Este informe se emite con fecha 27 de mayo de 2014. En el mismo se plantea la prescripción de la reclamación, y concluye en la corrección de la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

El 10 de noviembre de 2014, se dictó acuerdo probatorio admitiendo las pruebas documentales propuestas por la interesada y las aportadas por la Administración, si bien, al constar ya incorporadas en el expediente, se ordena que se pase al siguiente trámite del procedimiento.

En esta misma fecha se otorga a la interesada trámite de audiencia, notificado el 10 de enero de 2015 tras un primer intento infructuoso, sin que presente alegaciones en el plazo concedido al efecto.

Se ha elaborado finalmente la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Constan en el expediente los siguientes antecedentes de interés, tal como han sido puestos de manifiesto por el Servicio de Inspección en su informe:

- La reclamante posee antecedentes de hipotiroidismo, osteoporosis e hipertrigliceridemia. Refiere que en 2008 inicia cuadro de dolor de músculos y de pecho.

- A comienzos del año 2008, consta en la historia clínica de Atención Primaria vacunas (tifus y hepatitis) relacionadas con viaje a Sri Lanka en abril de ese mismo año. En otras consultas se hace referencia a faringitis y ganglión en dorso de mano izquierda.

- El 18 de septiembre de 2008, presenta sintomatología de dolor torácico con EKG normal que se deriva a consulta de Cardiología.

En octubre de 2008 se practica prueba de esfuerzo y ecocardiograma y en diciembre Spect miocárdico. Asimismo, se practica cateterismo cardiaco entre el 25 y el 27 de agosto de 2009 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, con el resultado de coronarias sin lesiones.

- De la analítica practicada el 26 de agosto de 2009 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín resulta que no se objetiva cantidad elevada de proteínas en la sangre; los niveles de urea y creatinina (inferior a 2 mg/dL) no revelan funcionamiento renal alterado; la cifra de calcio no se encuentra elevada (Ca. sérico inferior a 10,5 mg/dL); y no existió anemia normocítica, normocrómica con hemoglobina <10 g/dL, lo que sí ocurre en los casos de mieloma múltiple.

Ello coincide con los resultados obtenidos en las analíticas efectuadas en Atención Primaria en las fechas: 17 de octubre de 2008 y 21 de septiembre de 2009. Esta última incluye un valor de filtrado glomerular normal (≥ 60), por tanto sin afectación renal.

- El 27 de octubre de 2008 consta en la historia clínica dolor en cadera izquierda, se pauta tratamiento antiinflamatorio y se solicita radiografía de cadera que refleja coxartrosis con calcificaciones periarticulares. Su médico de cabecera la deriva a Traumatología el 3 de noviembre de 2008.

- En consulta de Traumatología del Hospital, es valorada el 1 de diciembre de 2008 por bultoma en mano izquierda, para lo que pide resonancia magnética, y coxalgia izquierda con dolor en trocánter, y observando calcificaciones en la radiografía se recomienda tratamiento rehabilitador con ondas de choque.

- El 6 de marzo de 2009, se extirpa el quiste de la mano izquierda.

- En el año 2009, constan visitas por coxartrosis y dolor en zona lumbar en Atención Primaria entre el 3 de marzo y el 27 de abril. No existen referencias posteriores.

- El 20 agosto de 2009, acude por forúnculo en región inguinal y clínica de molestias digestivas, es derivada a consulta de Digestivo.

En el Hospital de Lanzarote, en dicha consulta, se valora la ecografía abdominal de 9 de septiembre de 2009, sin hallazgos significativos. Manifestado por la reclamante pérdida de peso y episodios diarreicos se solicita con carácter preferente: gastroscopia y colonoscopia. Se solicita asimismo analítica con

hemograma, coagulación, determinación de anticuerpos antiparietales, ácido fólico, vitamina B12, marcadores tumorales, serología vírica.

Se realizan las exploraciones obteniendo el diagnóstico de gastritis erosiva, y divertículos aislados de colon, proponiendo nuevas pruebas con anestesia.

- Cambia de médico de cabecera a comienzos de septiembre de 2009.

- Por cuenta de la reclamante, se realiza ecografía abdominal el 9 de septiembre de 2009 que no objetiva alteraciones significativas en hígado, riñones, páncreas, etc.

- El 16 de septiembre de 2009, por dolor en fosa renal sugestivo de litiasis, desde Atención Primaria se cursa interconsulta a Urología. En enero de 2010, es valorada por Urología en el Hospital Dr. José Molina Orosa, sin objetivar patología, se solicita analítica de orina y urografía intravenosa. Los estudios se interrumpieron por encontrarse fuera de la isla.

- La reclamante es atendida con cargo al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) al menos a partir del 9 de marzo de 2010. Se practica estudio biopsia de médula ósea el 26 de marzo de 2010 (>10% de células plasmáticas) y es diagnosticada de mieloma múltiple de cadenas ligeras.

Posteriormente, en noviembre de 2010, tras biopsia de piel, es diagnosticada de amiloidosis sistémica AL (de cadena ligera) o primaria.

