



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 9 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.G.L., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 102/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, un Organismo Autónomo de esta Comunidad Autónoma. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del 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 procedimiento se cumple el requisito de legitimación activa de la reclamante al pretender el resarcimiento de un daño moral sufrido cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que fue prestada por el Servicio Canario de la Salud a su madre.

Ha de decirse que en la reclamación se solicita indemnización para quien presenta la reclamación y para su hermano, también hijo de la fallecida, y, por ende,

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

interesado, si bien este ni se ha personado en el procedimiento ni consta su representación. No obstante, es posible que se interponga por la reclamante el escrito en nombre propio y en beneficio de ambos, debiéndose en tal caso determinar la posición de su hermano al finalizar el procedimiento, de ser la Resolución estimatoria.

Por otra parte, se cumple el requisito de 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. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues esta se presenta el 4 de abril de 2011 ante la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), desde donde se remite, el 14 de abril de 2011, a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, respecto de un daño, el fallecimiento de la madre de la reclamante, producido el 4 de abril de 2010. Por tanto, se ha presentado la reclamación dentro del plazo del año establecido al efecto en los arts. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) y el art. 4.2 RPAPRP.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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 Salud.

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

1. El procedimiento administrativo se inicia el 4 de abril de 2011, fecha en la que se presenta el escrito de reclamación por A.G.L., por el que reclama el resarcimiento de los daños presuntamente producidos por la deficiente asistencia sanitaria prestada a madre, C.R.L.L.

2. Los hechos en los que la reclamante basa su pretensión, según su escrito de reclamación, son los siguientes:

«PRIMERO.- Que desde el año 2005 la paciente C.R.L.L. venía sufriendo agudos dolores en la zona abdominal, acudiendo en numerosas ocasiones al Servicio de Urgencia al Centro de Salud que por zona le correspondía (Arrecife de Lanzarote), siendo que en todas las ocasiones (...) se extendió diagnóstico de úlceras de estómago o gastrointestinales, sin que durante ese tiempo se ordenase hacer ni una sola prueba dirigida a establecer el origen de esa dolencia recidivante (...).

SEGUNDO.- Que en fecha 3 de septiembre de 2007, y tras numerosas quejas de sus familiares, finalmente se accede (...) a realizar una endoscopia, según la cual la meritada paciente no sufría la dolencia inicialmente diagnosticada de úlceras en el estómago.

Que en esta misma fecha se toman muestras para realizar una biopsia.

TERCERO.- Que entre el 3 de septiembre de 2007 y octubre de 2009 se siguen repitiendo los episodios de dolores en la zona abdominal (...), sin que fuese informada de los resultados de la biopsia que debió realizarse en el año 2007.

CUARTO.- Que en fecha 7 de octubre de 2009, se procede a realizar nueva endoscopia, a instancia una vez más de la familia de la paciente (...).

QUINTO.- Que fiablemente la endoscopia de 7 de octubre de 2009 arroja como resultado la existencia de un ulcus de unos 5 a 6 mm.

SEXTO.- Que en fecha 8 de octubre de 2009 se ordena biopsia de aquel ulcus.

SÉPTIMO.- Que en fecha 4 de noviembre de 2009, mediante ecografía abdominal se detecta tumor en el riñón con metástasis.

OCTAVO.- Que en fecha 4 de abril de 2010, se produce su fallecimiento de C.R.L.L. por "probable gastrónoma pancreático neoplasia neuroendocrina insular locorregionalmente avanzada con metástasis hepática múltiples y perforación vesicular con peritonitis biliar».

Entiende la reclamante que en la asistencia sanitaria prestada a su madre se ha producido un error inicial de diagnóstico y una demora de cinco años en la determinación del diagnóstico correcto, lo que significa que si se hubiese diagnosticado el tumor en su fase inicial las «posibilidades de vida de C.R.L.L. hubieran sido enormes».

Asimismo, se hace referencia en la reclamación a la existencia de otro hijo, además de la reclamante, solicitándose para ambos, por los daños sufridos por la muerte de su madre, una indemnización que se cuantifica en 253.612 €.

