



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 384/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de noviembre 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 los herederos de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 361/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 450.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero 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), que resulta aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2,a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Brito González.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015.

3. La tramitación del expediente se ha realizado de forma correcta habiéndose cumplimentado todos los trámites reglamentariamente establecidos. No obstante, conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento no se ha respetado; empero, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud de lo ordenado en el art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

II

1. Los herederos de (...) formulan, con fecha 5 de marzo de 2012 (RE 9/3/2012), reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a éste.

Los reclamantes exponen, entre otros extremos, lo siguiente:

- La causa de su fallecimiento (...) fue la de Adenocarcinoma de Pulmón Estadio IV en progresión (diagnosticado en marzo de 2011).

- El objeto de la presente reclamación viene dado por la ausencia de un diagnóstico claro de su enfermedad cuya evolución sin tratamiento alguno durante un larguísimo período de tiempo provocó al menos aceleró su fallecimiento ocurrido en la ciudad de Vigo el 16 de diciembre de 2011.

- Las sucesivas asistencias ante el Servicio Canario de la Salud fueron cronológicamente las siguientes:

El 5 de enero de 2011 acude al Punto de Atención continuada de este Servicio de Salud en la localidad de Morro Jable refiriendo dolor torácico de reciente evolución y tras su exploración en dicho servicio se diagnostica «Dolor torácico osteomuscular» siendo derivado a su domicilio.

Tras esa primera visita al Centro de Salud se le deriva para analítica al Hospital General de Fuerteventura en cuyo laboratorio central se realiza el 18 de enero

siguiente la correspondiente analítica, sin realizar ninguna prueba de diagnóstico ante los fuertes dolores que sufría.

El 27 de enero de 2011 se acuerda en el mismo Centro de Salud de Morro Jable, un Plan terapéutico que se compone fundamentalmente de la prescripción de dos medicamentos Ibuprofeno y Metadona (por su anterior consumo de sustancias y tratamiento para tal fin).

Nuevamente, ante una nueva visita de (...) al Centro de Salud de Morro Jable, por parte del servicio Canario de Salud, sin un diagnóstico claro se emitió el Plan de tratamiento de receta electrónica de fecha 14 de febrero de 2011 con duración hasta el 16 de febrero siguiente que vuelve a constar de Acetilcisteína, Amoxicilina, Ibuprofeno, Inzitan y rilast para inhalar, todos ellos medicamentos para el tratamiento del dolor sin haber diagnosticado al paciente de sus dolencias y sin la realización, aparte de las analíticas, de absolutamente ninguna prueba de diagnóstico que fácilmente hubieran detectado, para su tratamiento, la dolencia real que provocó el fallecimiento del paciente el 16 de diciembre de 2011 en la ciudad de Vigo (Pontevedra).

Anteriormente, el 18 de febrero de 2011 (...) acude al Punto de Atención continuada de este Servicio de Salud en la localidad de Morro Jable refiriendo dolor y tras su exploración en dicho servicio se diagnostica «Lumbociática» siendo derivado a su domicilio y recetándole, esta vez, dos dosis de Inzitan.

El 22 de febrero de 2011 (cuatro días después de la anterior visita) acude al Punto de Atención continuada refiriendo dolor y tras su exploración en dicho servicio se diagnostica de nuevo —como el pasado 5 de enero— «Dolor torácico osteomuscular» siendo derivado a su domicilio y recetándole, esta vez, la continuación con las dosis de Inzitan; visita que repite el 8 de marzo de refiriendo dolor en región clavícula izquierda y bultoma laterocervical izquierda y tras su exploración en dicho servicio se diagnostica de nuevo —como con anterioridad— «Dolor en el hombro» siendo derivado a su domicilio y recetándole, esta vez, Voltaren, ibuprofeno y control por su médico.

Ante la persistencia del dolor (...) fue remitido por el Centro de Salud de Morro Jable al Hospital General de Fuerteventura el 10 de marzo siguiente siendo la hora de atención las 18:45 y su alta de urgencias a las 21:32 de ese mismo día, siendo el motivo de la consulta la valoración por el aumento de volumen de los ganglios linfáticos y síndrome constitucional siendo el diagnóstico «bronquitis» siendo

derivado a su domicilio y recentándole, esta vez, Augmentine, Ventolin, Atrovent y Paracetamol y de nuevo control por su médico, realizándose únicamente como prueba de diagnóstico una analítica sin la realización de ninguna otra prueba.

