



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 1 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de octubre 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 F.E.G.S. e hijos, por el fallecimiento de F.O.S., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 372/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 6 de agosto de 2013, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 25 de septiembre de 2013. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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 (LCCC), en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de F.E.G.S., F.O.G., J.C.O.G., S.C.O.G. y V.E.O.G., al pretender el resarcimiento de un daño que se les irrogó en su esfera moral como consecuencia del fallecimiento del esposo de la primera y padre de los otros, F.O.S.,

* **PONENTE:** Sr. Lorenzo Tejera.

como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, 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 al 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 la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la 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.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó por correos el 17 de junio de 2006, respecto de un daño producido el 19 de junio de 2005.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según el escrito de reclamación, por la siguiente secuencia de hechos, según se relata por la parte interesada:

“F.O.S., acude a los servicios médicos de su localidad, el Centro de Salud de Arucas, como consecuencia de dolores inguinales y sangre en la orina, a principios del año 2000. En dicho centro, y por el facultativo del mismo, se le diagnostica de «piedras en el riñón», estando por ello durante los meses posteriores en tratamiento de carácter ambulatorio. Sin embargo, las molestias no desaparecen, de forma intermitente pero cada vez más repetitiva, el paciente sigue sangrando por la orina, sin que desaparezcan las molestias de la zona inguinal, principalmente en su parte derecha.

- Que ante los múltiples dolores que no remitían y tras varios meses de erróneo tratamiento, sin que se obtuviera resultado dado el inicial error de diagnóstico, es remitido de urgencias al Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, en fecha 18 de junio de 2002. Tras las pruebas oportunas, a principios de julio de 2002 se le realizan resonancias y una biopsia, y es diagnosticado de cáncer de vejiga, carcinoma papilar urotelial grado 2 sin evidencia de infiltración.

Ni en las resonancias, ni en la gammagrafía ósea realizada al fallecido en esas mismas fechas, concretamente en el 2 de agosto de 2002, se establece la existencia de metástasis: estudio negativo para la detección de metástasis óseas. En estudio anatomopatológico de 18 de septiembre de 2002 se concluye que no existe evidencia de metástasis.

Tras intervención programada de fecha 17/09/2002, al día siguiente, 18 de septiembre de 2002, F.O.S. es intervenido quirúrgicamente, realizándose una cistoprostatectomía radical. La tardanza en la consecución de un correcto diagnóstico inicial cuando la sintomatología así lo permitía, ocasionada por la falta de medios aplicados hasta el mes de julio de 2002 en que se realizan las pruebas pertinentes, propicia que el fallecido fuera sometido a una intervención de extirpación del órgano que cambiaría su vida, y las de sus familiares por completo, aunque en ese momento, dada la no evidencia de malignidad diagnosticada, no se conocía hasta qué punto.

Tras la intervención quirúrgica realizada, no se le aplicó en ningún momento, ningún tipo de tratamiento preventivo o disuasorio para prevenir complicaciones, como la aparición de cáncer o metástasis ni se le realizaron pruebas para determinar su existencia a partir de esta fecha de la intervención quirúrgica, siendo dado de alta en fecha 27 de septiembre de 2002, para ser sometido a controles periódicos.

Tras dicha fecha, el fallecido acude en varias ocasiones tanto a su centro de salud de zona, Arucas, como a los Servicios de Urgencia del Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria. En fecha 30 de octubre de 2002, es ingresado varios días, hasta el 7 de noviembre de 2002, es diagnosticado de «fiebre de origen desconocido».

En fecha 13 de noviembre de 2002, ingresa de nuevo de urgencias en el mismo hospital, nuevamente con fiebre y dolores, siendo dado de alta sin diagnóstico en fecha 20 de noviembre de 2002.

