

**Expediente:** 54/2008

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

**Dictamen:** 1/2009, de 19 de enero

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 19 de enero de 2009,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfonso Zuazu Moneo,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 1 de diciembre de 2009 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa de los artículos 16 y 19 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 140/2008, de 20 de noviembre, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, suspendiendo el plazo para la resolución durante el periodo que el Consejo de Navarra necesite para emitir informe, y la notificación de la Orden Foral a los interesados.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito que tiene entrada el día 1 de julio de 2008, don ... formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria en relación al funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, solicitando una indemnización por los daños y perjuicios sufridos por un importe de 180.000 euros.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan.

Don ... venía siendo tratado en el Hospital “...” de un “cuadro de cirrosis hepática”, según resulta de los informes médicos que acompaña emitidos los durante los meses de junio y julio de 1999, realizándose a partir del año 2000 diversas “TAC de abdomen”, según resulta de los informes emitidos en enero de 2000, febrero de 2002, abril de 2004 y febrero de 2006.

Reseña la reclamación que en el informe médico emitido el 2 de abril de 2004, consta el hallazgo de “pequeño derrame pleural derecho y tractos en base izquierda” sobre el que, dice, nada se dijo al paciente.

Continúa la reclamación señalando que en el mes de abril de 2007, estando de vacaciones, tuvo que ingresar en el Hospital ... de Elche por sufrir “una insuficiencia respiratoria grave con disnea importante”, centro en el que afirma el reclamante “relacionan su actual dolencia con los hallazgos del TAC del año 2004 y sospechan de una fibrosis pulmonar idiopática”, cuyo diagnóstico se confirma “ya en el Hospital ... y en consultas externas de Neumología en Pamplona”.

Concreta el escrito la causa de su reclamación en la “falta de respuesta al hallazgo del TAC del año 2004, con la realización de las pruebas pertinentes para explicar la causa del mismo”. Entiende el reclamante que de haberlo hecho “hubiera llevado a un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y evitar la evolución de la enfermedad hasta un punto tan grave”, de manera que para el reclamante la responsabilidad de la Administración

deriva de que “cuando su dolencia era incipiente no se le pautó un tratamiento realmente eficaz y adecuado a la patología; sólo cuando es muy grave, y en otro centro, se llega al diagnóstico correcto”, representando su condena “a vivir con un grave problema neumológico que puede llegar a comprometer su vida”.

El reclamante, que acompaña a su reclamación algunos informes médicos emitidos por los distintos servicios de los centros sanitarios que le atendieron, fundamenta legalmente su reclamación en la invocación de los artículos 106.2 de la Constitución Española, y 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), valorando económicamente el daño “provocado por la falta de diagnóstico y tratamiento que permite la evolución de la enfermedad hasta poner en grave riesgo la vida del paciente” en la cantidad de 180.000 euros.

### ***Instrucción del procedimiento e informes***

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, dirigió comunicación al interesado en fecha de 2 de julio de 2008, informándole de la admisión a trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), y los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Iniciada la instrucción, se solicita del Hospital ... la remisión de la historia clínica de don .... De la documentación clínica aportada, cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Don ... fue atendido en julio de 1998 en el Servicio de Medicina Interna, Consulta de Neumología, del Hospital ... de ..., al haber sido remitido por el Servicio de Anestesia por observarse “en Rx de tórax preoperatorio infiltrado heterogéneo en lóbulo inferior izquierdo” y mantener la sospecha de enfermedad tuberculosa, que es descartada al resolverse el “infiltrado pulmonar sin tratamiento específico”, siendo diagnosticado de

“infiltrado pulmonar resuelto, probablemente secundario a infección respiratoria”.