IV

En relación con el procedimiento tramitado, lo ha sido correctamente, si bien se ha superado ampliamente el plazo de resolución, que es de seis meses (art. 42.1 LRJAP-PAC). Subsiste, no obstante, la obligación de resolver, sin perjuicio de las consecuencias que puedan derivar de la falta de cumplimiento del plazo (art. 42.7 LRJAP-PAC).

Constan en el procedimiento administrativo los siguientes trámites:

- El 5 de mayo de 2011, se identifica el procedimiento y se insta a la reclamante a mejorar su solicitud, de lo que recibe notificación el 17 de mayo de 2011. A tal efecto, el 27 de mayo de 2011 se aporta lo solicitado, y además se otorga poder de representación a A.P.R.

- Por Resolución de 2 de junio de 2011, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, acordando, asimismo, la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote (pues, de conformidad con la Resolución de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se le delega competencia, aquella Dirección Gerencia es competente para la tramitación de este procedimiento y para proponer el correspondiente Informe-Propuesta, previa a la formulación por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Resolución que le ponga fin). Además, se acuerda la suspensión del procedimiento entre la solicitud y la recepción del preceptivo informe del Servicio. De todo ello es notificada la parte interesada el 15 de junio de 2011.

- Por escrito de 1 de junio de 2011, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones que se emite el 19 de mayo de 2014, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 19 de diciembre de 2013, se insta por la reclamante el impulso del procedimiento, contestándosele el 13 de enero de 2014 (notificado el 4 de febrero de 2014) que se está a la espera del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

- Mediante Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, de 4 de junio de 2014, se acuerda la avocación de la competencia de la Gerencia de los Servicios Sanitarios de Lanzarote para instruir el procedimiento. De ello se notifica a la Gerencia el 12 de junio de 2014, y a la interesada el día 14.

- Por haber solicitado la interesada la práctica de testifical a los facultativos que intervinieron en el proceso asistencial de su madre, el 5 de junio de 2014 se insta de

la reclamante la aportación del pliego de preguntas a realizar, aportándose las mismas el 25 de junio de 2014.

- El 3 de julio de 2014, se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, abriéndose periodo para práctica de las testificales. De ello recibirá notificación la reclamante el 22 de agosto de 2014.

- El 16 de julio de 2014, se solicita informe a la Gerencia del Hospital General Dr. José Molina Orosa en relación con los datos de los testigos y fecha en que podría realizarse la testifical, viniéndose por aquella Gerencia a remitir la información solicitada el 1 de agosto de 2014, proponiéndose como fecha para la prueba testifical el 23 de septiembre de 2014. Se notifica a la reclamante el 14 de agosto de 2014.

- Por escrito presentado el 12 de septiembre de 2014, la interesada solicita que se cambie la fecha de la prueba testifical, que, finalmente se realiza el 29 de septiembre de 2014.

- El 30 de septiembre de 2014, se remite por la Gerencia del Hospital el resultado de las testificales realizadas al Dr. F.C.B. y a la Dra. D.R.R.

- Como consecuencia de derivarse a aquellas testificales la intervención de otros dos facultativos, se interesa por la reclamante, el 3 de octubre de 2014, la ampliación a los mismos de la testifical. Asimismo, se solicita que se incorporen las quejas y reclamaciones presentadas por la paciente y su familia durante su proceso asistencial.

A tal escrito se contesta, el 9 de octubre de 2014, que no es el momento procedimental oportuno para solicitar nueva prueba testifical, sin perjuicio de concederse plazo para que se precisen los extremos objeto de aclaración por cada médico, a quienes se solicita informe con posterior traslado a la reclamante. Se recibe notificación por la interesada el 18 de octubre de 2014, quien aporta las preguntas a contestar por cada facultativo el 23 de octubre de 2014.

- El 28 de octubre de 2014, aquel escrito se remite al Servicio de Inspección y Prestaciones para que se solicite informe a los médicos referidos y posteriormente se emita informe por el citado Servicio.

