



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 330/2015

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de septiembre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por N.S.A.M., por daños ocasionados por el fallecimiento de su madre, Y.C.M.M., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 319/2015 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad el 24 de julio de 2015 (Registro de entrada de fecha 29 de julio de 2015) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia de este Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 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. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de N.S.A., como hija de Y.C.M.M., tal y como acredita mediante la aportación del libro de familia, al pretender el resarcimiento de un daño moral que ha sufrido en su persona por el fallecimiento de su madre como

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

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

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.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), y 4.2 RPAPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 12 de abril de 2011 en relación con un daño (fallecimiento de madre) producido el 26 de junio de 2010. Además, consta la presentación de escrito de reclamación en impreso oficial ante el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Doctor Negrín.

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

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

### III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según transcripción literal del escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

“PRIMERO.- Que mi madre, Y.C.M.M. falleció el pasado 26 de junio de 2010 (...).

Los problemas de salud de mi madre comenzaron meses atrás, pero la doctora A.M., del Centro de Salud L.F. la mantuvo con una medicación durante cerca de cuatro meses, en concreto con Ibuprofeno, jamás le realizó prueba alguna ni la remitió a especialista alguno, achacaba las dolencias de mi madre a la adicción al tabaco y a una posible anemia, pero la realidad es que nunca hubo mejoría.

El 13 de abril del presente año mi madre empeoró, pues presentaba síntomas de asfixia, remitiéndola la mencionada doctora al Hospital Doctor Negrín. En dicho Centro le diagnosticaron insuficiencia cardiaca leve I (...).

Al no encontrar mejoría tuve que acudir a una consulta privada donde en un tiempo record dieron con la enfermedad que aquejaba a mi madre y que por desgracia produjo su fallecimiento.

SEGUNDO.- Posteriormente el 27 de mayo de 2010 ya se produjo por el Servicio de Urología del Hospital Doctor Negrín el diagnóstico definitivo. En concreto mi madre tenía un tumor renal de más de diez centímetros, MTS pulmonar, hepática y ósea, estando los hallazgos encontrados en el tórax con metástasis pulmonares ganglionares y linfangitis carcinomatosa de una neoplasia probablemente de origen renal (...).

Pero por desgracia el largo tiempo transcurrido sin recibir la atención adecuada jugó en contra de mi madre, produciéndose su fallecimiento el 26 de junio de 2010".

Se solicita una indemnización de 150.000 euros por los daños morales sufridos como consecuencia del referido proceso asistencial.

## 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 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 15 de marzo de 2011, se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso, lo que viene a cumplimentar el 6 de mayo de 2011, después de haber recibido notificación el 25 de abril de 2011.

- Por Resolución de 16 de mayo de 2011, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, requiriéndola para que facilite los datos de los hermanos que obran en el libro de familia, como posibles interesados, lo que aportará el 15 de junio de 2011. De todo ello es notificada la parte interesada el 24 de mayo de 2011.

- Por escrito de 16 de mayo de 2011, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 21 de octubre de 2014, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 16 de junio de 2011, se remite escrito a los hermanos de la reclamante poniéndoles en conocimiento la tramitación del presente procedimiento para que se personen como interesados si lo consideran oportuno. Consta la recepción de notificación por J.C.A.M., el 16 de septiembre de 2011, quien se persona el 19 de septiembre de 2011 y aporta su documentación identificativa.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 12 de noviembre de 2014 se insta a los interesados a aportar los medios de prueba de que pretendan valerse, viniendo estos, el 2 de diciembre de 2014, a reiterar los documentos aportados en su reclamación, así como a solicitar testifical de la Dra. H.H., facultativa del Centro de Salud L.F., y de la Dra. C.G., facultativa del Servicio de Urgencias del Hospital Doctor Negrín.

- El 19 de febrero de 2015, se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados, y se incorpora como documentación anexa el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, junto con la documentación que acompaña. Asimismo se admite la prueba testifical.