Además, el paciente acude en varias ocasiones a urgencia, así como a su Centro de Salud, aquejándose de un fuerte dolor en la cadera y zona pélvica. Ni por el servicio de urgencia, ni en los controles posteriores rutinarios realizados tras la intervención quirúrgica, se realizaron pruebas diagnósticas en tal sentido, siendo reiteradamente remitido de inmediato a su domicilio con diagnósticos como el de contractura muscular, o lumbociática, que nada tenían que ver con lo que realmente padecía el fallecido. Así, y con los antecedentes antedichos, por ejemplo, acude en fecha 22 de octubre de 2003, y refiriendo un cuadro de dolor lumbar continuo irradiado por el glúteo, que no alivia, desde hace 3 meses, se le diagnostica nuevamente de forma errónea de «lumbalgia irradiada», y se le manda tranquilamente a casa para reposo y calor local, sin más.

- Aconsejado y acompañado de su familia acude a la medicina privada, concretamente a la C.S.C., donde el servicio de traumatología, en una consulta que no duró más de tres minutos, solicita de forma urgente una resonancia magnética de columna lumbar y de región pélvica, realizada en fecha 17 de noviembre de 2003.

Estas pruebas diagnósticas concluyen con la constatación de lesión ósea iliaca izquierda, sugestiva de metástasis.

- Una vez conseguido por el paciente, por su cuenta y a costa de su economía, el diagnóstico de su patología, el 24 de noviembre de 2003 ingresa a través del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, donde por el Servicio de Radiología, en CT de abdomen y pelvis, se constata como «llamativa» la existencia de una gran masa de partes blandas que destruye los huesos de la hemipelvis izquierda, tratándose de una metástasis ósea.

El paciente es sometido a radioterapia focal en la lesión para control de dolor, siendo informada la familia de que espera el fatal desenlace venidero, dado que la enfermedad no tiene curación posible. Además, se desestima por completo someter al paciente a quimioterapia, dado el avanzado estado de su enfermedad. En definitiva, el paciente es encamado de forma hospitalaria a la espera de su fallecimiento.

- Por la familia, y ante la lógica desconfianza que le suscitan los facultativos del Hospital Dr. Negrín, se solicita el traslado del enfermo al Complejo Hospitalario Materno-Insular, causando alta en el Hospital Dr. Negrín en fecha 16 de diciembre de 2003, e ingresando en el Hospital Insular por prescripción del Servicio de Oncológica Médica.

En el informe de alta provisional, se refiere expresamente a lo que resulta, a todas luces evidente, que, «el paciente no recibió posteriormente a la cistoprostatectomía radical, ningún tipo de tratamiento adyuvante». Se refiere igualmente que desde marzo de 2003, el paciente presentaba dolor óseo localizado en región inguinal que empeoró progresivamente hasta incapacitar al paciente, habiendo recibido tratamiento radioterápico paliativo con leve mejoría clínica. Con la quimioterapia recibida, tiene buena tolerancia clínica y notable mejoría del dolor, tratamiento que en modo alguno le había sido prescrito en el Hospital Dr. Negrín. El diagnóstico el conocido, carcinoma de vejiga estadio IV (metástasis óseas).

Existen por tanto, y están debidamente constatados, no solo uno sino varios errores de diagnóstico del fallecido, así como los correlativos errores de tratamiento, propiciado todo ello por una falta de medios y la mala praxis de los facultativos que debieron atender debidamente al paciente. Pero ya no solo estos errores trajeron consigo la complicación de su tumor en la vejiga, sino el que dicho tumor tuviera como resultado una no prevenida inicialmente, ni diagnosticada después por la medicina particular, metástasis ósea, que finalmente ocasionó su fallecimiento.

F.O.S., falleció, en fecha de 19 de junio de 2005, suceso que tuvo lugar en el Complejo Hospitalario Materno-Insular”.

Por los daños ocasionados, los interesados reclaman una indemnización de 93.166,95 euros para la viuda, y 7.763,91 euros para cada uno de los hijos del fallecido, cantidades que serán actualizadas al momento del pago, y el abono de los intereses que correspondan.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 21 de junio de 2006 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. Aquéllos vendrán a aportar aquella documentación el 8 de agosto de 2006 y el 16 de agosto de 2006 por correos.

- El 18 de julio de 2006 se presenta escrito por los interesados designando representante legal.

- Por Resolución de 5 de septiembre de 2006 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación y se acuerda la remisión del expediente a la Dirección Gerencia del Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria.

