



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 3 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 22 de abril de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.A.B.G., en nombre y representación de J., I., H. y N.C.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 121/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 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.

II

1. Los interesados en este procedimiento, J., N., H., e I.C.G. presentan reclamación por el fallecimiento de su madre, Ú.G.A., como consecuencia de un tardío diagnóstico de la enfermedad y de la inaplicación del tratamiento adecuado a la dolencia padecida. Consideran que se ha prestado una deficiente asistencia

* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

sanitaria por parte de los servicios públicos, solicitando una indemnización que asciende a la cantidad de 33.074,24 euros.

2. En el presente procedimiento los reclamantes, que actúan por medio de representante, ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, puesto que alegan haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. La representación conferida consta además debidamente acreditada en el expediente.

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

La reclamación fue presentada el 4 de marzo de 2008, dentro del plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC, a computar desde el fallecimiento de la madre de los interesados, acaecido el 6 de marzo de 2007.

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 artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 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 artículo 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.

2. Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse sobre este asunto en sus anteriores Dictámenes 633/2011, de 17 de noviembre y 526/2012, de 13 de noviembre. En el primero de los citados se concluyó en la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución entonces dictaminada, al no encontrarse suficientemente motivada. Se estimó por ello necesario retrotraer las actuaciones a los efectos de recabar el informe de facultativos especialistas en oncología y radiología diagnóstica del Servicio Canario de la Salud, solicitando un expreso pronunciamiento sobre las cuestiones planteadas en el Dictamen. Se consideró

igualmente que una vez emitidos los citados informes procedería la concesión de un nuevo trámite de audiencia a los interesados y la elaboración de una nueva Propuesta de Resolución, que habría de ser dictaminada por este Consejo.

Una vez practicadas estas actuaciones y solicitado nuevamente el parecer de este Consejo, se emitió nuestro Dictamen 526/2012, en el que se consideró que, aun teniendo en cuenta todo lo informado, especialmente los informes emitidos para complementar la instrucción a requerimiento de este Organismo, persistían dudas razonables sobre la pertinencia de los argumentos desestimatorios recogidos en la Propuesta de Resolución finalmente formulada, que se explicitaron en el Fundamento V del citado Dictamen y para las que se estimó procedente la emisión de informes complementarios.

Por estos motivos, se concluyó en la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, debiendo llevarse a cabo los trámites y, previa audiencia a los interesados, formular una nueva Propuesta de Resolución, que habría de ser remitida a este Consejo para su Dictamen preceptivo.

Cumplimentadas estas actuaciones, sin perjuicio de las observaciones que se efectuarán luego, con los efectos correspondientes, relevantes, sobre el fondo del asunto y el pronunciamiento de este Organismo al respecto (art. 12.2 RPAPRP), se ha solicitado nuevamente el Dictamen de este Consejo.

III

Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, tal como han sido puestos de manifiesto, con apoyo en la Historia clínica, por el Servicio de Inspección en su informe:

1.1. Asistencia en el Centro de Salud.

La paciente consulta a médico de cabecera el 21 de septiembre de 2006 por dolor en costado derecho de una semana de evolución, tras sufrir una caída, que es diagnosticado de contusión de pared torácica y se solicita radiografía de parrilla costal. En la atención sanitaria prestada el 3 de octubre de 2006, ocasionada por dolor costal tras caída, se hace referencia a la valoración de dicha prueba, considerada sin lesión ósea.

Constan además las siguientes asistencias, por igual u otro motivo:

- 28 de septiembre de 2006: atendida por enfermera para toma de constantes.

- 16 de octubre de 2006: MC: dorso-lumbalgia.
- 8 de noviembre de 2006: demanda revisión del oftalmólogo y repetición de recetas.
- 5 de diciembre de 2006: epigastralgia, no acidez. Se anota: "(...) está comiendo poco porque al rato de comer se pone peor".
- 19 de diciembre de 2006: pendiente de CEA y alfa fetoproteína (marcadores tumorales), con diagnóstico de coledocolitiasis (Observaciones: coledocoduodenostomía por ictericia hace años). Solicitud de ecografía.
- 18 de enero de 2007: anotación: "fue a médico particular para que le manden colonoscopia, endoscopia y tac".
- 22 de febrero de 2007: "Acude el hijo, solicitando, con informe del HUC, pase para psiquiatría".
- 26 de febrero de 2007: "Acudimos a domicilio porque la encuentran decaída (...) disfagia a sólidos desde hace tres meses, dice que a veces se queda sin voz".

