



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 107/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2016.

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 G.P.J., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 74/2016 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 21 de enero de 2013 por G.P.J. en solicitud de una indemnización de 70.450,81 euros por el fallecimiento de su hermano J.P.J., cuya causación imputa a la negligencia profesional en que incurrieron los facultativos del Servicio Canario de la Salud que lo atendieron.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación. Respecto a la legitimación pasiva, se debe

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

señalar que, aunque en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia se formulen reproches a la actuación de los facultativos del centro socio-sanitario privado donde residía su hermano, la reclamación se dirige exclusivamente contra el Servicio Canario de la Salud. Además, ni el centro socio-sanitario privado ni sus facultativos están integrados en la organización del indicado Servicio. Tampoco el centro socio-sanitario privado está vinculado por un contrato con el Servicio Canario de la Salud cuyo objeto sea la gestión de servicios o prestaciones públicas de la competencia de este ni por cualquier otro tipo de contrato. Por consiguiente, el Servicio Canario de la Salud es la única persona jurídica legitimada pasivamente en el presente procedimiento.

4. De la anterior conclusión se deriva que para considerar si procede estimar o desestimar la pretensión, las únicas actuaciones profesionales cuya corrección o inadecuación debe ser analizada son las desarrolladas por los facultativos del Servicio Canario de la Salud.

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución del procedimiento incoado 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; si bien, mediante Resolución de 22 de abril de 2004 (BOC nº 98, de 21 de mayo) se delega en los Directores Gerentes de Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria y Gerentes de los Servicios Sanitarios de las Áreas de Salud de La Palma y Lanzarote, la competencia para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de su respectivo ámbito de actuación.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, 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.

6. Conforme al art. 13.3 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente,

aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

7. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan. En particular, se ha emitido el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación de la lesión; se ha abierto el trámite probatorio en el cual se ha admitido y practicado la prueba propuesta por la reclamante; a la misma, posteriormente, se le ha dado vista del expediente y audiencia para que presente alegaciones finales antes de redactar la Propuesta de Resolución, sobre la cual el Servicio Jurídico ha emitido su preceptivo informe estimándola conforme a Derecho. En definitiva, no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

## II

Los hechos en que se funda la reclamación son los siguientes:

El hermano de la reclamante, J.P.J., de 67 años de edad, residía en un centro socio-sanitario privado o residencia de mayores en el Puertito de Güímar.

A J.P.J. se le realizó una analítica de orina el 15 de junio de 2009, que indicó que presentaba microhematuria y una infección del tracto urinario. El médico del Centro de Salud del Puertito de Güímar le prescribió un tratamiento antibiótico, en vez de remitirlo a un especialista en Urología. Según la representación de la reclamante, si hubiera actuado así, este especialista habría podido diagnosticar el carcinoma renal de células claras, estadio IV, que le causó la muerte.

El 30 de octubre de 2010, el centro socio-sanitario del Puertito de Güímar, ante el dolor renal que sufría J.P.J., avisó al Servicio de Urgencias Canario que lo trasladó en una ambulancia al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar, donde la facultativo de guardia le diagnosticó un cólico nefrítico y le suministró analgésicos. El paciente regresó en taxi al centro socio-sanitario, sin tratamiento ni informe médico. En opinión de la reclamante, si la doctora lo hubiese remitido a un urólogo, este habría diagnosticado el carcinoma renal e instaurado el tratamiento pertinente que habría impedido el curso fatal de la enfermedad.

El día 17 de noviembre de 2010, J.P.J. tornó a sufrir un episodio de dolor renal a las 4:01 horas de la madrugada, que determinó su traslado urgente al Hospital

Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), donde falleció el 21 de noviembre de 2010.

La interesada no ha propuesto prueba ni ha aportado informes médicos que acrediten las afirmaciones de hecho sobre las que reposa su pretensión resarcitoria; a saber, que si el 15 de junio de 2009 y el 30 de octubre de 2010 los facultativos que atendieron a su hermano lo hubieran remitido a un urólogo, éste habría diagnosticado el carcinoma renal e instaurado el tratamiento pertinente que habría impedido su fallecimiento a causa de esa patología.

### III

1. El informe, de 23 de octubre de 2015, del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones, explica que el cáncer renal evoluciona por lo general muy lentamente, incluso en los casos en los que el tumor ya ha producido metástasis. El carcinoma renal de células claras es el más frecuente y común (70 a 75%) de los cánceres renales. El 50% de los tumores se presentan en estadio de evolución T1-T2, y el 45% se descubren ya en estadio carcinoma de células claras en otros órganos.