- El 25 de febrero de 2015, se remite por el Servicio de Inspección y Prestaciones informe del Dr. C., mas no del Dr. S. por no prestar ya servicios en el Área de Salud de Lanzarote.

- El 2 de marzo de 2015, se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones informe expreso en relación con el del Dr. C., viniendo tal Servicio a ratificarse en su informe inicial el 8 de marzo de 2015.

- El 10 de marzo de 2015, se remite nueva documentación a la interesada para que, en su caso, realice alegaciones, viniendo el 27 de marzo de 2015 a solicitar que se averigüe el domicilio del Dr. S. para que responda al pliego de preguntas.

A ello se le contesta el 6 de abril de 2015 que, a pesar de haber concluido periodo probatorio, se intentó recabar informe de aquel facultativo, mas no se le pudo localizar, por lo que no procede ahora acceder a lo solicitado. De ello se notifica a la interesada el 14 de abril de 2015.

- El 6 de abril de 2015, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la parte interesada el 14 de abril de 2015, quien presenta escrito de alegaciones en el que, además, solicita que se recaben los preceptivos informes de los servicios sanitarios que presuntamente han causado la lesión indemnizable (art. 10 RPAPRP).

- El 27 de abril de 2015, se solicita a la Gerencia del Hospital que se remitan todas las quejas/reclamaciones interpuestas por la paciente y su familia, que se remiten el 15 de abril de 2015.

- Asimismo, el 28 de abril de 2015 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones que se recaben los preceptivos informes a los que hace alusión la reclamante, pues, efectivamente, no constan en el expediente, a la luz de los cuales deberá emitirse nuevo informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

- El 29 de septiembre de 2015, se remiten informes de los servicios cuyo funcionamiento presuntamente causaron el daño [Oncología, Urgencias, Digestivo y Atención Primaria (Dr. C.)], si bien no se remite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones al respecto.

- El 13 de octubre de 2015, se solicita informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones a la vista de los informes recabados de los servicios implicados en la asistencia sanitaria de la fallecida, que se emite el 16 de diciembre de 2015.

- A la vista de la nueva documentación, se concede nuevo trámite de audiencia a la interesada con fecha 12 de enero de 2016 (notificado el 18 de enero de 2016). Se presenta escrito de alegaciones el 1 de febrero de 2016.

- El 4 de marzo de 2016, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, y con el mismo sentido, sin que conste su fecha, borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 18 de marzo de 2016. Así pues, el 23 de marzo de 2016 se emite Propuesta de Resolución definitiva que es remitida a este Consejo Consultivo para preceptivo dictamen.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de la interesada, lo que hace con fundamento en los informes recabados y, especialmente, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 16 de diciembre de 2015, que acoge los mismos.

2. Entendemos que la Propuesta de Resolución fundamenta adecuadamente la desestimación propuesta de la pretensión de la reclamante.

A tal efecto, ante todo, es preciso señalar los antecedentes del proceso asistencial recibido por la madre de la reclamante, tal y como se recoge en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 16 de diciembre de 2015, a la vista de la historia clínica de la paciente y de los distintos informes emitidos por los servicios implicados. Así consta:

«1.b.- Ente sus antecedentes destacamos la toma de AINEs y analgésicos de forma crónica por su patología osteoarticular y migrañas.

Amigdalectomía, apendicectomía, intervención de estenosis lumbar (L4-L5, L5-S1) en el año 2000. Artrosis degenerativa crónica a nivel de la columna dorsal. Migrañas. Varices. Mioma uterino.

Ecografía año 2001 (renal bilateral): riñones en situación normal con microlitiasis bilaterales sin signos de uropatía obstructiva. No hay dilataciones de las vías urinarias ni otras imágenes renales significativas. Vejiga urinaria de aspecto normal.

2.b) En historia clínica de Atención Primaria constan diversas visitas a su Médico de Familia motivadas por proceso en relación a los antecedentes expuestos y no se menciona el síntoma dolor abdominal: en el año 2002 se producen 7 visitas; 4 visitas en el año 2003; 7 visitas en el año 2004; 11 visitas en el año 2005; 10 en el año 2006.

