



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 401/2013

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de noviembre 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 de los hermanos J., I., H. y N.C.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 416/2013 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. 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 (LCCC), 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.

2. Los interesados en este procedimiento, J., N., H. Y 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.

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.

3. Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse sobre este asunto en sus anteriores Dictámenes 633/2011, de 17 de noviembre; 526/2012, de 13 de noviembre y 143/2013, de 22 de abril. 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 solicitados y, previa audiencia a los interesados, formular una nueva Propuesta de Resolución, que habría de ser remitida a este Consejo para su Dictamen preceptivo.

Finalmente, en el Dictamen 143/2013 se consideró que la Propuesta de Resolución analizada no estaba jurídicamente fundada por las razones expuestas en su Fundamento V, por lo que debía completarse el expediente con la emisión de nuevos informes y, una vez recabados éstos y tras nueva audiencia a los interesados, formular una nueva Propuesta de Resolución, que habría de ser remitida preceptivamente a este Consejo para ser dictaminada.

Cumplimentadas estas actuaciones, se ha solicitado nuevamente el Dictamen de este Consejo.

### III

1. 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 su 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 Vida.

El 10 de enero de 2007 consulta por dolor costal, en relación al 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, colecistectimizada. 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 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.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por no concurrir en el presente caso los presupuestos necesarios que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Considera que la actuación sanitaria se ha ajustado en todo momento a la *lex artis*, pues, ante la sintomatología presentada por la paciente, se utilizaron los medios disponibles y adecuados.

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.

A estos efectos es necesario poner de relieve que para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada ha de acudirse, como reiteradamente ha señalado la jurisprudencia, al criterio de la *lex artis* como modo de establecer 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 a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la salud del paciente. Es preciso tener en cuenta por ello que el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados, y en el presente caso puede considerarse acreditado que se pusieron a disposición de la paciente los medios precisos, teniendo en cuenta la sintomatología que presentaba en cada una de las ocasiones en que acudió a los servicios sanitarios públicos.

3. En el expediente ha quedado acreditado que la asistencia prestada a la paciente en su Centro de Salud el 21 de septiembre de 2006 estuvo motivada por el padecimiento de dolor costal tras una caída, sin referir ningún otro síntoma. Se hizo auscultación pulmonar con resultado de normalidad y se apreció dolor a presión manual a nivel costal, prescribiéndose la práctica de una radiografía de tórax, no objetivándose lesión. Por tanto, se consideró razonable y coherente que el dolor tenía su origen en el traumatismo acontecido, sin que se evidenciara entonces la presencia de ningún otro dato clínico que pudiera, en su caso, ser sugestivo del padecimiento de otra patología, ni existían síntomas de la paciente que demandaran o aun aconsejaran solicitar otras pruebas complementarias.

El 5 de diciembre de 2006 acude nuevamente refiriendo que está comiendo poco porque al rato de comer se pone peor, pautándose tratamiento. En nueva visita el día 19 del mismo mes, tras la valoración de la paciente, se solicita la práctica de una ecografía. Señala sobre estas consultas el facultativo de Atención Primaria en su informe, que la paciente acude por primera vez refiriendo pesadez abdominal en este mes de diciembre y que en la segunda consulta ya se encontraba pendiente de analítica específica para descartar enfermedad neoplásica del aparato digestivo, cuyos resultados, recibidos el día 22 del mismo mes, resultan normales, tanto de hígado como el hemograma, así como las específicas de sospecha de neoplasia intestinal. Señala además que el resultado de la ecografía aportada por la paciente indicaba un supuesto angioma, para lo que sugieren los ecografistas un TAC, que se solicita, y se deriva a Digestivo, dado que el informe emitido por médico privado recomienda, además del TAC, colonoscopia y endoscopia. Se colige de todo ello que cuando comenzaron las molestias abdominales, después de la primera consulta de 5 de diciembre, ya se pautó por el facultativo de Atención Primaria la práctica de una ecografía, si bien ésta se llevó a cabo en centro privado, y se remitió a la paciente al especialista de Digestivo. Consta además, de acuerdo con este mismo informe, que también se le había solicitado a la paciente analítica dirigida a descartar procesos neoplásicos, cuyos resultados fueron de normalidad. La actuación sanitaria practicada no demuestra por tanto pasividad ante la sintomatología presentada ni se ha acreditado por parte del reclamante que las pruebas solicitadas y la remisión a facultativo especialista fueran inadecuadas o inidóneas al objeto de alcanzar el diagnóstico de la enfermedad. Sobre este extremo se indica en el informe del Jefe de Servicio de Oncología del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, recabado como consecuencia del Dictamen de este Consejo, que la confirmación diagnóstica del