1.2. Asistencia en la Clínica V.

El 10 de enero de 2007 consulta por dolor costal, en relación a traumatismo sufrido 3 meses antes, epigastralgia; consta que presenta discreta hiporexia y descenso ponderal sin clínica de alarma. En la EF: dolor a presión en últimos arcos costales, bases ventiladas. Pruebas complementarias: en la radiología: no LOA en parrilla costal; ECO: señal ecogénica a nivel subdiafragmático, aerobilia, posible angioma.

El 17 de enero de 2007 es valorada por facultativo especialista en digestivo. Con juicio diagnóstico de angioma hepático y traumatismo costal y por sospecha de angioma hepático, se solicita TAC de abdomen-pelvis, practicado el 23 de enero: "imagen heterogénea que ocupa los segmentos hepáticos V y VIII que presenta estructuras vasculares en su periferia altamente sugestivos de angioma hepático, aerobilia, colecistectomizada. Vía biliar no dilatada con signos de aerobilia. Eje esplenoportal permeable de calibre conservado. No agrandamientos ganglionares celiacos, mesentéricos ni retroperitoneales significativos. Vejiga sin hallazgos. Conclusión: Angioma hepático en LHD.? Aerobilia.

Se remite a la paciente a su médico de cabecera para completar estudio, con la recomendación de realizar gastroscopia y colonoscopia y TAC de abdomen con contraste oral e intravenoso.

1.3. Asistencia en la Clínica L.C.

Con la finalidad de descartar neoplasia colorrectal se realiza tacto rectal, con resultado de normalidad, y colonoscopia, que es informada: abundantes restos fecales semisólidos y sólidos que impiden explorar más del 90% de la mucosa. Se observa, en transversal distal medio, pólipo plano-elevado de unos 5-6 mm con centro eritematoso, sin poder descartar erosión central. D: hemorroides internas. Pólipo plano elevado (II.a de la clasificación japonesa).

1.4. Asistencia en el Hospital Universitario de Canarias:

Consta analítica del 6 de junio de 2006, con resultados de marcadores tumorales normales.

Acude a Servicio de Urgencias el 4 de febrero de 2007 con motivo de consulta: dolor en costado derecho en estudio, tras traumatismo hace 3 meses; aporta TAC informado normal. Acude por aumento de dolor en los últimos días, náuseas, disminución de apetito y pérdida ponderal de 6 kg en el último mes, cambio de hábito intestinal sin rectorragia. En radiografía de tórax AP y L sin infiltrados. Pendiente de colonoscopia para descartar neo colorrectal por síndrome constitucional. Se remite a Consultas Externas de Cirugía General.

El 23 de febrero de 2007 se realiza Eco de abdomen, con el siguiente resultado: "hígado de ecotextura heterogénea, con leve dilatación de vías intrahepáticas así como área más heterogénea el LHD, si bien no se delimitan formaciones nodulares claras no podemos descartar trombosis parcial de porta derecha o proceso infiltrativo difuso. En tronco celiaco e hilio hepático se observan adenopatías de hasta 2 cm (...) Moderado derrame pleural derecho".

En consultas externas el 28 de febrero de 2007 figura reflejado: deterioro estado general, anorexia intensa, cuadro constitucional. Pendiente estudio completo. Estudiada fuera del hospital por dolor HCD. En relación con las pruebas practicadas, se anota, entre otras: Radiografía tórax: derrame pleural D, imágenes nodulares dispersas (mts?); TAC abdomen (hace un mes): hígado metastásico vs neoplasia hepática primaria. Incluye anotación de ese día: "Este TAC se comenta con radiología urgencia del HUC hoy: metástasis hepáticas".