- Con el fin de controlar la enfermedad inicial, antes de recolectar las células madre de la paciente para el trasplante, se administran 6 ciclos de quimioterapia CTD (marzo a septiembre de 2010). En noviembre se diagnostica la amiloidosis. Se obtiene una excelente respuesta al tratamiento.

- En diciembre de 2010, se efectúa colecta de progenitores para TAPH mediante diversos tratamientos de movilización, y en marzo de 2011 se realiza trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH).

- El seguimiento de su enfermedad comienza realizándose cada dos semanas y progresivamente se va espaciando hasta llegar a cada cuatro meses a partir de julio de 2012.

Por otra parte, desde el 17 de enero de 2012 no requiere ningún tratamiento para mieloma/amiloidosis, salvo seguimiento.

- En informe clínico aportado de fecha 17 de julio de 2013, emitido por facultativo del centro del Reino Unido, consta que la paciente se encuentra con muy buen estado de salud permaneciendo el análisis sérico de cadenas ligeras libres en

rangos de normalidad, al menos desde abril de 2012 (determinación empleada para monitorización de la respuesta al tratamiento, así como marcador de progresión y pronóstico en pacientes afectados de mieloma múltiple).

- Desde febrero de 2010 y hasta la actualidad, carece del derecho a asistencia sanitaria a cargo del servicio público de salud español, salvo las circunstancias de urgencias que prevé la ley, según consulta realizada al Departamento de Tarjeta Sanitaria del Servicio Canario de la Salud.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar prescrito el derecho a reclamar de la interesada. No obstante, en su Fundamento de Derecho cuarto se analiza también la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la reclamante por el Servicio Canario de la Salud.

Por lo que a la prescripción se refiere, sostiene la Propuesta de Resolución que la reclamante conoce el alcance del proceso clínico que sufre al menos desde el 7 de febrero de 2011, fecha de su escrito presentado ante el Colegio Oficial de Médicos, a lo que se añade que, como informa el Servicio de Inspección, la finalidad de los tratamientos para las patologías por ella padecidas es siempre frenar la evolución de la enfermedad, alcanzar remisiones prolongadas y mejorar los síntomas, ya que no existe cura definitiva.

Entiende la Propuesta de Resolución, tras la cita de diversa jurisprudencia, que la finalidad última del art. 142.5 LRJAP-PAC no es otra que la de huir de todo planteamiento estricto y limitativo del cómputo del plazo, y por ende de la apreciación de la prescripción en aras de facilitar el ejercicio de los derechos que en este ámbito asisten a los interesados. No obstante, añade, el juego del principio *pro actione* no puede suponer una quiebra injustificada del sistema de prescripción, por lo que es necesario precisar que la expresión «desde la determinación del alcance de las secuelas», no exige necesariamente que el afectado tenga que pasar, de hecho, por todas las fases y estados patológicos, sino que si existe un diagnóstico que de manera clara suministre al interesada el cabal conocimiento de su enfermedad y de las secuelas o consecuencias que vayan a generarse, de tal modo que pueda hacerse una representación del alcance del daño padecido, no se justifica que el ejercicio de la acción pueda prolongarse en el tiempo *sine die*, a espaldas de toda cobertura legal.

3. Pues bien, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 142.5 LRJAP-PAC, el derecho a reclamar prescribe al año

de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

De conformidad, pues, con este precepto legal, es a la fecha de la curación o de la determinación de la irreversibilidad del daño a la que hay que atenerse como término inicial del plazo prescriptivo de un año, como reiteradamente ha sostenido el Tribunal Supremo, constante en señalar que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de ser aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas (SSTS de 31 de octubre de 2000, 11 de mayo de 2001, 28 de febrero, 21 de mayo y 21 de junio de 2007, 1 de diciembre de 2008, 15 de diciembre de 2010, 15 de febrero, 21 de junio y 29 de noviembre de 2011, 10 de abril de 2012, entre otras).

A estos efectos, la jurisprudencia ha venido distinguiendo entre daños permanentes y daños continuados. Como señala la Sentencia de 8 de octubre de 2012, con cita de numerosos pronunciamientos anteriores, por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo. Se trata de daños que pueden ser evaluados económicamente desde el momento de su producción y por eso el día inicial del cómputo es el siguiente a aquel en que el daño se produjo. En cambio, los daños continuados, conforme a la citada jurisprudencia, son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un periodo de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Por ello, para este tipo de daños, el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos, o, como dice el art. 145.2 de la Ley 30/1992, para los daños físicos o psíquicos inferidos a las personas físicas, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (SSTS de 17 de febrero de 1997, 26 de marzo de 1999, 31 de octubre de 2000, 11 de mayo de 2001, 29 de junio y 10 de octubre de 2002, 11 de mayo de 2004, 28 de febrero, 21 de mayo y 21 de junio de 2007, 1 de diciembre de 2008, 14 de julio y 15 de diciembre de 2010, 15 de febrero, 21 de junio y 29 de noviembre de 2011 de 2010, 22 de febrero, 10 de abril y 12 de septiembre de 2012 y 2 de abril de 2013, entre otras).