angioma hepático detectado en la ecografía realizada en el centro privado no corresponde a la oncología médica, sino a los especialistas de Aparato Digestivo o Cirugía Digestiva, a los que efectivamente se remitió a la paciente.

Es más, resulta de la historia clínica que el Servicio de Reumatología del HUC, donde estaba siendo tratada por osteoporosis, solicitó una analítica en junio de 2006 que evidenció marcadores tumorales dentro de la normalidad e incluso la atención sanitaria prestada en el centro privado en enero de 2007, donde se practicó ecografía y TAC, evidenció resultados que no mostraban signos de alarma, según se hizo constar. Asimismo, en la radiografía practicada en el Servicio de Urgencias del HUC el 4 de febrero de 2007 tampoco se evidenció la patología que después sería detectada.

Es a partir del 23 de febrero de 2007 cuando, en una ecografía de abdomen realizada en el HUC, se observan adenopatías de hasta 2 cm en tronco celiaco e hilio hepático y moderado derrame pleural derecho y, en una radiografía de tórax practicada el día 28 del mismo mes se observa derrame pleural derecho e imágenes nodulares dispersas sugestivas de metástasis, que no estaban presentes en la radiografía del día 4 de febrero.

Sobre todo ello señala el Servicio de Inspección que, en el mes anterior al ingreso de la paciente en el HUC, la información que se desprende de las radiografías es de normalidad, lo que da idea de la rápida evolución, crecimiento y devastador diagnóstico del tumor finalmente no reconocido y destaca que no existían datos para la sospecha o evidencia de tumor alguno, máxime cuando meses antes (junio de 2006) los resultados de los marcadores tumorales eran negativos.

Indica por otra parte que en la asistencia sanitaria pública se dio por válido el informe ecográfico realizado por la sanidad privada y que éste no fue revisado hasta que se evidenció un cambio semiótico; afirmación ésta que señala no se puede valorar independientemente de las otras pruebas practicadas por Digestivo privado, en las que no se descubre origen tumoral, y de los resultados de las pruebas complementarias durante el seguimiento e ingreso. Es por tanto a partir de la sintomatología evolutiva, de los marcadores tumorales alterados (analíticas practicadas tras el ingreso en el HUC) y de la revisión del TAC previo cuando se impulsa el diagnóstico. Estima por ello que la paciente fue tratada adecuadamente por los servicios sanitarios de salud, no siendo posible diagnosticar su tumor hasta que éste no resultó clínicamente evidente y, una vez diagnosticado, fue tratado de forma diligente, a pesar de lo cual y por el tipo de tumoración y dado el grado metastásico, finalmente no pudo hacerse nada.

El informe del Jefe de Servicio de Oncología al que antes se ha hecho referencia coincide en estas conclusiones, al señalar que la primera sospecha de tumor maligno se objetiva tras las ecografía de 23 de febrero de 2007, en la que se observa una progresión de la enfermedad con ganglios abdominales y derrame pleural; que la rápida diseminación de la enfermedad objetivada los días posteriores indican la agresividad de la misma, por lo que un diagnóstico temprano, entendiendo como tal el 23 de febrero de 2007, no hubiera cambiado la evolución clínica.