- Entre los meses de junio y julio de 1999 es ingresado en el Servicio de Medicina Interna del mencionado hospital en el que, tras la realización de biopsia hepática y otras pruebas complementarias, se le diagnostica “Cirrosis hepática micromacronodular con esteatosis”, recogiendo como antecedentes en el informe médico de alta los de “hipertensión portal; varices esofágicas; hernia de hiato; hernia inguinal; no alergias conocidas y enolismo crónico”. Posteriormente es objeto de distintas revisiones en junio de 2000, julio de 2001 y febrero de 2002, con ocasión de las cuales se realizan las correspondientes exploraciones, pruebas analíticas y ecografías y tomografías abdominales, sin que sufra alteraciones significativas el diagnóstico de “cirrosis hepática con hipertensión portal”.
- En diciembre de 2003, en el proceso de seguimiento asistencial de su enfermedad, se realiza una nueva ecografía abdominal en la que se aprecia “ecogenicidad parenquimatosa difusamente alterada, con varias imágenes nodulares, en probable relación con nódulos de regeneración en cirrosis ya conocida, sin poder descartar otras posibilidades. Vena porta algo aumentada de calibre”. A esa prueba le siguen, en los meses de marzo y abril de 2004, la realización de una TAC abdominal y una endoscopia digestiva. De la primera resulta la existencia de “pequeño derrame pleural derecho y tractos en base izquierda. Hígado de contornos abollonados con aumento de tamaño de cayado compatible con el diagnóstico ya establecido de cirrosis hepática, sin que se observen captaciones anómalas del contraste”, repitiéndose el hallazgo de un “aumento de diámetro del eje espleno-portal, apreciándose estasis venoso periesplénico, sin observarse varices esofágicas”. De la segunda, completada con la realización de una biopsia, resulta la existencia de “varices esofágicas grado I-II/IV”, así como el diagnóstico de gastritis crónica 3/3. Una descripción de los resultados obtenidos de la exploración física, hematología, bioquímica, ecografía abdominal, endoscopia digestiva, o tomografía computarizada (TAC abdominal) se

contiene en el informe emitido el 31 de agosto de 2004 por el Servicio de Digestivo del Hospital ..., en el que se concluye en el juicio clínico de cirrosis hepática compensada.

- El paciente es objeto de posteriores revisiones y realización de nuevas pruebas en abril de 2005, febrero y junio de 2006 y enero de 2007, de las que no resultan variaciones significativas del diagnóstico de cirrosis hepática e hipertensión portal, si bien de las TAC realizadas no se advierte referencia alguna al derrame pleural derecho ni a los tractos en base izquierda referidos en las pruebas realizadas en el año 2004, del mismo modo que no se contiene referencia alguna en los informes médicos emitidos sobre la existencia de eventuales problemas respiratorios del paciente, si bien en los primeros meses de 2006 se le detecta una Diabetes Mellitus tipo II.
- El 15 de abril de 2007 ingresa en el Servicio de Neumología del Hospital ... de Elche por padecer disnea e insuficiencia respiratoria grave, refiriendo el paciente padecerla “en relación con esfuerzos progresivos de 7 meses de evolución”, en el que se realizan las correspondientes pruebas exploratorias, incluyendo TAC torácica y abdominal, de las que se obtiene un diagnóstico de “insuficiencia respiratoria aguda resuelta. Enfermedad intersticial difusa. Fibrosis pulmonar idiopática probable. Cirrosis hepática. Varices esofágicas. Hernia hiatal. Gastroduodenitis erosiva”. En el informe médico emitido en la fecha del alta en el mencionado centro sanitario, que tuvo lugar el 11 de mayo, se refiere no haber “realizado maniobras invasivas para la confirmación histológica de las alteraciones parenquimatosas, no obstante, pensamos que el cuadro larvado de disnea que el paciente ha presentado durante los meses previos al ingreso con la presencia de acropaquia y la mención en la TAC abdominal realizada en el año 2004 donde se menciona la presencia de tractos fibrosos en base pulmonar izquierda podría estar en relación con el cuadro clínico y radiológico de fibrosis pulmonar idiopática”.
- Trasladado al Hospital ... de Pamplona, recibe el alta el 14 de mayo de 2007 al haberse recuperado de su “insuficiencia respiratoria y se