- Por escrito de 13 de septiembre de 2006 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (Inspección, Prestaciones y Farmacia en el momento de la solicitud del informe). El mismo vendrá a emitirse, tras reiterarse en varias ocasiones su solicitud, el 16 de marzo de 2011, después de haber recabado la documentación oportuna.

- El 25 de marzo de 2011 se requiere a los interesados para que aporten los documentos que estimen oportunos, a efectos de iniciar trámite probatorio. Se aporta proposición de prueba por los interesados el 15 de abril de 2011.

- El 1 de septiembre de 2011 se dicta acuerdo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la parte interesada, así como las aportadas por la Administración, y, puesto que, siendo todas documentales, se hallan incorporadas al expediente, se declara concluido el trámite probatorio.

- El 21 de octubre de 2011 se da audiencia a los interesados, a los que, mediante comparencia personal de su representante, se les entrega documentación solicitada el 7 de noviembre de 2011.

Presentan escrito de alegaciones el 11 de noviembre de 2011.

- Por Resolución de 18 de noviembre de 2011, de la Dirección Gerencia del Hospital Doctor Negrín, se desestiman las alegaciones de los interesados, notificándose de ello, el 25 de noviembre de 2011, aquéllos, que presentan recurso de alzada contra la citada Resolución el 24 de diciembre de 2011. Tras haberse devuelto por correos, se presenta de nuevo tal recurso el 3 de febrero de 2012.

- El 13 de junio de 2012 se dicta Resolución por la Dirección Gerencia del Hospital Doctor Negrín, por la que se resuelve dejar sin efecto las actuaciones posteriores al trámite de audiencia y retrotraer el procedimiento a las alegaciones interpuestas en tal trámite, tras haber recibido, el 14 de mayo de 2012, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Instrucción de la Directora nº 7/2012, de 30 de abril, para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial, que deroga la Instrucción 6/2004.

- El 10 de julio de 2013 se emite informe Propuesta de Resolución por la Secretaria del Servicio Canario de la Salud, en la que se desestima la pretensión de la parte interesada. En tal sentido consta borrador de Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, sin fecha. Tal Propuesta de Resolución se eleva a definitiva el 6 de agosto de 2013, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 30 de julio de 2013.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución se sustenta en las consideraciones de los informes obrantes en el expediente, de los que se concluye la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la asistencia prestada a F.O.S.

2. La reclamación de los interesados argumenta la existencia de tres momentos en lo que la asistencia sanitaria prestada al fallecido no fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

1) Se señala en el escrito de los interesados, por una parte, que hubo retraso en el diagnóstico de la enfermedad de F.O.S., argumentando al efecto:

“F.O.S., acude a los servicios médicos de su localidad, el Centro de Salud de Arucas, como consecuencia de dolores inguinales y sangre en la orina, a principios del año 2000. En dicho centro, y por el facultativo del mismo, se le diagnostica de «piedras en el riñón», estando por ello durante los meses posteriores en tratamiento de carácter ambulatorio. Sin embargo, las molestias no desaparecen, de forma intermitente pero cada vez más repetitiva, el paciente sigue sangrando por la orina, sin que desaparezcan las molestias de la zona inguinal, principalmente en su parte derecha.

Ante los múltiples dolores que no remitían y tras varios meses de erróneo tratamiento, sin que se obtuviera resultado dado el inicial error de diagnóstico, es remitido de urgencias al Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, en fecha 18 de junio de 2002. Tras las pruebas oportunas, a principios de julio de 2002 se le realizan resonancias y una biopsia, y es diagnosticado de cáncer de vejiga, carcinoma papilar urotelial grado 2 sin evidencia de infiltración”.

Pues bien, a ello da respuesta el informe del Jefe de Servicio de Urología del Hospital Doctor Negrín, emitido el 17 de diciembre de 2009, donde se señala:

“Según consta en la base de datos, el paciente acude por primera vez al especialista de Urología de su Centro de Salud de Arucas el 06/03/02, donde se solicita UIV. Acude a consulta de resultados el 15/04/02 confirmándose la existencia de Tm Vesical, siendo enviado al Servicio de Urología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín donde se realiza la primera visita el 06/06/02, incluyéndose en lista de espera el 07/06/02. Se realiza preoperatorio el 12/07/02. El 02/07/02 se realiza uretrocistoscopia que confirma el diagnóstico.