La paciente ingresa en el Servicio de Oncología Médica el 1 de marzo de 2007, en el que, tras valoración de las pruebas aportadas se desestima tratamiento quirúrgico y se coloca tubo drenaje pleural.

La paciente fallece el 6 de marzo de 2007. Consta como diagnóstico neoplasia diseminada de primario no conocido, sin confirmación histológica; insuficiencia hepática y encefalopatía secundaria.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima, una vez más, la reclamación presentada, reiterando la desestimación inicialmente propuesta y después repetida, a la vista de los informes emitidos, incluidos los producidos en esta última ocasión. Así, con esta base considera que no concurren los presupuestos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, habida cuenta que la actuación sanitaria se ha ajustado a la *lex artis* porque, ante la sintomatología presentada por la paciente, se utilizaron los medios procedentes en cada momento.

En este sentido, preciso es reiterar que la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada ha de determinarse, según reiterada doctrina de este Organismo, en línea con constates pronunciamientos de los Tribunales al respecto, en función del criterio de la *lex artis*, ajustándose o no a ella la actuación del Servicio. Y ello, independientemente del resultado desfavorable eventualmente en relación con la salud o la vida del enfermo, pues, dada la naturaleza humana y el estado de la ciencia, no cabe preservarlos siempre y obtener la curación en todo caso o plenamente.

Por eso, el funcionamiento del servicio público sanitario ha de cumplimentar, como deber esencial, el proporcionar medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar una absoluta disponibilidad o un resultado pleno, no habiendo alcanzado la medicina el grado de perfección que permita la curación de todas y cada una de las enfermedades y evite siempre la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

Además, el cumplimiento de tal deber esta condicionado por la inevitable limitación de recursos públicos y, por ende, la obligada ordenación territorial, estructural y funcional del sistema sanitario, aun cuando, en todo caso, la asistencia sanitaria ha de estar al nivel técnico y médico apropiado al desarrollo social y sus necesidades, ajustado al avance científico y, siendo tal sistema único, estar adecuadamente distribuidos y disponibles sus medios tanto territorial, como orgánica y funcionalmente.

En definitiva, a la luz de los hechos contrastados y, en particular, los síntomas y el estado de la paciente, ha de dilucidarse si le fue prestada la asistencia a su estado

de salud con los medios apropiados en cada nivel del sistema o en su conjunto, a lo largo del proceso, y si tal prestación se ajustó a la *lex artis* del caso.

2. La paciente fue atendida en su Centro de Salud el 21 de septiembre de 2006 al tener dolor costal que atribuye a una caída previa, sin hacer referencia a otras circunstancias en ese momento. Por eso, se efectuó auscultación pulmonar, con resultado de normalidad, y exploración, advirtiéndose dolor por presión manual a nivel costal, por lo que se realizó radiografía de tórax, que no objetivó lesión física. Sin embargo, se entendió que el dolor sufrido se debía a traumatismo por caída, sin advertirse datos clínicos sugestivos de otra patología, ni síntomas diferentes que aconsejaran realizar pruebas complementarias.

No obstante, como el dolor en la zona no remitía, el 3 de octubre de 2006 la paciente volvió al Centro de Salud. Pero, pese a esta persistencia y a no haberse detectado en la anterior radiografía lesión ósea, no se tuvieron en cuenta estas circunstancias, sin más al parecer, para localizar, como pudiera parecer razonable, el motivo de ese dolor, que ya duraba tres semanas.

Es más, el 5 de diciembre de 2006 y sin haber desaparecido las molestias, antes bien al contrario, es atendida por sufrirlas y comer poco porque, al intentarlo, se siente mal. Ante este cuadro, tan solo se pauta tratamiento para supuesta epigastralgia, sin confirmar ésta siquiera. La propia paciente, seguramente alertada por la situación y la pasividad en la asistencia recibida hasta ese momento, aportó ecografía efectuada en centro privado por este motivo, la cual mostraba cierta irregularidad indicativa de un problema de salud, sin constar que se ordenara entonces alguna prueba específica o complementaria, salvo analítica. La situación, en todas sus mencionadas facetas, persiste el siguiente día 19, manteniéndose la sintomatología. En esta asistencia únicamente se le advierte que se está pendiente de analítica pautada para determinar marcadores tumorales, aunque también se solicita TAC, con recordatorio de la coledocolitiasis que padeció la paciente con anterioridad.