Asimismo, también ha reiterado el Tribunal Supremo que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad de ser aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas, y una vez establecido dicho alcance definitivo de la enfermedad y sus secuelas, los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten (SSTS de 28 de febrero de 2007, 18 de enero de 2008, 14 de julio de 2009 y 2 de abril de 2013, entre otras).

En el presente caso, la reclamación fue presentada por la interesada, como acaba de señalarse, con fecha 24 de abril de 2012, alegando mala praxis en la atención que le fue prestada por el facultativo del Centro de Atención Primaria al que se refiere en su escrito, que no le pautó en su opinión las pruebas diagnósticas pertinentes en aras a determinar la enfermedad padecida. Esta enfermedad fue posteriormente diagnosticada en el Reino Unido en mayo de 2010 (mieloma múltiple) y noviembre del mismo año (amiloidosis). Por estas patologías recibió diversos tratamientos médicos con posterioridad, que cesaron con fecha 17 de enero de 2012 ante la evolución favorable de las enfermedades padecidas, si bien ha continuado con controles posteriores. En informe clínico de 17 de julio de 2013, consta que la paciente se encuentra con muy buen estado de salud, permaneciendo el análisis sérico de cadenas ligeras libres en rangos de normalidad al menos desde abril de 2012.

Aplicando el criterio jurisprudencial anteriormente citado, en el presente caso no puede estimarse que se haya producido la prescripción del derecho a reclamar de la interesada. La Propuesta de Resolución estima como *dies a quo* el 7 de febrero de 2011, considerando que en este momento ya la reclamante tenía conocimiento de su enfermedad. Obvia sin embargo el curso clínico posterior, que ha mostrado una evolución de la enfermedad de carácter favorable, como informa el facultativo que atendía a la paciente, a partir de abril de 2012. Es pues esta última fecha la relevante a los efectos del cómputo del plazo de prescripción, sin perjuicio de que la paciente deba continuar sometida a controles o revisiones posteriores a fin de evitar ulteriores complicaciones en su salud o la progresión de la enfermedad.

En definitiva, la reclamación presentada el 24 de abril de 2012 no resulta extemporánea.

4. La no apreciación de la prescripción obliga a analizar en el presente dictamen el fondo del asunto, pues la Propuesta de Resolución ya contiene un pronunciamiento al respecto.

La Administración considera que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la *lex artis*, al haberse puesto a su disposición todos los medios disponibles de acuerdo con los síntomas presentados y que la enfermedad que padece, de las denominadas raras, es poco frecuente y de difícil diagnóstico.

De lo actuado en el expediente resulta efectivamente que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido adecuada, pues a la misma se le practicaron todas aquellas pruebas que resultaron pertinentes a la vista de los síntomas que presentaba en cada momento.

Así, como acredita el Servicio de Inspección de acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica de la paciente, en cada visita a los Centros del Servicio Canario de la Salud se utilizaron los recursos necesarios, se derivó a especialistas (cardiólogo, traumatólogo, digestivo, urología) y se solicitaron pruebas diagnósticas para conocer el origen del cuadro manifestado por la paciente en cada momento [radiografía, analíticas, ecocardiograma, cateterismo, gastroscopia, colonoscopia (...)].

Informa a este respecto el Servicio de Inspección que el caso de la paciente es de gran complejidad. Así, por una parte, el mieloma múltiple padecido es una neoplasia con repercusión multiorgánica y de presentación variada en cada paciente, lo que condiciona que las manifestaciones clínicas sean diversas, dificultando su diagnóstico. A ello se une la circunstancia de que las pruebas que se realizaron a la paciente resultaron todas ellas dentro de la normalidad, sin que pudiera observarse una causa orgánica que respondiera a la sintomatología que presentaba y ello debido a que la amiloidosis asociada a mieloma múltiple es una enfermedad poco frecuente con un difícil diagnóstico, como demuestra en la propia paciente la secuencia diagnóstica, pues si bien el mieloma fue diagnosticado en marzo 2010, la amiloidosis no lo fue hasta ocho meses después (noviembre del mismo año).

En cualquier caso, lo relevante a estos efectos es que, como señala la Propuesta de Resolución, se pusieron a disposición de la paciente los medios precisos para tratar de diagnosticar la enfermedad de acuerdo con los síntomas en cada ocasión manifestados. A este respecto, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas), 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*, 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, ya que, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo 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 por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Estos medios se pusieron en este caso a disposición de la paciente, teniendo en cuenta los síntomas que presentaba en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*.

Por lo demás, tampoco se ha acreditado en el expediente que la ausencia de diagnóstico durante el periodo en que la reclamante fue atendida por los Centros del Servicio Canario de la Salud le haya originado un peor pronóstico en la evolución de sus patologías ni que, como señala el Servicio de Inspección, un diagnóstico alcanzado con anterioridad hubiera evitado su desarrollo.

Se ha de concluir por ello en la inexistencia de nexo causal entre el daño alegado y la actuación de la Administración sanitaria y, en su consecuencia, en la desestimación de la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I O N E S

1. Por las razones expuestas en el Fundamento III.3, no procede apreciar la prescripción del derecho a reclamar de la interesada.

2. En cuanto al fondo del asunto la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación interpuesta por S.A., se considera conforme a Derecho.