- El 7 de abril de 2015, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la parte reclamante el 17 de abril de 2015. Con fecha 23 de abril de 2015, comparecen los interesados solicitando copia del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones e informes que incorpore, lo que se les entrega en el mismo acto.

El 7 de abril de 2015, se presenta escrito por los interesados por el que se insiste en los términos de la reclamación inicial.

- El 23 de junio de 2015, se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de los interesados, emitiéndose borrador de Propuesta de Resolución por la Dirección General del Servicio Canario de la Salud, en la que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 17 de julio de 2015, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 14 de julio de 2015.

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes al determinarse, de conformidad con la documentación obrante en el expediente, que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue conforme a la *lex artis*. Así, se afirma la inexistencia de retraso en el diagnóstico imputable a un inadecuado funcionamiento del servicio público afectado. Por ello, la Propuesta de Resolución termina concluyendo, por incorporación de la conclusión del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, la ausencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Pues bien, entendemos, como se argumentará a continuación, que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al desestimar la pretensión resarcitoria de los interesados.

Ante todo, resulta preciso, para entrar a argumentar la inexistencia de responsabilidad de la Administración, tal y como se recoge en la Propuesta de Resolución por incorporación del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, transcribir aquí la historia clínica de la paciente de la asistencia prestada en relación al asunto que nos ocupa:

“El informe de la Dra. A.G.M.H. (facultativa de cabecera) extracta las siguientes consultas, que pueden corroborarse en la Historia Clínica:

1.- 10 de marzo de 2010, acude por dolor en columna dorsal de características mecánicas y de una semana de evolución; tratada con ibuprofeno. Se le pide radiografía de columna dorsal sin valoración en consulta.

2.- 13 de abril de 2010, acude a consulta por cansancio, taquicardia, tendencia al sueño, mal estar general. Se le deriva al Hospital Universitario Dr. Negrín para valoración analítica y estudio, por probable anemia.

3.- 15 de abril de 2010, acude a consulta refiriendo mejoría de la sintomatología: auscultación pulmonar normal y una radiografía en la que se aprecia aumento de la trama bronquial sin colección de líquido.

4.- El 27 de abril se solicita analítica, realizada el 4 de mayo de 2010.

5.- El 28 de mayo de 2010, trae informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Dr. Negrín, con diagnóstico de neoplasia maligna de riñón. En esta consulta se valora la analítica de 4 de mayo”.

Por otra parte, es remitida al Hospital Dr. Negrín cuando se sospecha que su estado podría estar relacionado con una posible anemia y donde es diagnosticada de Insuficiencia Cardíaca Leve.

En este sentido el Servicio de Inspección y Prestaciones señala como preámbulo a los puntos subsiguientes: indicar que por la Historia Clínica, en fecha 23 de abril de 2009, se constata que se realizó interconsulta al Servicio de Cardiología del HUGCDN, desde el Centro de Salud Barrio Atlántico, por dolor torácico precordial. Se menciona, en la interconsulta, que hace dos años, la paciente rechazó una propuesta de atención y valoración cardiológica. Según las notas clínicas del 2 de diciembre de 2009, la paciente es asistida por dolor torácico retroesternal quemante y disnea, que se presenta por episodios, sucediéndole desde hace cierto tiempo, pero sin precisar cuánto. Se le pauta tratamiento y se solicitan pruebas. Posteriormente es atendida los días 13-14 de abril de 2010 por en el Servicio de Urgencias del HUGCDN y el día 14 de abril es visitada/estudiada en el Servicio de Cardiología, llegando a la conclusión diagnóstica de Insuficiencia Cardíaca Leve, en seguimiento desde entonces por dicho Servicio.

Continuando con el relato de hechos clínicos en atención especializada:

1.- El 4 de mayo de 2010 la paciente de 67 años, ingresa en el Servicio de Neumología del HUGCDN, por presentar de nuevo por disnea a moderados esfuerzos. Tiene antecedentes personales de HTA e Insuficiencia cardíaca leve, como dijimos, en seguimiento por el Servicio de Cardiología por angor de esfuerzo, dislipemia y hábito tóxico de fumar, que según las distintas versiones observadas en los documentos de la historia clínica, el hábito varía entre de 1-2 paquetes de cigarrillos diarios, 20 cigarrillos diarios, 6 cigarrillos diarios ó 4-5 cigarrillos diarios.