En su informe, el facultativo actuante sostiene que la paciente acudió refiriendo solo pesadez abdominal durante este mes de diciembre y que, en la segunda consulta, se encontraba pendiente de analítica para descartar enfermedad neoplásica del aparato digestivo, cuyos resultados, recibidos el día 22 del mismo mes, eran de normalidad tanto para el hígado, como para el intestino. Y la ecografía aportada por la paciente indicaba simplemente posible angioma, si bien reconoce

que, dados sus resultados, los ecografistas recomendaban un TAC, que se solicita, y se deriva la paciente a digestivo por el indicado motivo y, además, por instarse también realizar colonoscopia y endoscopia.

La Administración ha sostenido, también ahora, que por lo expuesto la asistencia fue correcta al ajustarse a la sintomatología, sin existir la inadecuación por pasividad u otros motivos alegada por los interesados ante un eventual proceso neoplásico. Así, se insiste en que las pruebas solicitadas fueron las pertinentes en su objeto y momento, siéndolo igualmente la remisión a facultativo especialista al objeto de alcanzar el diagnóstico de su enfermedad. En esta línea, los oncólogos informantes confirman que la determinación definitiva del angioma hepático detectado en la ecografía realizada en el centro privado corresponde al Servicio de Digestivo, al que en efecto se remitió a la paciente.

A mayor abundamiento, se recuerda que, según la historia clínica, el Servicio de Reumatología del HUC, donde estaba siendo tratada la paciente por osteoporosis, solicitó una analítica en junio de 2006, que mostró marcadores tumorales normales. Y, en especial, habiéndose practicado en centro privado en enero de 2007 ecografía y TAC, no se apreciaron signos de alarma claros o determinantes y la radiografía realizada en el Servicio de Urgencias del HUC el 4 de febrero de 2007 tampoco permitía sospechar la patología luego detectada. No obstante, tal radiografía era de tórax y no se trataba de una prueba específica de abdomen o intestino, como la eco luego hecha o el TAC en su momento instado con ciertas características por algún motivo, pero no efectuado en ningún momento por la asistencia pública.

Precisamente, realizada el 23 de febrero de 2007 ecografía de abdomen en el HUC, se observan adenopatías en tronco celiaco e hilio hepático, así como moderado derrame pleural derecho, mientras que la radiografía complementaria practicada el 28 ofrece imágenes sugestivas de metástasis también en el pulmón, ausentes en la del día 4.

En resumidas cuentas, según la Administración, el mes anterior al ingreso de la paciente en el HUC la información proporcionada por pruebas efectuadas incluidas al caso era de normalidad. De ello deduce que se trataba de un proceso de rápida evolución, con veloz crecimiento y devastador diagnóstico del tumor no reconocido **incluso** posteriormente cuando fueron detectadas sus metástasis, debiendo de aparecer con posterioridad, sin tenerse datos para determinar antes su presencia o aun sospecha. En esa línea, fueron siempre negativos los marcadores tumorales en junio o diciembre de 2006.

En este contexto, el Servicio actuante excusa la detección tardía del problema argumentando que debía considerar correcta la información suministrada por la sanidad privada tras realizarse las pruebas correspondientes, incluido TAC. En esta línea, alega no tener razones para revisarlas hasta ser patente el cambio semiótico de la paciente, sin informarse en ningún caso de un posible origen tumoral de la dolencia de la paciente, ni se disponía de datos al respecto derivados de las pruebas realizadas en el centro de salud o en otros centros antes de febrero de 2007.

Lamentablemente, sólo realizada ecografía entonces dado el pésimo estado de la paciente, esperándose al parecer hasta ese instante para hacerla, se revisó el TAC inicial y, a su vista, se confirmó no sólo la existencia de cáncer, sino de metástasis de un tumor inicial no determinado.