Es intervenido de resección transuretral de vejiga el 23/07/02 dando como resultado anatomopatológico:

Carcinoma papilar urotelial grado 2 sin evidencia de infiltración. No existe representación de estrato muscular propio”.

Concluye el referido informe, lo que recoge en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y se incorpora a la Propuesta de Resolución, que no hubo retraso en el diagnóstico.

Ciertamente, consta en la historia clínica del paciente, en la hoja de seguimiento de consultas de atención primaria, que asistió a consultas, a principios de 2000 por hematuria y dolor inguinal diagnosticado de lumbociatalgias, el 29 de mayo de 2001 con dolor a nivel renal, y asimismo, el 26 de febrero de 2002 por cólico nefrítico, siendo remitido a consulta de especialista de urología del centro de salud de Arucas, donde acude el 6 de marzo de 2002, fecha en la que se solicita UIV. En el informe de diagnóstico por imagen, de 5 de abril de 2002, el Dr. M.G. expresa: *“Falta de repleción vesical con diversas muescas (¿Neo?)”.*

Hasta este momento la sintomatología presentada por el paciente era compatible con los diagnósticos dados, resultando en todos estos momentos negativos los valores de PSA (marcadores tumorales), siendo el dolor renal junto con la hematuria, lo que indica la remisión a especialista, donde es citado sin demora el paciente. Desde la primera consulta con el especialista se prescriben las pruebas oportunas y se ofrece el diagnóstico adecuado, según la sintomatología de ese momento.

2) Los reclamantes, por otra parte, aseguran que no se procedió conforme a la *lex artis* al no administrar al paciente quimioterapia tras la intervención quirúrgica. Afirman en tal sentido: *“No se le aplicó en ningún momento, ningún tipo de tratamiento preventivo o disuasorio para prevenir complicaciones, como la aparición de cáncer o metástasis ni se le realizaron pruebas para determinar su*

existencia a partir de esta fecha de la intervención quirúrgica, siendo dado de alta en fecha 27 de septiembre de 2002, para ser sometido a controles periódicos”.

En este punto, también debe concluirse, a la luz de los informes obrantes en el expediente, la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada al paciente, pues, a partir de la determinación del diagnóstico, como se expresa en el informe del Jefe de Urología del Hospital Doctor Negrín: *“Se solicita Gammagrafía como estudio de extensión el 24/07/02 que es negativa para metástasis. Se incluye de nuevo en lista de espera para Cistoprostatectomía radical y Linfadenectomía bilateral + SDD. Se realiza preoperatorio el 31/07/02 y es intervenido el 18/09/02 dando como resultado anatomopatológico: Carcinoma papilar urotelial grado 2 sin evidencia de infiltración (pTa G2 NO MO). Bordes de resección quirúrgicos respetados. No evidencia de metástasis linfática”.* Concluyendo tal informe: *“2.a. Consideramos que no hubo ningún retraso en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad según consta en el informe.*

2. b. Consideramos que no necesitaba ningún tratamiento adyuvante ya que los estudios previos y la anatomía patológica no justifica ningún tratamiento post-quirúrgico.

Consideramos que los controles se realizaron adecuadamente según consta en el informe.

Consideramos que fueron aplicados los protocolos establecidos en esta patología”.

En este mismo sentido se expresa el informe del Jefe de Servicio de Oncología del Hospital Universitario Materno Insular de Gran Canaria, emitido el 25 de febrero de 2011. Afirma este especialista: *“Con el diagnóstico de carcinoma vesical en estadio pT1-NO-ATO G1 la supervivencia a los 5 años es del 75% y si se hubiera hecho una RTU (resección transuretral) en algunos casos, se hubiera realizado una quimioterapia intravesical exclusivamente. En este paciente, como se hizo una citoprostatectomía, no había que hacer ningún tratamiento concomitante ya que le extirparon la vejiga y al ser un estadio I, no precisa ningún tratamiento de quimioterapia por vía intravenosa; donde estaría indicada es en los estadios III y IV, que no es este el caso”.* De lo que detrae el Servicio de Inspección y Prestaciones: *“Se deduce pues, que la alusión de los reclamantes a la aplicación de un tratamiento preventivo de las complicaciones postoperatorias, no tenía sentido. La*

única actitud indicada es la vigilancia periódica con los controles adecuados, lo que se realizó adecuadamente”.