2.- El día 7 de mayo de 2010, en la Ecografía Abdominal solicitada por el Servicio de Neumología, se detecta una masa de gran tamaño, en riñón izquierdo, con probabilidad de ser una neoplasia renal, con infiltración de la vena renal, además de la presencia de adenopatías.

3.- El día 10 de mayo de 2010, el Servicio de Neumología del HUDGDN, solicita TC Abomino-Pélvico.

4.- El día 11 de mayo de 2010, la paciente es atendida por el servicio de Urología del HUGCDN, confirmando la Ecografía Abdominal, por lo que se solicita TC (2 braco Abdominal).

5.- El día 12 de mayo de 2010, se realiza la Tomografía Computarizada (TC) solicitada y ésta confirma: una gran masa renal izquierda de 10,5 x 8,3 x 10,7 cm en sus diámetros transversa anteroposterior y craneocaudal de contornos polilobulados, densidad muy heterogénea con áreas de necrosis, presentando exteriorización con múltiples nódulos hiperdensos a nivel perirrenal, pararrenal y en el psoas ipsilaterales. Aumento de tamaño de la glándula suprarrenal izquierda en relación con infiltración de la misma, objetivándose aumento de tamaño de la vena renal ipsilateral con lesión hipodensa intraluminal en relación con trombosis tumoral de la misma, visualizándose sin embargo permeabilidad conservada de la vena cava inferior. Múltiples adenopatías de aspecto patológico a nivel del hilio renal ipsilateral, hilio esplénico, hilio hepático, tronco celiaco, cadena iliaca común izquierda, destacando una gran masa adenopática de 5 x 5,5 cm que engloba a la aorta abdominal en un sector circunferencial superior a los 180 grados desplazándola, hallazgos en relación con infiltración de la misma.

Hepatomegalia, identificándose en ambos lóbulos hepáticos múltiples lesiones sólidas hipervasculares (captan contraste en fase arterial con lavado en fase portal) en relación con metástasis vasculares. Discreta cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

En los cortes del tórax múltiples nódulos pulmonares en ambos campos pulmonares con engrosamiento de sepias de forma difusa, hallazgos en relación con lesiones metastásicas y linfangitis carcinomatosa.

6.- La Gammagrafía ósea, de fecha 18 de mayo de 2010, resulta positiva para lesiones metastásicas óseas politópicas.

7.- El día 21 de mayo de 2011, se realiza biopsia percutánea de la lesión renal, que es informada por el Servicio de Anatomía Patológica, el día 24 de mayo de 2010, como de carcinoma renal de células renales de células claras (izquierdo), de grado 2.

Según el Informe del Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN, de fecha 21 de julio de 2011, se indicaría un estadio clínico de: T4 N3 M1 (Metástasis: Pulmonares, hepáticas y óseas).

8.- El día 21 de mayo se realiza, además, embolización de la gran masa renal izquierda y se solicita valoración al Servicio de Oncología Médica, para tratamiento quimioterápico sistémico.

9.- El 27 de mayo de 2010, el Servicio de Neumología del HUGCDN, emite informe de Alta y cursa traslado de la paciente al Servicio de Urología.

10.- El 27 de mayo de 2010, el Servicio de Urología emite Informe provisional de Alta y solicita consulta al Servicio de Oncología, cuya cita tiene lugar el 3 de junio de 2010. Desde ese momento el Servicio de Oncología del HUGCDN, controlaría la paciente en su domicilio (días 4, 8, 14, 21 y 23 de junio de 2010).

11.- El día 25 de junio de 2010, la paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, por presentar estado agónico. Es valorada y remitida por el Servicio de Oncología al Servicio de Cuidados Paliativos, para control sintomático y soporte.