Se concluye sosteniendo que los centros sanitarios públicos actuaron debidamente y no fue posible hacer el antedicho hallazgo hasta que resultó clínicamente evidente el tumor, que, una vez diagnosticado, fue tratado de forma diligente, a pesar de lo cual, por su carácter y grado metastásico, nada pudo hacerse para detener el proceso y evitar la muerte de la paciente.

En nada se altera esta línea argumental a la luz de los informes solicitados y emitidos tras la evacuación del segundo Dictamen de este Organismo en la materia. Así, se reitera que la existencia de tumor maligno, no pudiéndose hacer antes, se objetiva tras la ecografía de 23 de febrero de 2007, en la que se observa la progresión de la enfermedad con ganglios abdominales y derrame pleural, siendo indicativa de su agresividad la rápida diseminación de la enfermedad constatada en días posteriores. Y dada esa fecha, su determinación no hubiera cambiado la evolución clínica de la enfermedad y su desenlace fatal.

Por su parte, el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del HUC, tras valorar imágenes radiodiagnósticas disponibles, que no son todas las realizadas y quizás no las más relevantes, observa que no muestran las radiografías abdominales hallazgos relevantes y las torácicas que se hicieron al final tan solo confirman la rápida evolución del proceso, comparándolas con las efectuadas el 4 de febrero de 2007.

Por último, el informe de oncología producido en última instancia no afecta, se entiende, lo expuesto sobre la actuación médica, especificándose por lo demás que, a su juicio, el diagnóstico correcto del problema que se hubiere efectuado en enero de 2007, como en realidad resulta que debió ocurrir según se reconoce, probablemente no hubiera alterado la evolución del proceso por su rápida

diseminación. Sin embargo, vistos sus propios términos, el informe no sólo viene a reconocer que la detección del tumor pudo, y seguramente debió, hacerse entonces, sino que cabría algún tipo de tratamiento con cierto éxito, al menos limitativo o, cuando menos, paliativo.

V

1. Justamente, teniéndose en cuenta todo lo informado y en la línea de lo observado al hilo de comentar los informes médicos emitidos y la postura y argumentos justificativos de la Administración al respecto, ha de sostenerse, coherentemente con la opinión ya explicitada de este Organismo en sus Dictámenes anteriores en este asunto, que la cuestión determinante expuesta al comienzo de este Fundamento no tiene aun la debida solución, particularmente en orden a entender fundada la propuesta desestimatoria de la reclamación. Y es que persisten, incluso ahora con mayor consistencia, las razonables dudas manifestadas sobre la pertinencia de los argumentos al efecto recogidos en la Propuesta de Resolución formulada, por tercera vez ciertamente, a juicio de este Organismo.

La inevitable consecuencia es que no puede efectuarse su pronunciamiento procedente, especialmente admitiendo la alegada inexistencia de nexo causal entre el daño sufrido y la asistencia prestada en este caso. Así, siendo patente el resultado dañoso, todavía ocurre que, a estas alturas que no está suficientemente acreditado, a la vista de los hechos y datos disponibles, que su producción no sea consecuencia de tal asistencia.

Esto es, no puede sostenerse que las actuaciones médicas producidas en la asistencia prestada, conjunta o incluso singularmente apreciada, se ajustasen a la *lex artis* y, singularmente, que los medios proporcionados fueran los que debieran aportarse en el proceso asistencial del que se trata en tiempo y forma, incluso admitiendo la incidencia de la medicina privada al respecto; máxime cuando se advierte que esta ocurre, en buena medida, por la demora de la sanidad pública en realizar las pruebas pertinentes, de modo que, de haberse esperado a su realización, la situación no hubiera sido diferente de la objetivada a fines de febrero de 2007 o, quizá, todavía sería peor para la paciente.

En definitiva, nos remitidos a lo expresado en los Fundamentos correspondientes de los Dictámenes 633/2011 y, sobre todo, 526/2012 a los efectos oportunos en orden a efectuar el referido pronunciamiento, particularmente dado el tenor de la PR analizada y, es obvio, su resuelto desestimatorio. Es decir, debe acreditarse para

justificar la argumentación al respecto de la Administración, y entender adecuada tal Propuesta de Resolución, que el diagnóstico por fin producido del tumor no fue tardío, generando cuando menos pérdida de oportunidad de la paciente, sobre todo cuando, en puridad, no se detecta el mismo, sino su metástasis.