La primera consulta en el nivel de Atención Primaria en la que se menciona dolor abdominal (abdominalgia) se ubica en fecha 31 de enero de 2007. En esa visita, la paciente refiere a su Médico de Familia que desde hace años presenta dolores abdominales, sobre todo después de las comidas y que lo empeora la leche. No lo refiere ni quemante ni cólico.

Se efectúa interconsulta a Digestivo.

3.b.- Además de la consulta de 31 de enero, en el año 2007 visita a su Médico de Familia 4 veces más sin mención a dolor abdominal.

Durante el periodo 3 de marzo-octubre de 2008 realiza 3 consultas a su Médico de Familia en las cuales no se menciona dolor abdominal. Se incluye la realización de interconsulta a Cardiología por referir taquicardias, sin hallazgo patológico una vez valorada.

La siguiente mención a dolor abdominal corresponde a las fechas 22 de octubre de 2008 y 14 de noviembre de 2008, se realiza interconsulta en esta última a Digestivo.

Durante el año 2009 consulta en diversas ocasiones a su Médico de Familia sin hacer mención a dolor abdominal: 19 de enero (migraña), 30 de abril (migraña), 9 de junio (actividades preventivas), 23 de julio (dolor de espalda), 31 de agosto (medicamentos), 25 de septiembre (descarte de patología urinaria).

En fecha 20 de octubre de 2009 comunica a su Médico el diagnóstico de úlcera gástrica. En fecha 12 de noviembre acude por abdominalgia, en fecha 16 de noviembre comunica el resultado de ecografía, el 20 de noviembre comunica que ha ido a Urgencias (no se especifica el nivel asistencial), el 26 de noviembre comunica el diagnóstico de neoplasia, el 3 de diciembre confirma situación de IT, 17 y 24 de diciembre (medicamentos) y el 31 de diciembre acude por pérdida de visión.

4.b.- En fecha 28 de abril de 2007, es valorada en la consulta de Digestivo, derivada desde su Médico de Familia bajo el motivo de dolor abdominal difuso, sin pirosis ni regurgitación.

Se describe en la consulta de Digestivo que consulta por epigastralgia y dolor en flanco izquierdo. No pirosis ni regurgitaciones.

Como estudios complementarios: colonoscopia -ileocolonoscopia- (3/9/07) que resultó normal; ecografía abdominal (normal); gastroscopia (3/9/07) hasta intestino delgado (bulbo y duodeno) que no objetiva lesiones macroscópicas, se toma muestra para cultivo y biopsia con estudio anatomopatológico (6/9/07) normal, cultivos negativos (*Gram*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, aerobios y *H. Piloni*).

Se practica analítica que incluye B. hepática, marcadores tumorales, función renal, E. de anemia, PCR, serológica y E. de autoinmunidad celular (AN, ANCA (...)) que fueron normales.

Se valora los resultados y se establece la conclusión diagnóstica de probable origen pielouretral bilateral del dolor (urografía solicitada el 11 de marzo de 2007).

5.b.- Durante el periodo 24 de marzo a 1 de octubre de 2008 fue seguida por Urología. Renograma diurético de fecha 19 de junio de 2008: función renal dentro de los límites normales.

6.b.- Como se ha expuesto en el apartado de consultas a su Médico de Familia, en fecha 14 de noviembre de 2008 es remitida a Digestivo por dolores abdominales crónicos en zona vacío derecho y epigastrio con episodios de náuseas.

Citada la paciente en fecha 8 de enero de 2009 no acude.

Nueva cita en fecha 14 de mayo de 2009. Se solicita ecografía abdominal a fin de descartar patología hepatobiliopancreática.

Se solicita endoscopia oral (realizada en fecha 7 de octubre de 2009) donde se explora, nuevamente, hasta I. delgado. Se objetiva úlcera de 5-6 mm, sin signos de malignidad. El estudio anatomopatológico de 13 de octubre informa de base y borde de úlcera péptica.