12.- El día 26 de junio de 2010, la paciente fallece a las 00:30 horas, por fracaso multiorgánico, debido a su patología de base. Diagnóstico: Carcinoma Renal con Metástasis óseas, hepáticas suprarrenales, pulmonares, ganglionares (abdominales y retroperitoneales), Linfangitis carcinomatosa pulmonar, HTA, insuficiencia cardiaca leve y Dislipemia”.

Si bien se señala en el escrito de reclamación que el diagnóstico correcto se dio en consulta privada, como bien se señala en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, ello no ha quedado acreditado en el expediente, pues la interesada, tras habersele solicitado la aportación de informe de facultativo privado el 25 de mayo de 2011 (notificación recibida el 31 de mayo de 2011), el 8 de agosto de 2011 se presenta nota manuscrita por el facultativo Dr. C., al Hospital Dr. Negrín para estudio por sospecha de neumonía intersticial al referir cuadro de tos. Con ocasión del ingreso, se detecta masa abdominal por lo que se realiza interconsulta al Servicio de Urología, donde, tras efectuarse biopsia se diagnostica carcinoma de células renales tipo claras (Informe de anatomía patológica de 24 de mayo de 2010).

3. Sentado esto, en relación con el objeto de la reclamación, debemos decir que, precisamente, la clave de la dificultad de diagnóstico de la patología que aquejaba a Y.C.M.M. está en el hecho de la inespecificidad de las dolencias por las que venía acudiendo a las consultas médicas, lo que en la propia reclamación se denomina como “problemas de salud”. No obstante, como se deriva del relato de la historia clínica, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos que su sintomatología demandaba en cada momento.

Así, no solo no era sospechable la existencia de la patología que aquejaba a la paciente en los primeros contactos con su centro de salud, sino que, incluso, como señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:



“(…) en la analítica solicitada por el Servicio de Urología del HUGCDN, el 18 de mayo de 2010 (distante un mes y ocho días del fatal desenlace) todavía el urianálisis era normal y la bioquímica general de la creatinina enzimática, urea, urato, sodio, lo era también, pese a lo avanzado de la neoplasia renal. El tumor renal estaba clasificado de T4 N3 M1 y por tanto en etapa IV”. Es decir: “Dentro de la etapas evolutivas del cáncer, la etapa IV es tributaria de cualquier T, cualquier N y M0 o M1 y ello significa lo siguiente:

- Cualquier T: el tumor principal puede ser de cualquier tamaño y puede haber crecido fuera del riñón. En este caso era un T4, es decir, un cáncer propagado fuera del riñón.

- Cualquier N: el tumor puede o no propagarse a los ganglios linfáticos adyacentes. En este caso era un N3, ya que se propagó a ganglios abdominales y retroperitoneales.

- Si hay propagación a los ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos, esta propagación se denomina Metástasis (M1). En este caso hubo metástasis óseas, hepáticas, suprarrenales y pulmonares”.

Pues bien, de existir alteración renal, tal como informa el Servicio de Inspección y Prestaciones, en el urianálisis se detectaría la presencia de hematíes y los parámetros de la bioquímica general se elevarían en la sangre, lo que no ocurrió en la referida analítica, sino que fue evidente en la realizada el 26 de mayo de 2015. Por lo que el informe al que nos venimos refiriendo indica que no habría sido posible por parte de los médicos del Centro de Salud del Barrio Atlántico de Atención Primaria, en Las Palmas de Gran Canaria, detectar indicios analíticos de alteración renal en fechas anteriores al 26 de mayo de 2010.