encuentra prácticamente asintomático excepto de disnea de esfuerzos. Con objeto de terminar su estudio por neuropatía intersticial se decide la supresión progresiva de corticoides y realización de nuevo TAC torácico y pruebas de función respiratoria”. Desde esa fecha se le realizan broncoscopia, biopsia, citología, analítica, pruebas de función respiratoria y TAC torácica y abdominal, resonancia magnética, etc., reflejando la TAC realizado en agosto la existencia de “hallazgos compatibles con patrón de fibrosis pulmonar, de rápida evolución con respecto a escáner de mayo, presentando actualmente mayores áreas de consolidación pulmonar, bronquiectasias de tracción y engrosamiento de septos intersticiales subpleurales”, que da lugar, según recoge el informe de 27 de diciembre de 2007 del Servicio de Neumología, a un diagnóstico de “1.- Neumopatía intersticial difusa probablemente en relación con la existencia de una fibrosis pulmonar idiopática. 2.- Cirrosis hepática con datos de hipertensión portal. 3.- Diabetes Mellitus tipo II”, habiéndose solicitado valoración para un posible trasplante pulmonar al hospital ... de Santander.

Por el Servicio de Digestivo del Hospital ... se emite informe el 25 de agosto de 2008 en el que señala que la TAC de abril de 2004 se solicita para descartar la existencia de un posible tumor hepático que, efectivamente, resultó descartado tras la mencionada exploración. Respecto a los demás hallazgos de la TAC afirma que “en ningún momento se ocultó ningún dato ya que la transcripción íntegra del informe consta en el Informe Clínico de Digestivo firmado el 31-08-04. Dicho informe se envía tanto al paciente como a su médico de cabecera”. Finalmente reseña que en ninguna de las cuatro consultas sucesivas realizadas desde ese momento hasta mayo de 2007 “consta referencia a ningún síntoma respiratorio que el paciente pudiera presentar durante esos años”.

En relación con la misma reclamación se emite informe por el Director del Servicio de Neumología del Hospital ... de Pamplona el 21 de agosto de 2008, en el que define a la fibrosis pulmonar idiopática como “enfermedad crónica del tejido pulmonar de origen desconocido, progresiva, que conduce a la muerte y constituye la neumonía intersticial idiopática más frecuente y la

de peor pronóstico”, caracterizándola por “presentar un patrón histopatológico de neumonitis intersticial usual, siendo necesaria para el diagnóstico de certeza la realización de biopsia pulmonar quirúrgica, preferentemente en etapas tempranas de la enfermedad y mientras no exista contraindicación para la cirugía”. Respecto al tratamiento de la enfermedad señala que “la fibrosis es incapacitante e irreversible, no habiéndose encontrado hasta la fecha cura efectiva para esta enfermedad”, añadiendo al respecto que “no existen evidencias clínicas suficientes que un determinado tratamiento mejore la supervivencia de pacientes con FPI a excepción del trasplante”. Tras realizar distintas consideraciones en relación al caso clínico del reclamante, en el que “es muy probable que estemos ante un caso de fibrosis pulmonar idiopática o NIU pero sin poder asegurarlo con total seguridad”, y a los argumentos de su escrito de reclamación, a las que más adelante nos referiremos, concluye que “los tratamientos médicos y seguimiento dados en todo momento fueron diligentes y conformes a la *lex artis*”, siendo la evolución del paciente “consecuencia de la aparición de una grave enfermedad pulmonar de origen desconocido que conlleva gran morbimortalidad y para la que las terapias médicas disponibles son poco eficaces, y no debida a la existencia de una inadecuada praxis médica”.