En este mismo sentido se pronuncia el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Ntra. Sra. de La Candelaria, emitido igualmente a solicitud de este Consejo, quien, tras valorar las imágenes radiodiagnósticas disponibles, indica que las radiografías de abdomen no muestran hallazgos relevantes y, por lo que se refiere a las de tórax, llama la atención la rápida evolución del proceso, pues en la practicada el 4 de febrero de 2007 no existen signos específicos de enfermedad tumoral, mientras que en la realizada 24 días después - el 28 de febrero- existía una clara sospecha de enfermedad tumoral con afectación metastásica.

A similares conclusiones llega el informe recabado tras la emisión del Dictamen de este Consejo 526/2012, en el que el Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria indica que un diagnóstico preciso de esta enfermedad en enero de 2007 probablemente no hubiera cambiado la evolución de la misma debido a su rápida diseminación.

En idéntico sentido se manifiestan, por último, los informes de los Jefes de Servicio de Oncología Médica y de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Dr. Negrín, emitidos como consecuencia del parecer expresado por este Consejo en su Dictamen 143/2013. Indica el primero de los citados que de la documentación revisada se puede concluir que los estudios llevados a cabo en enero de 2007 no reflejan patología neoplásica que suponga actitud urgente, a lo que añade que, desde el punto de vista del oncólogo médico, el hecho de que en un mes se haya producido un deterioro de la paciente con pruebas de imagen en las que se pone de manifiesto afectación hepática, derrame pleural y posterior *exitus*, hace pensar en una patología tumoral altamente agresiva que biológicamente se comporta de esta manera.

Informa por su parte el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico que en los estudios realizados en enero de 2007 no se informaron hallazgos radiológicos indicativos o al menos sugestivos siquiera de lejana sospecha de malignidad, por lo que, desde un

punto de vista radiológico, no aprecia indicación de realizar nuevos estudios sin que mediaran cambios clínicos significativos. Posteriormente la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario, donde se detectó un síndrome constitucional, por lo que se realizó nueva ecografía (23 de febrero) en la que ya se apreciaron signos de malignidad, siendo la evolución compatible con un proceso tumoral muy agresivo, dada la rápida evolución. Concluye en que no aprecia demora en la realización de las exploraciones radiológicas (ecografía y TAC) a la vista de los informes que se iban emitiendo.

Teniendo en cuenta todo ello, no se aprecia en el presente caso el retraso diagnóstico que sostienen los reclamantes, pues los síntomas que inicialmente presentó la paciente, unido a las pruebas practicadas tanto en los servicios públicos como en los centros privados, no eran sugestivos de las metástasis pulmonares y hepáticas que posteriormente determinaron su fallecimiento, máxime cuando los marcadores tumorales en la analítica practicada en junio de 2006 eran normales. La paciente presentó inicialmente síntomas propios de una contusión por caída y los resultados de la asistencia sanitaria prestada en centro privado en enero de 2007 arrojaron resultados que no mostraron signos de alarma, como señalan los informes médicos y no es hasta febrero de 2007 cuando se produce un cambio semiótico (ecografía y radiografía practicadas en HUC). La paciente fue tratada, en consecuencia, conforme a los síntomas presentados en cada momento, no siendo posible detectar el tumor, como señala el Servicio de Inspección, hasta que éste no fue clínicamente evidente. Una vez diagnosticado fue debidamente tratado, si bien sin posibilidad de curación, dado el tipo de tumoración y su grado metastásico. La actuación sanitaria ha sido pues conforme a la *lex artis*, en tanto que se pusieron a disposición de la paciente los medios necesarios de acuerdo con la sintomatología presentada en cada momento.

Procede por ello, como así se sostiene en la Propuesta de Resolución, desestimar la reclamación presentada.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.