JD: Ulcus péptico, secundario a positividad de H. Piloni, de carácter multifactorial por sus antecedentes polipatológicos y polimedicación con AINES.

7.b.- En informe de 4 de noviembre de 2009 de ecografía abdominal: múltiples LOES en el parénquima hepático, en ambos lóbulos, que sugieren metástasis. Masa heterogénea en hipocondrio flanco izquierdo, vecino al riñón que sugiere masa tumoral colónica y/o renal. Se sugiere realizar TAC.

Se efectúa TAC en fecha 4 de noviembre de 2009 que es informado el 5 de noviembre de 2009. Múltiples lesiones intrahepáticas y lesión de masa indeterminada de probable origen pancreático o renal.

Realizado PAAF (8 de noviembre de 2009) el estudio anatomopatológico de 9 de noviembre de 2009: muestra sugestiva de neoplasia insular pancreática.

8.b.- En fecha 26 de noviembre es derivada a la Unidad de Oncología Médica con el diagnóstico de probable neoplasia pancreática insular de tipo neuroendocrino localmente avanzada con metástasis hepáticas, de probable alto grado de malignidad. Es vista en fecha 27 de noviembre

Se describe resultado de PAAF abdominal, muestra sugestiva de neoplasia insular pancreática; en biopsia de ulcus base y borde de úlcera péptica; biopsia de intestino normal; endoscopia ileocolonoscopia normal; en esófagogastroscoopia ulcus.

Recibe tratamiento quimioterápico, siguiendo las guías clínicas, durante el periodo 26 de noviembre de 2009 a 21 de enero de 2010.

Se describe adecuada tolerancia y mejoría de los síntomas. En TAC de control no se objetiva respuesta ni aparición de nuevas lesiones.

Se solicita, en fecha 14 de enero de 2010, valoración al Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Se modifica tratamiento.

En TAC de 20 de enero de 2010: gran masa en el hipocondrio izquierdo área de cuerpo y cola pancreático en relación a tumoración pancreática (65x67 mm. de diámetro anteroposterior y transversal respectivamente).

En fecha 1 de febrero de 2010 ingresa por cuadro de abdomen agudo. Intervenida de urgencia se objetiva coleperitoneo por perforación vesicular. Causa alta en fecha 8 de febrero de 2010.

Consulta en la Unidad de Paliativos por deterioro del estado general y progresión de su enfermedad maligna.

En marzo de 2010 se realiza interconsulta a la Unidad de Dolor para colocación de catéter epidural por dolor abdominal e intolerancia a la morfina.

Ingresa el 3 de abril de 2010 con dolor abdominal y vómitos. En Rx de tórax y abdomen se objetiva dilatación de asas de intestino delgado y colon que se interpretó como íleo no mecánico, ausencia de emisión de gases y heces. Valorado por cirugía se mantiene en observación por no presentar signos clínicos ni radiológicos de obstrucción mecánica, ni sugestivos de perforación o patología tributaria a tratamiento quirúrgico. Éxito en fecha 4 de abril de 2010».

3. Pues bien, dados los antecedentes expuestos procede señalar varias cosas, que vienen a fundamentar la desestimación de la pretensión resarcitoria:

1) En primer lugar, en contra de lo señalado por la interesada en su escrito, tal y como se deriva de la historia clínica de la paciente y se ha informado por el Servicio de Atención Primaria, la primera vez la paciente hace referencia a dolor abdominal es en la consulta de 31 de enero de 2007.

Por tanto, no es cierto que el eventual retraso en el diagnóstico deba referirse a 2005, sino que ha de analizarse el caso desde el 31 de enero de 2007.

2) A partir de esa fecha, las actuaciones médicas se dirigieron siempre a los síntomas que en cada caso manifestaba la paciente, realizándose las interconsultas que tales síntomas requerían y las pruebas precisas en el seno de los distintos servicios.