Ante la persistencia del dolor, fue remitido nuevamente por el Centro de Salud de Morro Jable al Hospital General de Fuerteventura el 15 de marzo, siendo el motivo de la consulta la valoración por «clínica inespecífica» siendo el posterior diagnóstico «estado depresivo secundario a dolor crónico» siendo derivado a su domicilio y recentándole, esta vez, Augmentine, amoxicilina, Ventolin, Atrovent y Paracetamol y de nuevo control por su médico, realizándose únicamente como prueba de diagnóstico una analítica sin la realización de ninguna otra prueba e indicando la doctora que lo atiende en urgencias «valoración urgente por internista. Por favor necesita ser ingresado y estudio» a lo que añade «valorar tratamiento para estado depresivo y valorar cifras de hemoglobina».

Ante la ausencia de diagnóstico de sus dolencias, la persistencia de los dolores agudos que sufría y sus más de 10 visitas inoperativas al Centro de Salud y otras tres al hospital de referencia en Puerto del Rosario (Hospital General), el paciente, dado que no tiene diagnóstico y que su dolor no mejora decide trasladarse a su ciudad de origen, Vigo (Pontevedra) para ser tratado por los médicos del Servicio Gallego de Salud el 25 de marzo de 2011, en donde fallece el 16 de diciembre de 2011 pero eso sí, con un diagnóstico claro e inicial que se realiza tras la primera visita e ingreso hospitalaria en el Hospital del Servicio Gallego de Salud (...), tras la realización de las correspondientes pruebas médicas y diagnósticas de «adenocarcinoma de pulmón estadio IV», de Inicio diagnosticado el 08/04/11 MEDIANTE EXERESIS DE ADENOPATÍA CERVICAL.

- Conforme a todo lo expuesto consideran los reclamantes que ha habido un funcionamiento anormal del Servicio Canario de la Salud y, por tanto, una deficiente actividad administrativa sanitaria ha sido la causa eficiente, directa y próxima del daño producido: El fallecimiento de (...) ante el diagnóstico tardío emitido por otro servicio de salud regional que al menos ha acelerado el proceso y en definitiva constituye un daño real, efectivo y plausible que al menos se ha adelantado en el tiempo de forma importante ante la falta de tratamiento eficaz durante muchos meses (casi un año).

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones a la vista de la información facilitada por los reclamantes, la historia clínica del paciente facilitada por Atención Primaria, por el Hospital General de Fuerteventura y por el Hospital Universitario de Vigo, los

informes emitidos por los Servicios que lo atendieron (Atención Primaria y Medicina Interna) emite informe de fecha 27 de noviembre de 2015, desfavorable a la reclamación formulada en base a las siguiente CONCLUSIONES:

«1.- En este caso, ante la sintomatología que manifestaba el paciente, se actuó correctamente. Ninguno de los motivos por los que solicitaba asistencia hacía sospechar de la existencia de un carcinoma de pulmón ni justificaba la aplicación de medios para diagnosticar dicha patología. No se dieron signos ni síntomas que pudieran alertar tempranamente sobre el proceso maligno hasta que se evidenció un síndrome constitucional.

2- En la fecha 10 de marzo de 2011, cuando se emite el diagnóstico de síndrome constitucional en Atención primaria y se deriva al Hospital de Fuerteventura, no se advirtió la necesidad de ingresar para estudio.

Se hace notar que el ingreso en el Hospital de Vigo el 26 de marzo de 2011, tenía como fundamento el mismo diagnóstico, SDr. Constitucional a estudio, y que el diagnóstico definitivo de Adenocarcinoma de pulmón estadio IV no se alcanza hasta el 12 de abril de 2011, mediante biopsia del ganglio laterocervical izquierdo.

3.- En el supuesto de haber ingresado el 10 de marzo de 2011 e iniciados los estudios, se habría diagnosticado la grave patología real. Si bien podemos afirmar que su enfermedad ya estaba en un estadio avanzado, por ello el tratamiento, pronóstico y las probabilidades de supervivencia no habrían variado.

El pronóstico del carcinoma broncogénico es malo, con supervivencias globales a los 5 años de alrededor del 15 %. Este mal pronóstico es atribuible, en gran parte, a la naturaleza de la enfermedad que hace que se diagnostique tardíamente y cuando su progresión es ya muy rápida; pero el mal pronóstico también se debe a que generalmente el paciente con cáncer de pulmón presenta con frecuencia una serie de patologías concomitantes y/o relacionadas con el tabaco, lo cual confiere mayor morbilidad y mortalidad».

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones realiza informe complementario de fecha 24 de agosto de 2016 en el que da respuesta a las alegaciones formuladas por los reclamantes con fecha 17 de junio de ese año en el trámite de audiencia que les fue conferido una vez concluida la instrucción del procedimiento no estando de acuerdo con el informe emitido por el citado Servicio por considerarlo incompleto, sesgado y parcial y con unos olvidos y manifestaciones inadmisibles, ratificándose en los términos de la reclamación interpuesta.