A ello añade ha de añadirse lo señalado en el informe del Jefe de Sección de Oncología Médica del Hospital Doctor Negrín, de 1 de julio de 2011, en cuanto asegura que se han cumplido los protocolos para este tipo de lesiones, añadiendo: *“En este tipo de lesiones tumorales vesicales clasificadas como Carcinoma papilar urotelial pTa G2 pNO MO Mg (-), estadio IA, las recomendaciones internacionales para el tratamiento datan de 1973 (WHO 1973), con actualizaciones posteriores en 1998 (WHO/ISUP) y mas recientemente en el consenso del año 2004 (WHO).*

Concretamente, en este caso la práctica aceptaba incluía la resección local de la lesión y posterior seguimiento con Rx de tórax y TAC abdominal y urografía intravenosa”.

Señala en este punto la Propuesta de Resolución: *“puede afirmarse que la actuación de los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria se encuentran dentro de las indicaciones de la AEU, en cuanto a seguimiento del Ca vesical, documento integro que se transcribe a los efecto de dejar constancia de todo el proceso.*

1.-TM SUPERFICIAL VESICAL

A -TRATAMIENTO: RTU-VESICAL.

Si

.BAJO GRADO: Simple, primario, TaG1 < 3cm, sin recurrencia en los 3 primeros meses Adyuvancia con MMC.

.ALTO GRADO; TIG3, pTis, Multifocal, altamente recurrentes Adyuvancia con BCG.

B-SEGUIMIENTO: CISTOSCOPIAS

.BAJO GRADO: 3 meses 9 meses Anual durante 5 años

.ALTO GRADO: cada 3 meses durante 2 años - cada 4 meses el 3er año - cada 6 meses hasta los 5 años - Anual

2.-TM INFILTRANTE

A. TRATAMIENTO:

RTU DIAGNÓSTICA

SI TM infiltrante Estudio de extensión

CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL + DERIVACIÓN URINARIA

B. SEGUIMIENTO

OBJETIVOS

1.-Seguimiento oncológico

SI G(+) y/o Mg(+) vai orar adyuvancia por Oncología Médica 2.-Estado Funcional

FRECUENCIA

1.-1er año->3--6-9- 12 meses

- En cada visita se realiza Anamnesis y Exploración

Física

-Semestralmente Analítica, Rx Tórax y Ecografía Abdominal

-Gammagrafía Ósea: No obligatoria. Sólo si existen datos clínicos que recomienden su realización.

2.-A partir 2º año 6 meses: Incluye Anamnesis y Exploración Física en cada visita y Ecografía, Rx Tórax y Analítica anual”.

3) Finalmente, los reclamantes alegan la existencia de *mala praxis* en relación con el diagnóstico y tratamiento de la metástasis sufrida por el paciente.

Se recoge en la reclamación: *“el paciente acude en varias ocasiones a urgencia, así como a su Centro de Salud, aquejándose de un fuerte dolor en la cadera y zona pélvica. Ni por el servicio de urgencia, ni en los controles posteriores rutinarios realizados tras la intervención quirúrgica, se realizaron pruebas diagnósticas en tal sentido, siendo reiteradamente remitido de inmediato a su domicilio con diagnósticos como el de contractura muscular, o lumbociática, que nada tenían que ver con lo que realmente padecía el fallecido. (...) Acude a la medicina privada, concretamente a la C.S.C., donde el servicio de traumatología, en una consulta que no duró más de tres minutos, solicita de forma urgente una resonancia magnética de columna lumbar y de región pélvica, realizada en fecha 17 de noviembre de 2003.*

Estas pruebas diagnósticas concluyen con la constatación de lesión ósea iliaca izquierda, sugestiva de metástasis.