Así, a la vista de las dolencias abdominales de la paciente, esta fue remitida en primer lugar al Servicio de Digestivo. A tal efecto, en informe emitido por este Servicio el 5 de junio de 2015, entre otros extremos, concluye, lo siguiente:

«El motivo de consulta en las diferentes interconsultas realizadas desde Atención Primaria no presentaba ningún signo de alarma, a la luz de su historia clínica. Las actuaciones

fueron las correctas, sin que estuvieran indicadas otras distintas. Al acudir por primera vez a digestivo, se la valoró y se realizó un estudio endoscópico completo que fue estrictamente normal, la ecografía también reflejó límites normales. Los plazos observados en las actuaciones son claramente diligentes y las pruebas diagnósticas, las oportunas.

Aproximadamente un año después se solicita nueva consulta con Digestivo, y es citada en menos de dos meses. No acude. Se le vuelve a citar para mayo del mismo año, solicitándose nueva gastroscopia, una vez realizada se diagnostica un *ulcus gástrico* en proceso final de cicatrización con anatomía patológica propia de una *úlcera péptica*. Este diagnóstico es certero y totalmente independiente de la patología tumoral de la paciente y, en cualquier caso, por la cronología de las pruebas solicitadas, no condicionaba el diagnóstico de ésta».

En tal sentido, se muestra igualmente el informe del Servicio de Oncología, de 11 de junio de 2015, al señalar:

«1. Con fecha 28 de abril de 2007 se deriva a la paciente al Servicio de Digestivo por referir dolor abdominal de carácter difuso, sin pirosis regurgitación. Estreñimiento crónico, sin alteración de, ritmo intestinal. Exploración anodina. Los estudios realizados en esa fecha fueron: ecografía abdominal normal, colonoscopia normal, gastroscopia normal, analítica normal. Posteriormente, El 14 de noviembre de 2008, es remitida nuevamente por atención primaria por dolores abdominales. Se realiza gastroscopia detectándose *úlcer*a de 5-6 mm. sin signos de malignidad, con juicio diagnóstico *ulcus péptico*, de origen multifactorial, secundario a posibilidad de *H. Pílori*. Se vuelven a realizar estudios analíticos, con normalidad en todos los parámetros. Se inicia tratamiento de *H. Pílori*, según las guías clínicas. Las actuaciones llevadas a cabo hasta ahora se ajustan a la *lex artis* y se cierra el proceso con el juicio diagnóstico de *úlcer*a gástrica de carácter multifactorial.

2. Con fecha de noviembre de 2009 se realiza ecografía abdominal. El 12 de noviembre de 2009 se realiza PAAF de LOES hepáticas con el diagnóstico citológico de muestra sugestiva de neoplasia insular pancreática. Entonces se inicia un nuevo proceso, sin que tenga relación con el diagnóstico de *úlcer*a gástrica de origen multifactorial, Se trata de procesos distintos y no relacionados.

3. El 27 de noviembre de 2009, es remitida a Oncología médica para valoración de nuevo proceso no dependiente del anterior. Se inicia entonces los estudios protocolizados con el diagnóstico de probable neoplasia, pancreática».

Concluye el citado informe aclarando, como señala la Propuesta de Resolución, por tanto, que las actuaciones realizadas entre 2007-2009 fueron correctas en aplicación de los protocolos y guías de un proceso de *úlcer*a gástrica, sin que tenga relación con neoplasia secretora ya que los síntomas referidos y las actuaciones practicadas no se corresponden con signos ni síntomas de hipergastrinemia. No se

erró en el diagnóstico inicial y no se aprecia demora en el segundo proceso, no dependiente de neoplasia pancreática.

3) Por otro lado, y a mayor abundamiento, no debe obviarse la dificultad diagnóstica del cáncer de páncreas, y el alto índice de mortalidad a corto plazo, como bien refieren los distintos informes obrantes en el expediente y recogidos por el Servicio de Inspección y Prestaciones y la Propuesta de Resolución, siendo en la mayoría de los casos solo diagnosticable en su estadio final, donde ya hay metástasis. Así, recuerda el informe oncológico de 11 de junio de 2015, que más del 60% de los tumores de origen pancreático-intestinal presentan metástasis en el momento del diagnóstico, siendo la localización más frecuente, la hepática.