De hecho, explica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, observando la historia clínica de la paciente, “en fecha 23 de abril de 2009 se realizó interconsulta al Servicio de Cardiología del HUGCDN, desde el Centro de Salud de Barrio Atlántico, por dolor torácico precordial. Sin embargo, en la analítica posterior del Centro de Salud, informada el 29 de enero de 2010, el resultado fue dentro de lo normal. El 23 de abril de 2009 es la primera fecha del comienzo de este episodio asistencial que analizamos y, por el que, posteriormente, el día 7 de mayo de 2010, se solicitaría ecografía abdominal, por parte del Servicio de Neumología. En ella ya se detectaba una masa de gran tamaño en riñón izquierdo, con probabilidad de ser una neoplasia renal. Aun así, casi once días después, como venimos diciendo,

el 18 de mayo de 2010, pese a que la neoplasia era radiológicamente visible, todavía el urianálisis era normal y la bioquímica general de creatina enzimática, urea, urato, sodio, también lo era”.

Y es que, como informa el Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN, el 21 de junio de 2011, la patología de la paciente es “una enfermedad que evoluciona por lo general muy lentamente, incluso en los casos en los que el tumor ya ha producido metástasis”. Es conocido como “el gran simulador” por ser un tumor silencioso, con altísima letalidad, pudiendo permanecer oculto o silente durante largos periodos de su historia natural, sin tener expresión clínica alguna. De hecho, en las distintas series consultadas, se pone de manifiesto que entre un 30 y un 40% de los casos presentan metástasis en el momento del diagnóstico”.

Por ello, como señala la Propuesta de Resolución, no existió demora ni negligencia en la asistencia prestada a la paciente en su centro de salud ni en el HUGCDN, pues se respondió en cada una de las consultas e ingresos a los problemas que presentaba, que no eran los propios del cáncer que la aquejaba, aplicándose el tratamiento correcto de acuerdo con su sintomatología, siendo la respuesta al tratamiento, favorable, por lo que nada podía hacer sospechar, en esos momentos, la presencia del cáncer que se diagnosticó después, que concluirá, en el fatal desenlace, dado el avanzado estado de la enfermedad en tal momento.

Finalmente, en cuanto a la afirmación realizada por la reclamante en relación con la instauración de un erróneo y prolongado tratamiento con Ibuprofeno, de la historia clínica se extrae, así como de la prueba testifical realizada a la médica de cabecera, que el Ibuprofeno se pautó correctamente, por aquejarse en aquel momento la paciente, primero, de un flemón (consulta en Centro de Salud: 5 de junio de 2009), y, posteriormente, de dolor en columna dorsal, lo que se encuentra recogido en la historia clínica de la paciente. En todo caso, en relación con sus otras dolencias, como ya se ha acreditado se fue dando respuesta en función de los síntomas que la paciente refería en todo momento.

Y, en cuanto a la alegación realizada en la reclamación en la que se indica que aquella médica atribuía las dolencias de la paciente a su adicción al tabaco y a una posible anemia, sin perjuicio de señalar que se trata de meras acusaciones sin apoyo argumental ni consecuencias en relación con el fondo del asunto, cabe indicar que tal afirmación ha sido refutada por la afectada, quien niega tal acusación en la testifical, refiriendo que se le recomendaba no fumar ya que tenía patología pulmonar. En cuanto a la sospecha de anemia, se debió a los síntomas cansancio,

taquicardia, malestar general y tendencia al sueño de los que se quejaba la paciente, tal y como se deriva de la historia clínica de atención primaria.

De todo lo expuesto cabe concluir que la actuación de servicios asistenciales de la Administración sanitaria ha sido conforme a la *lex artis* a lo largo de la atención dispensada a Y.C.M.M., sin que pueda inferirse relación causal entre la asistencia prestada y el resultado final, pues, como se ha acreditado, la paciente presentaba diversas patologías que fueron adecuadamente diagnosticadas y tratadas, incluido el cáncer renal que padecía, enfermedad que, tal y como se ha expresado en este Dictamen, incorporando las argumentaciones de los informes técnicos que obran en el expediente, es de difícil diagnóstico de certeza en sus etapas tempranas, dado lo inadvertido de su progresión, además del mutismo sintomatológico y analítico propio de este tipo de cáncer, lo que concurrió en el caso de la madre de los reclamantes.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por N.S.A.M.