- Una vez conseguido por el paciente, por su cuenta y a costa de su economía, el diagnóstico de su patología, el 24 de noviembre de 2003 ingresa a través del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, donde por el Servicio de Radiología, en CT de

abdomen y pelvis, se constata como «llamativa» la existencia de una gran masa de partes blandas que destruye los huesos de la hemipelvis izquierda, tratándose de una metástasis ósea.

El paciente es sometido a radioterapia focal en la lesión para control de dolor, siendo informada la familia de que espera el fatal desenlace venidero, dado que la enfermedad no tiene curación posible. Además, se desestima por completo someter al paciente a quimioterapia, dado el avanzado estado de su enfermedad. En definitiva, el paciente es encamado de forma hospitalaria a la espera de su fallecimiento”.

A ello añaden que, trasladado a solicitud de la familia, por la desconfianza en el Hospital Doctor Negrín, al Hospital Insular, allí es adecuadamente tratado: *“Con la quimioterapia recibida, tiene buena tolerancia clínica y notable mejoría del dolor, tratamiento que en modo alguno le había sido prescrito en el Hospital Dr. Negrín”.*

Ante esta alegación, se señala en la Propuesta de Resolución, acogiendo las conclusiones del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones: *“No puede considerarse demostrado que el paciente fuera diagnosticado por el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín con demora de la patología neoplásica sufrida; en el caso que nos ocupa, el dolor lumbar es un síntoma que puede implicar desde la existencia de un sobreesfuerzo hasta degeneración del cartílago articular, tal como refleja su médico en la documentación aportada por el Centro de Salud el 21.08.2003, que dice textualmente “dolor a nivel de cadera izquierda con irradiación externa del muslo, en la radiografía se aprecia refuerzo capsular, se manda diclofenaco”.*

Asimismo, incorpora la Propuesta de Resolución lo informado por el Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital Doctor Negrín, emitido el 20 de abril de 2010: *“En respuesta a la reclamación formulada por los familiares de F.O.S., con Historia Clínica 514.329, le informo que el paciente acudió a nuestro Servicio el día 22.10.2003 a las 15:59 horas, por un cuadro de lumbociática; a su ingreso el paciente mantenía constantes dentro de la normalidad y se quejaba de dolor en glúteos irradiado a muslos, de tres meses de evolución. Las exploraciones complementarias (Rx de columna lumbar, fémur y pelvis) fueron normales, por lo que fue enviado a su domicilio con el diagnóstico de lumbalgia irradiada en tratamiento con reposo, calor local/ analgésico y antiinflamatorios. El 06.11.2003 acude de nuevo a este Servicio con el mismo cuadro clínico, sin ningún síntoma de complicación, por lo que tras administrarle analgésicos, dada la mejoría y que tenía consulta en Traumatología se*

decide el alta. El 20.11.3003, reingresa de nuevo con un cuadro similar aportando una RMN con signos compatibles con metástasis pélvica, por lo que se decide ingreso en planta de Urología para seguir evolución”.

Ciertamente, como se afirma en los informes obrantes en el expediente, los dolores padecidos por el paciente eran compatibles con los diagnósticos ofrecidos, indicando el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones: *“en el caso que nos ocupa, el dolor lumbar es un síntoma que puede implicar desde la existencia de un sobreesfuerzo hasta la degeneración del cartílago articular, tal como refleja su médico en la documentación aportada por el Centro de Salud el 21.08.2003, que dice textualmente “dolor a nivel de cadera izquierda con irradiación externa del muslo, en la radiografía se aprecia refuerzo capsular, se manda diclofenaco”.*

Sin embargo, a este respecto, la propia prueba diagnóstica aportada por el interesado cuando acude al Hospital Doctor Negrín, y realizada por una clínica privada, con determinación del diagnóstico de metástasis ósea, evidencia la ausencia de realización de las pruebas adecuadas en la asistencia sanitaria prestada en el medicina pública, donde, a pesar de las innumerables ocasiones en las que el paciente acudió aquejado de fiebre y dolores, no se le realizó la prueba que en la medicina privada sí se realizó, mostrando la metástasis que justificaba las quejas del paciente.