Por eso se instó la emisión de ciertos y concretos informes complementarios a realizar por determinados especialistas sobre la base de los datos efectivamente disponibles. Todo ello, con el propósito de dejar definitiva y claramente probado que, con los medios diagnósticos necesariamente disponibles y debidamente utilizados y valorados, como son las pruebas pertinentes al caso que incluso fueron solicitadas, como eco o TAC, siempre con sus debidas características o especificaciones, y habida cuenta de los conocimientos científicos al respecto y los síntomas de la paciente, no podía detectarse el tumor en diciembre de 2006 o, al menos, enero de 2007, o no cabía tener una razonable sospecha del proceso.

Y es que no sólo se disponía de la prueba de la existencia en esa segunda fecha mencionada, sino que se contaba con datos o signos que hacían sospechar el posible origen tumoral de la enfermedad de la paciente. Cuanto menos ha de acreditarse que, detectado el tumor entonces, como en realidad determinó la prueba efectuada y no debidamente valorada, la paciente no tenía posibilidad, en absoluto de salvar o alargar su vida o de ser paliados sus sufrimientos.

Particularmente, no aparece justificado el motivo de que no se realizaran, con el carácter de urgencia que la situación médica parecía demandar, las pruebas adecuadas en centros públicos, en particular las pautadas que, ante la demora al efecto, se debió hacer la paciente en centro privado. Tanto la ecografía inicial, como, sobre todo, las pruebas específicas que, por alguna significativa razón ha de suponerse, el propio centro privado consideró apropiadas, un TAC normal primero y otro de contraste ulterior a la luz de éste, así como endoscopia y colonoscopia. En este sentido, aun no siendo competente en un primer estadio del proceso el Servicio de Oncología, no parece haber duda de su pertinente intervención desde enero de 2008 o incluso antes, pero nunca se produjo ninguna consulta con ese Servicio a los efectos oportunos.

En este orden de cosas, dados los antecedentes y el estado o síntomas de la paciente pero también las dudas diagnósticas planteadas a la vista de las pruebas aconsejadas y realizadas no resulta comprensible que, con no menos diligencia, no se revisaran o reiteraran las efectuadas en centro privado, sobre todo en enero,

incluyendo TAC o la colonoscopia, de manifiesta y reconocida deficiencia, pero que, aún así, permitió detectar un pólipo de relevante y significativas características.

Por otra parte, siendo conocido que los marcadores tumorales, pese a ser un medio apropiado de diagnóstico, no son siempre determinantes para detectar con claridad o certeza un proceso neoplásico, debiera aclararse la razón de que, existiendo tumor en enero en grado metastásico, el mes anterior no arrojaran dato alguno de sospecha y fuesen normales todos y cada uno de los realizados. Y también de que, persistiendo los síntomas y deteriorándose el estado de salud de la paciente, no se repitiera la analítica en enero o principios de febrero.

En congruencia con lo antedicho, debe probarse suficientemente la afirmación de que el tumor no existía en diciembre, no siendo el causante de los síntomas de la paciente en el aparato digestivo o el hígado, cuando ya existía en enero y, como se dijo, con metástasis, sin poder ser en absoluto advertido mediante pruebas diagnósticas, como eco o TAC, debidamente realizadas y valoradas precedentemente.

En todo caso, se insiste en que la información a emitir debe producirse por especialistas en la materia, incluidos radiólogos y oncólogos, siempre a la vista de todas las actuaciones y pruebas practicadas o, al menos, sus resultados e informes. Y, además, por facultativos que, aun cuando pertenezcan al SCS, no hayan intervenido en las actuaciones.

En definitiva, se entiende infundada la desestimación pretendida y, por ende, no conforme a Derecho la Propuesta de Resolución que la contiene.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada se considera que no está jurídicamente fundada por las razones expuestas, procediendo realizar las actuaciones que se reseñan en el Fundamento V y, previa audiencia a los interesados, formular una nueva Propuesta de Resolución, que habrá de ser remitida preceptivamente a este Consejo para ser dictaminada.