Es un tumor con altísima letalidad, pudiendo permanecer oculto, inadvertido o silente durante largos periodos de su progresión natural, sin tener expresión clínica alguna. Al cáncer renal no se le suele detectar habitualmente hasta que alcanza un gran tamaño. En ocasiones, estos cánceres alcanzan un gran tamaño sin causar ningún dolor u otros problemas. Algunas personas con cáncer de riñón establecido no presentan sangre en la orina (hematuria) hasta que el tumor es lo bastante grande como para generar metástasis en otros órganos. En la actualidad no existe un marcador tumoral específico para cáncer renal. Si no va acompañado de síntomas, podría ser descubierto mediante pruebas de laboratorio o estudios de imagen que se realizaran en el paciente, por causa de otras enfermedades o padecimientos. Por tanto, se trataría de un hallazgo fortuito ya que, por ausencia de síntomas, no se sospecharía de su existencia en absoluto. Tampoco existen pruebas recomendables que se puedan usar para la detección precoz del cáncer de riñón en personas que no presentan un riesgo aumentado. Esto se debe a que ninguna prueba ha demostrado reducir el riesgo general de *exitus* a causa del cáncer de riñón.

Los estudios de imagen mencionados consisten en tomografía axial computerizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecografía (EC) abdomino-renal, de la misma eficacia que las dos primeras en la detección prematura de algunos cánceres de riñón. La ecografía puede ayudar a encontrar una

masa en un riñón y mostrar si es sólida o está llena de líquido (los tumores renales tienen más probabilidad de ser sólidos). Los patrones de ecografía diferentes también pueden ayudar a distinguir entre algunos tipos de tumores benignos y los tumores malignos del riñón. Por ecografía abdomino-renal o TAC se diagnostican la mayoría de los cánceres renales, aunque el TAC, sin y con contraste intravenoso, se suele utilizar para definir el cáncer ya detectado. La RMN está indicada en personas que resultan alérgicas al contraste intravenoso. La angiografía arterial es útil, cuando los resultados del TAC son imprecisos.

Entre algunos de los posibles síntomas y signos del cáncer de riñón se incluyen sangre en la orina (hematuria), dolor en un lado de la espalda baja (no causado por una lesión), una masa o protuberancia en el costado o espalda baja. Sin embargo, esta tríada de síntomas se presenta en el 6-10% de los casos. Otros síntomas son cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso sin hacer dieta, fiebre que no es causada por infección y que no desaparece, anemia o varicocele testicular.

Estos síntomas y signos pueden ser causados por el cáncer de riñón, pero con más frecuencia son originados por enfermedades benignas. Así, la presencia de sangre en la orina (hematuria) puede ser causada por una infección de la vejiga o del tracto urinario o por cálculos renales.

En general, la causa del cáncer de riñón se desconoce; salvo para los casos derivados de enfermedades hereditarias. En la actualidad, el cáncer de riñón no puede prevenirse. Aún conociendo en un sujeto determinado la alta predisposición a padecer una neoplasia de riñón heredo-genético-familiar, no podrá determinarse -en ese individuo predispuesto por herencia-, si el cáncer se desarrollará y cuándo lo hará, y por tanto tampoco puede prevenirse.

En el informe también se explica que el cólico nefrítico es un dolor súbito muy intenso en la zona renal que se produce generalmente por el enclavamiento de una litiasis o cálculo en los uréteres. El análisis de orina a menudo se acompaña de hematuria macroscópica o microscópica. En la exploración física existe sensibilidad a la puño-percusión de la espalda y sensibilidad en la cavidad abdominal, a lo largo del trayecto del uréter.

Según este informe, caben muchos diagnósticos diferenciales con un cólico nefrítico y cita, como otras patologías que pueden presentar síntomas similares, el aneurisma de aorta, la pielonefritis, el absceso renal, los coágulos sanguíneos, el herpes zóster, la pleuritis, la neumonía basal, la colecistitis, la pancreatitis, la úlcera

péptica, la gastritis, la diverticulitis, la cistitis, la torsión testicular y, en las mujeres, el quiste de ovario.