En este informe complementario del Servicio se señala:

- Que el motivo recurrente de atención por su médico de cabecera fue para obtener medicación de estupefacientes. Fechas de asistencia a consulta por este motivo: 7 y 16 de septiembre, 1 y 22 de octubre de 2010.

- Que no existe circunstancia que permita siquiera sospechar cuadro clínico alguno relacionado con el objeto de la reclamación, careciendo de fundamento el argumento expuesto: «(...) donde tampoco se le trata ni se le diagnostica de los primeros síntomas que ya eran alarmantes y significativas del inicio de una enfermedad».

La medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para en base al mismo regresar e intentar establecer y afirmar cuál debería haber sido la actuación médica, o si se debió haber hecho tal o cual cosa sino que al contrario, se parte de la sintomatología del paciente y de las actuaciones realizadas para establecer el diagnóstico, y en este caso, los síntomas que presentaba el paciente, no eran reveladores ni sospechosos de que sufriera un carcinoma de pulmón. Para responsabilizar una determinada actuación médica no sirven hipótesis sobre lo que se debió hacer y no se hizo, una vez conocido el resultado final.

- Que en relación a la realización de radiografía por el Servicio Canario de la Salud, se manifiesta por los reclamantes: «(...) si en la segunda visita con los mismos síntomas, en el mes de noviembre de 2010, esto es cuatro meses antes, se hubiera podido hacer algo más con el mismo diagnóstico y con una simple radiografía donde claramente se verían los nódulos pulmonares alarmantes (...)». Y en otro apartado, se efectúan afirmaciones, especulaciones que no responden a la realidad cuando manifiestan que «(...) o existían nódulos pulmonares que evidenciaban la enfermedad y se ocultó y destruyó por su evidencia (...)».

A este respecto, se informa que si bien es cierto que no consta en el expediente la radiografía practicada por el Servicio Canario de la Salud, existe constancia suficiente de que dicha prueba, Radiografía de tórax, fue solicitada en la consulta del 13.12.10 por el médico de Atención Primaria. No existe motivo para dudar de la normalidad de dichas placas radiográficas como manifiesta el Dr. (...).

A mayor abundamiento, en ningún caso dicha prueba habría mostrado enfermedad, ni claramente se habrían visto nódulos pulmonares alarmantes, como mencionan los afectados, debiendo considerar que el día 26 de marzo de 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en informe de radiología nº 11063310, por el radiólogo Dr. (...) consta que en la exploración Radiografía de tórax

Anteroposterior y lateral: No existe evidencia de patología pleuroparenquimatosa aguda.

- Que el cáncer de pulmón en fase inicial no produce síntomas. Cuando evoluciona, los síntomas más frecuentes son: Tos, dificultad respiratoria, esputos hemoptoicos, voz ronca, infecciones pulmonares frecuentes, sensación de cansancio, etc. En ningún momento el paciente consulta por cuadro relacionado con patología pulmonar. Su motivo de consulta inicial no era ésta sino dolor torácico que se modifica con los movimientos, lo que orienta a etiología osteomuscular. No había motivo para sospechar la existencia de patología grave subyacente, con unas manifestaciones clínicas tan inespecíficas.

- Que un proceso neoplásico de pulmón en estadio IV, que se corresponde con enfermedad diseminada, no habría modificado el pronóstico del mismo ni sus posibilidades terapéuticas con un diagnóstico de presunción en un plazo menor, tres o cuatro meses antes, dada la gravedad y extensión, y por tanto la no posibilidad de curación, lo que no perjudicó al paciente en su pronóstico vital.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que no ha habido vulneración de la *lex artis*, ni pérdida de oportunidad, ya que con los síntomas y signos detectados en los distintos momentos en los que se le prestó asistencia médica, diferentes en cada ocasión, nada hacía sospechar de la enfermedad que padecía y que una vez diagnosticada, nada pudo impedir el desenlace final dada la gravedad y mal pronóstico de este tipo de enfermedad.