Ahora bien, la concurrencia de responsabilidad patrimonial no deriva de la *mala praxis per se*, sino que requiere que la misma cause un daño derivado de ella y que el mismo sea antijurídico, y la propia gradación de la posible responsabilidad va aparejada necesariamente a la relación entre la actuación inadecuada, el daño producido y la antijuridicidad del mismo.

En el caso que nos ocupa, de las pruebas realizadas al paciente tras su intervención de cistoproctatectomía, el 18 de septiembre de 2002, resulta ausencia de metástasis, como reconoce el propio escrito de los reclamantes. Por su parte, el estudio radiológico de la C.S.C. de 17 de noviembre de 2003, esto es, poco después de un año tras la intervención, viene a señalar:

“- IRM Columna Lumbar, sin evidencia de hallazgos patológicos.

- IRM de Región Pélvica: Masa ósea en el hueso iliaco izquierdo, que se extiende abarcando la rama ilio-pubiana e ilio-isquiática y por toda la cavidad acetabular (indemnidad de la cabeza femoral) y con infiltración de estructuras musculares

adyacentes (m. obturador interno y externo); hallazgos indicativos de lesión ósea de rápido crecimiento, extracompartimental (rotura de la cortical ósea infiltración de músculos adyacentes y en el contexto clínico del paciente, sugestiva de origen metastático, que determina un moderado componente de desplazamiento (sin infiltración) de vejiga, sin identificar signos asociados que sugieran infiltración de las estructuras intrapélvicas. Conclusión: Lesión ósea iliaca izquierda, sugestiva de metástasis”.

Por otro lado, ha de afirmarse que el paciente, tras su ingreso inicial en el Hospital Doctor Negrín, fue trasladado, el 16 de diciembre de 2003, al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, por petición de la familia. Mas, no hay constancia de que el paciente no fuera a ser tratado con quimioterapia por el “*avanzado estado de su enfermedad*”, afirmación que sólo deriva del escrito de los reclamantes, siendo sometido, al ingreso en el Hospital Insular a un primer ciclo de quimioterapia con buena tolerancia y mejora del dolor.

De todo ello se desprende que, si bien hubo retraso en la realización de la prueba que determinara la metástasis ósea, está constatado que la evolución de la lesión ósea fue rápida, de manera que el retraso en el estudio no es ponderable para la determinación del fatal desenlace del paciente, habiéndose tratado adecuadamente tras su diagnóstico hasta el fallecimiento del paciente el 19 de junio de 2005.

No obstante, es innegable el daño producido al paciente y a su familia durante el tiempo en el que sufrió dolores no hallando adecuado diagnóstico en la medicina pública, acudiendo una y otra vez, debiendo ser a instancia propia, y por medio de la medicina privada, la forma en la que se le realice la prueba que constate la metástasis ósea que justificaba sus dolores.

Así pues, puesto que está acreditado que el paciente acudió por dolores a la medicina pública durante, aproximadamente, un año desde la intervención quirúrgica, sin que se diagnosticara en ella la metástasis resultante de la prueba realizada en la medicina privada, debe indemnizarse a los reclamantes por el daño consistente en la pérdida de oportunidades del paciente, pues si bien la curación no hubiera sido posible, sí se hubiera instaurado el tratamiento que paliara los dolores del paciente y mejorara su estado, constatándose que, desde que se instauró tratamiento tras el diagnóstico de metástasis se produjo su mejoría, disminuyendo los dolores.

La cuantía de la indemnización no puede determinarse por referencia a valores prefijados, pues no existen, sino que se fija atendiendo a las circunstancias del caso concreto a tanto alzado, entendiéndose adecuada la cantidad de 28.000 euros, cuantía que habrá de repartirse entre los reclamantes en la misma proporción en la que se distribuyó la cantidad solicitada por ellos.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es parcialmente conforme a Derecho, dada la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración en los términos expuestos en este Dictamen.