2. A J.P.J. se le realizó una analítica de orina el 15 de junio de 2009, que indicó que presentaba microhematuria y una infección del tracto urinario. El médico del Centro de Salud del Puertito de Güímar le prescribió un tratamiento antibiótico que eliminó la infección. La posterior analítica de control que se le realizó permitió constatar que la orina estaba dentro de los límites de normalidad, al igual que los parámetros de la función renal (folio nº 50 del expediente). La hematuria es un síntoma que acompaña a las infecciones del tracto urinario. Si una prueba médica objetiva, como es un análisis de orina, demuestra que existe tal infección acompañada de ese síntoma, el diagnóstico correcto es el de infección de orina y la terapia adecuada es la administración de antibióticos. Si después de su toma desaparece la infección y la hematuria, entonces queda demostrada la corrección de tal diagnóstico. El paciente, ni cuando se efectuó el diagnóstico en junio de 2009 ni después del tratamiento, presentó otros síntomas que aconsejaran su examen por un urólogo. Para que la hematuria pudiera fundamentar un diagnóstico de sospecha de carcinoma renal hubiera sido necesario que se presentara acompañada de los otros dos síntomas, el dolor en la zona lumbar y una masa o protuberancia en el costado o espalda baja, los cuales no concurrían en junio de 2009.

No hay ninguna prueba médica que acredite que el nuevo episodio de hematuria que presentó un año y tres meses después, guardara relación con el anterior. En todo caso, a la vista de los síntomas, de los resultados de la analítica y de la eficacia de la terapia antibiótica, no se puede afirmar que el médico del Servicio Canario de la Salud que lo atendió en esa fecha cometiera en un error de diagnóstico injustificable. Tampoco que en su actuación haya incurrido en negligencia profesional por no remitir al paciente a un facultativo especialista en Urología, porque, como ya se señaló, no presentaba otros síntomas que aconsejaran su examen por un urólogo.

3. La segunda ocasión en que intervinieron los facultativos del Servicio Canario de la Salud fue 30 de octubre de 2010, cuando fue trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar por presentar hematuria y dolor en zona renal que se irradiaba al abdomen. Ya se recogió que el informe del facultativo del Servicio de Inspección y Prestaciones explica que el cólico nefrítico es un dolor súbito muy intenso que se produce generalmente por el enclavamiento de una litiasis o cálculo en los uréteres, lo cual produce que la orina presente hematuria macroscópica o microscópica. Ante ese dolor súbito muy intenso en la zona renal, el

médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar sospechó la existencia de un cólico nefrítico por lo que procedió a la exploración física del paciente que le permitió comprobar que presentaba sensibilidad a la puño-percusión de la espalda y sensibilidad en la cavidad abdominal, a lo largo del trayecto del uréter, otro de los síntomas del cólico nefrítico. Además, ordenó la práctica de una analítica de orina cuyo resultado indicó la presencia de hematuria, el tercer síntoma de cólico nefrítico. Ante la concurrencia conjunta de estos síntomas, el médico de guardia le diagnosticó sintomatología compatible con cólico nefrítico y le instauró tratamiento por vía intravenosa, con una ampolla de Nolotil, en dilución en 200 cc de suero fisiológico y 1 ampolla de Voltarén intramuscular. El dolor abdominal cesó, siendo bueno el estado general del paciente, por lo que no había razón médica que impusiera su derivación al Servicio de Urgencias del HUNSC. Por todo ello, se decidió su traslado mediante transporte sanitario a su centro socio-sanitario de residencia y se le indicó que debía pedir cita en Urología. El paciente, tal como se constata por el informe del médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar y por la historia clínica de su centro socio-sanitario, abandonó el Centro de Salud de Güímar sin avisar y sin esperar a la ambulancia y se trasladó en taxi a su residencia. Esta es la circunstancia que explica que no tuviera ni presentara en su residencia el preceptivo informe médico de alta del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar en el que debía constar el diagnóstico, el tratamiento dispensado y el prescrito y la recomendación de que acudiera al urólogo. El paciente, al abandonar subrepticamente el Centro de Salud, impidió que el facultativo le entregara dicho informe. Las posibles consecuencias dañosas de que no constara por escrito la recomendación médica de que fuera examinado por un especialista en Urología se deben a la propia conducta del paciente que impidió que se le entregara el informe de alta en que figurara esa prescripción.

La médica del centro socio-sanitario continuó administrándole el tratamiento analgésico hasta el 4 de noviembre, fecha en que lo suspende por ausencia de dolor. El 5 de noviembre le realizó una analítica de orina resultó negativa para hematuria, y dado que su exploración resulta anodina, solicitó interconsulta para Urología de carácter ordinario con historia previa de hematuria a estudio.

4. El 17 de noviembre de 2010, J.P.J. es remitido desde su centro socio-sanitario de residencia al HUNSC, en cuyo Servicio de Medicina Interna ingresa a través del Servicio de Urgencias, por dolor abdominal de días de evolución, astenia, sensación nauseosa, distensión abdominal, aturdimiento, con encefalopatía hepática grado III,

temblores, taquicardia, buena tensión arterial (TA), ascitis, no hematemesis, deposiciones sin sangre. La analítica indicó fallo de la función renal.