Consta en el expediente dictamen médico emitido el 13 de septiembre de 2008 por los médicos especialistas en medicina interna señores ..., ..., ..., ... y ..., en el que tras recoger la documentación analizada y los hechos concurrentes, realizan distintas consideraciones médicas sobre la enfermedad del reclamante, las actuaciones necesarias para su diagnóstico y, más en concreto, sobre las practicadas al señor ..., informando respecto a las alteraciones detectadas en la TAC de 2004 que “no tienen ninguna relación con la neumopatía intersticial difusa que presentó tres años después”, concluyendo finalmente los médicos especialistas que lo suscriben que “la actuación médica en este caso ha sido correcta y diligente y acorde a *lex artis ad hoc*”.

### ***Trámite de audiencia***

Consta en el expediente la apertura de trámite de audiencia al reclamante, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP), al que se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimasen pertinentes.

Cumplimentando el trámite, el reclamante formula escrito de alegaciones en el que de las actuaciones practicadas extrae, resumidamente expuestas aquí, la confirmación de la fibrosis pulmonar idiopática como enfermedad que padece, así como la gravedad de la misma al no tener otro tratamiento efectivo que el trasplante pulmonar. Discrepa de los informes médicos emitidos sobre la escasa influencia del diagnóstico prematuro en la posterior evolución de la enfermedad, reiterando que “tenía derecho a ser tratado de la mejor forma posible” naciendo su derecho a ser indemnizado desde el momento en que se produce “el hallazgo patológico y la respuesta es la pasividad y olvido”. Por último rechaza el dictamen médico emitido por los médicos especialistas, externos e independientes de la Administración Foral, cuestionando su imparcialidad por la frecuencia de los dictámenes emitidos a solicitud de las distintas empresas aseguradoras.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don ... por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente**



La presente consulta versa sobre la reclamación presentada por don ... por los daños y perjuicios que entiende derivados de la asistencia sanitaria prestada. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al reclamante, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que le corresponde al reclamante, otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que

estimara convenientes y, una vez formuladas dichas alegaciones, ponderando las mismas en la propuesta de resolución elaborada.

## **II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión,

dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

### **II.3ª. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño**

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002) y, por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será 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.

En el supuesto sometido aquí a nuestro dictamen, el reclamante identifica el daño padecido con la existencia de un “grave problema neumológico que puede llegar a comprometer su vida”, imputando a los servicios sanitarios actuantes de la Administración Foral la “falta de respuesta al hallazgo del TAC del año 2004, con la realización de las pruebas pertinentes para explicar la causa del mismo”, que de haberse realizado “hubiera llevado a un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y evitar la evolución de la enfermedad hasta un punto tan grave”. Como ya es un lugar común en buena parte de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que vienen sometiéndose a nuestro dictamen, la reclamación formulada carece de prueba que constituya soporte suficiente para apoyar las conclusiones que se pretenden alcanzar en la misma y, por

el contrario, la corrección de la actuación de los servicios sanitarios así como de los tratamientos prescritos en cada momento viene avalada ante este Consejo por una amplia documentación e informes técnicos que, dada la naturaleza de las cuestiones debatidas, no podemos desconocer y resultan difícilmente rebatibles sin otro soporte ni fundamento que la sola discrepancia subjetiva del reclamante con las conclusiones que alcanzan o con la imparcialidad de quienes los emiten.

La cuestión nuclear sobre la que el reclamante erige el fundamento de su reclamación se concreta, como ha quedado expuesto, en la imputación a los servicios sanitarios de una ausencia de respuesta médica al resultar del TAC realizado en 2004 la existencia de un “pequeño derrame pleural derecho y tractos en la base izquierda”. Al respecto, los distintos informes médicos incorporados al expediente contradicen, de manera pormenorizada además, la imputada ausencia de respuesta. En ese sentido, el informe del Director del Servicio de Neumología informa que “las alteraciones encontradas en la TAC del 2004, que se recuerda que era una TAC abdominal, practicada cuando el enfermo no manifestaba sintomatología respiratoria, realizada sin cortes de alta resolución y con la finalidad de evaluar alteraciones hepáticas, son mucho más inespecíficos y pueden ser encontrados en pacientes que posteriormente no tienen porqué desarrollar una neumopatía intersticial difusa e, incluso, en exploraciones radiológicas de personas que han padecido enfermedades pulmonares previas como manifestaciones residuales o secuelas de las mismas”.