En tal sentido, en sus conclusiones, el informe del SIP, de 16 de diciembre de 2015 señala:

«Los tumores de origen pancreático-intestinal insular neuroendocrino en un porcentaje del 75-80% son esporádicos de los cuales un 45-80% son malignos, de pequeño tamaño (no superan 1 cm.) pudiéndose comportar con alto grado de malignidad y pueden ser secretores de pépticos y no secretores y difícilmente detectables. Más del 60% presentan metástasis en el momento del diagnóstico.

Presentan una supervivencia, en todos los estadios, que no supera el 18% en 5 años, en los casos de buen pronóstico, y entre los estadios II-IV no supera el 55.

Algunos se comportan con gran agresividad al tener alto grado de diferenciación, y presentan un comportamiento atípico, por lo que más del 50% se diagnostican por las metástasis».

Asimismo, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 19 de mayo de 2014 se dedicó un apartado (D) a realizar algunas consideraciones sobre el diagnóstico del cáncer de páncreas, señalándose en el mismo que una de las razones por la que las personas con cáncer de páncreas exocrinos tienen un pronóstico desfavorable es que muy pocos de estos cánceres se detectan en sus etapas iniciales.

«El páncreas está ubicado -señala- en una región profunda del cuerpo. Por lo tanto, no se pueden ver ni sentir los tumores en sus etapas iniciales, durante los exámenes físicos de rutina. Los pacientes por lo general no tienen síntomas hasta que el cáncer se ha propagado hacia otros órganos. Actualmente no hay pruebas sanguíneas que puedan encontrar temprano el cáncer de páncreas (...).

Las células del cáncer de páncreas exocrino secretan una sustancia llamada CA 19-0 al torrente sanguíneo que puede detectarse mediante análisis de sangre. Pero para cuando los niveles de sangre son lo suficientemente altos para poder detectarse consistentemente

mediante los métodos disponibles, el cáncer ya no está en sus etapas iniciales (...). Otra sustancia, el antígeno carcinoembrionario (CEA) puede ser útil en detectar el cáncer pancreático avanzado en algunas personas. Pero no es lo suficientemente sensible para detectar el cáncer en etapa inicial y no se recomienda como prueba de detección».

Ha de señalarse aquí que se realizaron múltiples análisis de sangre a la paciente, en los que escapaba la detección de este cáncer, apareciendo como negativos para cáncer los marcadores tumorales.

Se indican en aquel apartado las señales y síntomas de este cáncer, que por otra parte son difusas, que no concurrían en la paciente en su fase inicial.

Finalmente, concluye el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 16 de diciembre de 2015:

«Estamos ante una neoplasia de alta mortalidad, por lo que, informa la Unidad de Oncología Médica “si el tumor se hubiera detectado con anterioridad, no hubiera modificado la supervivencia de la paciente”».

4. Por todo lo señalado, cabe concluir que la Administración sanitaria ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, respondiendo con todos los medios diagnósticos y de tratamiento precisos en cada momento a la vista de la sintomatología de la paciente (sin perjuicio de las quejas/reclamaciones de la paciente y su familia requiriendo impulso de pruebas, lo cierto es que constan realizadas todas las precisas en tiempo y forma), y, si bien hubo dos diagnósticos en el tiempo, ambos fueron correctos y no relacionados, sin que pueda predicarse responsabilidad alguna por el fatal desenlace, por lo que debe desestimarse la pretensión de la interesada.

A este respecto, es preciso recordar 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 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 solo que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste así en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Como señala la STS de 30 de octubre de 2007, y en el mismo sentido las de 30 de septiembre de 2011 y 30 de abril de 2013, entre otras,

cuando de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se trata, no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar 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 ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la salud del paciente. De este modo, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados, por lo que, como se ha señalado anteriormente, no apreciándose la existencia de tal infracción, la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación resulta conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por A.G.L. resulta conforme a Derecho, pues, no siendo imputable a la Administración el daño por el que se reclama, procede desestimar la pretensión de la interesada.