Pese a los estudios y tratamientos realizados en planta hospitalaria del Servicio de Medicina Interna, relatados en el informe, de 21 de noviembre de 2010, suscrito por la doctora de la C., el paciente evolucionó mal con deterioro progresivo hepático y renal, con alteración de la coagulación, informada por estudio hematológico como hepatopatía infecciosa o isquemia hepática, sin evidencia de imágenes de sangrado, sin desviación de la línea media (por neoformaciones), ni lesiones isquémicas, en el TAC craneal realizado, todo lo cual condujo a su fallecimiento el 21 de noviembre de 2010.

5. Entre las pruebas médicas que se practicaron al paciente en el Servicio de Medicina Interna del HUNSC figura una ecografía de abdomen completo que incluyó el estudio de los riñones y cuyo resultado fue el siguiente (véase folio 151 del expediente): hígado esteatósico sin lesiones focales visibles. Abundante ascitis en todos los espacios peritoneales. Riñones no ectásicos de volumen normal. Abdomen difusamente meteorizado sin hallazgos adicionales.

Por ectasia en Medicina se entiende la dilatación o expansión de un órgano o una parte del mismo. Por ello, el informe del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones explica que el estudio ecográfico determinó que el estado de los riñones, sin adenopatías locales o regionales, era normal y que no evidenció hallazgos patológicos, salvo ascitis (líquido peritoneal) y esteatosis hepática (hígado graso).

Como explica el citado informe, la ecografía puede ayudar a encontrar una masa en un riñón y mostrar si es sólida o está llena de líquido (los tumores renales tienen más probabilidad de ser sólidos). Pero el que pueda ayudar a esa detección no significa que siempre lo logre porque, como señala la facultativa especialista coordinadora del Servicio de Radiodiagnóstico del HUNSC, en su informe, de 28 de junio de 2011, la ecografía abdominal es una técnica de sensibilidad y especificidad limitadas por las características físicas del paciente y por las de la propia técnica. Sin embargo, como el cáncer deforma al órgano que invade y en este caso el estudio ecográfico determinó que el volumen de los riñones era normal, el cáncer renal fue indetectable por ecografía.

6. Otra prueba médica que se practicó al paciente consistió en la de marcadores tumorales, la alfa-fetoproteína que resultó dentro de los límites de normalidad. De estar elevada habría acusado la presencia en el organismo del paciente de ciertos



tumores como el hepático, de vías biliares, de vías seminales, de testículo (el cáncer renal puede provocar el agrandamiento de un testículo, si se bloquea la vena gonadal, debido a la presión que puede ejercer el tumor sobre la vena renal), de ovarios en mujeres, de páncreas, de estómago. La alfa-fetoproteína era el marcador apropiado, dada la sintomatología abdominal padecida por el paciente, aunque en la actualidad no exista un marcador específico para cáncer renal.

7. Tampoco en el TAC craneal de 18 de noviembre de 2010 se encontraron lesiones hipodensas, o lesiones hemorrágicas, con línea media centrada (sin desviaciones ni irregularidades por supuestas neoformaciones).

8. El juicio diagnóstico previo a la autopsia fue: insuficiencia hepática severa, encefalopatía grado IV, alteración severa de la coagulación, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependiente descompensada, síndrome leucoeritroblástico, poliomielitis antigua.

9. En el estudio anatómico-patológico de la autopsia se halló carcinoma renal de células claras con trombosis de la vena hepática, vena porta, venas suprahepáticas y trombosis masiva de la vena cava inferior.

10. El informe del facultativo especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones concluye:

a) Los servicios asistenciales no pudieron rendir la enfermedad del paciente - pese a los medios procurados-, toda vez que cualquiera de las pluripatologías que presentaba el paciente (cardiopatía, diabetes, hipertensión, hepatopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, además de un cáncer renal) podrían haber generado las suficientes complicaciones letales vasculares, en hígado, en riñón, como para producir un fatal desenlace en el enfermo.

b) Las pruebas analíticas no evidenciaron sospecha de alteración de la función renal, con orina dentro de lo normal y parámetros de la función renal también dentro de lo normal, siendo por tanto negativas para la sospecha de la existencia de cáncer renal. La ecografía practicada por Medicina Interna, a raíz del ingreso del paciente en HUNSC, fue asimismo negativa en la detección de cáncer renal. También lo fueron tanto la prueba de marcadores tumorales, en concreto la alfa-fetoproteína, como el TAC craneal para detectar alteraciones vasculares, neoformaciones/irregularidades que alterasen la línea media, o bien lesiones hipodensas.

c) El cáncer renal no se manifestó ni por sintomatología clínica, ni por sintomatología exploratoria y de laboratorio, ni por exploración ecográfica.

d) No existen pruebas eficaces de detección precoz del cáncer de riñón.