A igual conclusión sobre la inexistencia de relación entre las alteraciones detectadas en el año 2004 con la neumonía intersticial difusa diagnosticada en el año 2007 llega el informe conjunto emitido por cuatro especialistas en medicina interna, en el que se facilita además una explicación sobre la etiología de esas alteraciones o hallazgos detectados en el año 2004, razonándose al respecto que “los tractos que presentaba en base izquierda pueden explicarse por la infección pulmonar que sufrió en 1998” mientras que “el derrame pleural no forma parte de las manifestaciones habituales de la fibrosis pulmonar” señalando que la cirrosis hepática, afección que ya conocemos afecta al paciente desde 1999, es “la

segunda causa más frecuente de derrame pleural” dando lugar a dicha afección cuando la cirrosis se asocia con tres factores: “la hipertensión portal, la disminución de la albúmina y la existencia de insuficiencia cardiaca”. Para los médicos informantes, una vez acreditada la existencia de hipertensión portal, demostrada además por la “existencia de esplenomegalia y de varices esofágicas”, y ante la existencia de un derrame pleural mínimo y una causa que lo explicaba “no estaba indicada la realización de más pruebas encaminadas a buscar una causa”, reforzando su opinión con la circunstancia posterior de que “en todas las TAC que se hicieron posteriormente no existía derrame pleural”, lo que viene además corroborado por el informe del Servicio de Digestivo del Hospital ... que, como hemos establecido anteriormente, señala que en ninguna de las consultas sucesivas realizadas desde 2004 hasta mayo de 2007 consta referencia a ningún síntoma respiratorio que el paciente pudiera presentar durante esos años.

Es más, no sólo los informes médicos obrantes en el expediente descartan que hubiera existido una actuación omisiva de los servicios sanitarios contraria a las buenas prácticas o *lex artis* sino que también discrepan de la existencia de un eventual daño padecido por el paciente, afirmando que un eventual retraso en el diagnóstico de la enfermedad no habría influido en la evolución de la misma, ni representa una circunstancia agravante de sus consecuencias, siendo una conclusión común en todos ellos que ningún tratamiento evita la evolución progresiva de la enfermedad y que los tratamientos sintomáticos sólo deben establecerse a partir de la aparición de los síntomas, debiendo señalarse que hasta el año 2007 el paciente estuvo asintomático de la enfermedad.

Por todo ello, este Consejo a la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos que se han emitido, que conforman un extenso elenco de documentos que reflejan no sólo las actuaciones médicas practicadas sino también las circunstancias en las que se realizan, los resultados que se alcanzan, el diagnóstico al que conducen y, en fin, el correspondiente juicio técnico sobre el estado de salud del reclamante, no puede sino concluir, máxime ante la ausencia de material

probatorio suficiente aportado por el reclamante, en que la asistencia sanitaria que le fue prestada ha sido correcta, habiéndose diagnosticado con acierto las dolencias que ha padecido el reclamante, prescribiéndose las intervenciones adecuadas y ejecutando las mismas conforme a la *lex artis*, no apreciándose, en definitiva, criterio de imputación alguno que haga derivar la responsabilidad a la Administración Sanitaria, ni relación de causalidad entre el daño o lesión alegado por el reclamante y la actuación de los profesionales que le atendieron o de las actuaciones, exploraciones o intervenciones que le prescribieron.

### **III. CONCLUSIÓN**

La reclamación formulada por don ... por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.