## IV

1. En su Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra Sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala, de 19 de abril de 2011, señala que «(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en 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 y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El

funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

2. El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Ésta solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara que «(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

A su vez, en la STS de 17 julio de 2012 se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; “existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales”. Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”».

En el mismo sentido, se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

3. En el presente caso está acreditado, por las razones que se expusieron en el apartado 2 del Fundamento III de este Dictamen, que la asistencia sanitaria que el médico del Centro de Salud del Puertito de Güímar prestó a J.P.J. por motivo de la infección del tracto urinario que se le detectó por la analítica de orina de 15 de junio de 2009 fue correcta. El paciente, ni cuando se efectuó el diagnóstico en junio de 2009 ni después del tratamiento presentó otros síntomas que aconsejaran su examen por un urólogo. Para que la hematuria pudiera fundamentar un diagnóstico de sospecha de carcinoma renal hubiera sido necesario que se presentara acompañada de los otros dos síntomas, el dolor en la zona lumbar y una masa o protuberancia en el costado o espalda baja, los cuales no concurrían en junio de 2009.

No hay ninguna prueba médica que acredite que el nuevo episodio de hematuria que presentó un año y tres meses después, guardara relación con el anterior. En todo caso, a la vista los síntomas, de los resultados de la analítica y de la eficacia de la terapia antibiótica no se puede afirmar que el médico del Servicio Canario de la Salud que lo atendió en esa fecha cometiera en un error de diagnóstico injustificable. Tampoco que en su actuación haya incurrido en negligencia profesional por no remitir al paciente a un facultativo especialista en Urología, porque, como ya se señaló, no presentaba otros síntomas que aconsejaran su examen por un urólogo.

4. También está acreditado, como resulta de los hechos recogidos en el apartado 3 del Fundamento III de este Dictamen, que en la asistencia sanitaria que le prestaron el 30 de octubre de 2010 los facultativos del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Güímar tampoco incurrieron en un error de diagnóstico injustificable. El paciente presentaba los síntomas propios de un cólico nefrítico (hematuria y presentaba sensibilidad a la puño-percusión de la espalda y sensibilidad en la cavidad abdominal, a lo largo del trayecto del uréter), y no los demás síntomas que obligan a sospechar la existencia de cáncer renal (una masa o protuberancia en el costado o espalda baja, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso sin hacer dieta, fiebre que no es causada por infección y que no desaparece, anemia o varicocele testicular). Después del efecto terapéutico del tratamiento que el médico le instauró el dolor abdominal cesó, siendo bueno el estado general del paciente, por lo que no había razón médica que impusiera su derivación al Servicio de Urgencias del HUNSC, sino simplemente su remisión a los consulta especializada de Urología, puesto que el facultativo había establecido un diagnóstico de sospecha de cólico

nefrítico. Las posibles consecuencias dañosas de que no constara por escrito la recomendación médica de que fuera examinado por un especialista en Urología se deben a la propia conducta del paciente que impidió que se le entregara el informe de alta en que figurara esa prescripción.

5. Como resulta de los hechos recogidos en los apartados 4 a 10 del Fundamento III de este Dictamen, la asistencia sanitaria que le prestaron los facultativos del Servicio Canario de la Salud en el HUNSC fue adecuada a la *lex artis ad hoc*. Al paciente se le aplicaron todos los medios para que remontara su estado. También se le realizaron todas las pruebas médicas (marcadores tumorales, EC, TAC) para diagnosticar la existencia de un cáncer renal, el cual no se manifestó ni por sintomatología clínica, ni por sintomatología exploratoria y de laboratorio, ni por exploración ecográfica. Si no se detectó fue debido a las limitaciones del estado de los conocimientos científico-técnicos actuales que no proporcionan un marcador tumoral específico para los carcinomas renales ni garantizan que esas pruebas detecten siempre y en todo caso esos tumores.

Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado. El servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de diagnosticar oportunamente las patologías cuyos síntomas no se manifiestan, o que son imposibles de detectar por las limitaciones de las técnicas de diagnóstico existentes, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por G.P.J.