Efectivamente, la documentación clínica y los informes médicos emitidos permiten establecer los siguientes hechos:

a) El cáncer de pulmón en fase inicial no produce síntomas. Cuando evoluciona, los síntomas más frecuentes son: Tos, dificultad respiratoria, esputos hemoptoicos, voz ronca, infecciones pulmonares frecuentes, sensación de cansancio, etc.

b) El paciente presentaba coxoartrosis, fractura de cadera, rotura de menisco izquierdo, lumbociática, discopatía degenerativa y un by pass aorto-femoral izquierdo que le causaban dolores articulares, gonalgia e impotencia funcional de los miembros inferiores y que motivaban sus frecuentes visitas a la consulta de atención

primaria, de las cuales otras obedecían a la necesidad de prescripción de sustitutos opiáceos para su dependencia de la heroína.

c) Entre los síntomas del carcinoma de pulmón no se halla el dolor ósteo-muscular.

d) Las pruebas diagnósticas que permiten detectar un carcinoma de pulmón son, en primer lugar, un hemograma, una bioquímica y una prueba de imagen inicial, consistente en una radiografía de tórax. Al paciente se le realizaron por el Servicio Canario de la Salud analíticas el 18 de enero de 2011 y el 15 de marzo de 2011 con resultados de normalidad. También se le realizó una radiografía de tórax el 13 de diciembre de 2010 que no halló resultados patológicos pulmonares. Tampoco los halló la que le realizaron el día 26 de marzo de 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

e) El paciente no presentó síntomas de patología pulmonar en las auscultaciones que le realizaron el 13 de diciembre de 2010 y el 5 de enero de 2011.

f) El 8 de marzo de 2011 fue la primera vez que el paciente acudió a consulta presentando síntomas compatibles con la sospecha de un carcinoma de pulmón y fueron los siguientes: dolor en región de clavícula izquierda y bulto laterocervical izquierdo y síndrome constitucional. Pero estos síntomas también pueden corresponder a otras patologías. Por ello es necesario realizar una serie de exámenes y pruebas médicas que permitan establecer un diagnóstico de certeza. El paciente abandonó la asistencia que le prestaba el Servicio Canario de la Salud el 22 de marzo de 2011, fecha en la que no acudió a la consulta para la que estaba citado.

g) La prueba de que los síntomas que presentaba el paciente el 8 de marzo de 2011 no permitían fundar inmediatamente un diagnóstico cierto de carcinoma de pulmón la constituye el hecho de que el paciente ingresa con esos mismos síntomas el día 26 de marzo de 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y allí los facultativos no le diagnostican inmediatamente el carcinoma de pulmón con base en dichos síntomas. Si se examinan las páginas 339 a 342 del expediente pertenecientes a la Historia Clínica que le abrieron en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, se constata que el 26 de marzo de 2011 le hicieron las mismas pruebas médicas que le realizaron los facultativos del Servicio Canario de la Salud, hemograma, bioquímica y radiografía de tórax y abdomen. El resultado de esta última expresa «Sin patología aguda». De los resultados de las analíticas se dicen que son normales. El juicio diagnóstico que establecen los facultativos del hospital Gallego ante los síntomas que presenta el paciente consiste en «síndrome constitucional en paciente

con virus de hepatitis C de larga evolución» y «síndrome depresivo». Sólo es el 12 de marzo de 2011, fecha del informe de anatomía patológica de la biopsia de la adenopatía cervical (página 295 del expediente), cuando los facultativos pueden establecer el diagnóstico de certeza de carcinoma de pulmón. Las pruebas médicas posteriores que le realizaron (tomografía axial computarizada y resonancia magnética) permitieron determinar que cáncer había afectado intensamente ambos pulmones, los ganglios mediastínicos, axilares y cervicales y que presentaba múltiples metástasis óseas. Por ello formularon el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón, estadio IV, que denota que la enfermedad estaba tan extendida que a la ciencia médica le era imposible la curación del paciente.

2. Este Consejo Consultivo en los dictámenes emitidos sobre esta cuestión viene señalando la Jurisprudencia constante del Tribunal Supremo (por todas, SSTS de 11 abril 2014, 19 abril 2011) sobre la misma indicando «que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la 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».

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. No se responde 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.

La *lex artis ad hoc* se define (SSTS de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990) en los siguientes términos:

«(...) que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada "lex artis ad hoc", es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por "lex artis ad hoc", como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis"; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos».

El diagnóstico médico, por tanto, 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. Éste sólo 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, la STS de 6 de octubre de 2005 señala 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)».

3. Los antecedentes expuestos sobre la atención sanitaria recibida por (...) constatan que ésta ha sido correcta, realizándose las pruebas médicas y diagnósticas pertinentes conforme a los síntomas que presentaba su enfermedad en cada momento.

Como ya señalamos, está acreditado en el procedimiento que la asistencia médica que demandó el paciente antes del 8 de marzo de 2011 fue por patologías cuyos síntomas no se correspondían con la de carcinoma de pulmón. No hubo por tanto ningún retraso en el diagnóstico de ésta ya que no presentaba síntomas que obligaran a sospechar de su existencia. El 8 de marzo de 2011 fue cuando presentó síntomas que podían obligar a sospechar la existencia de cáncer de pulmón, pero que también correspondían con la patología que ya tenía diagnosticada de hace tiempo, el virus de la hepatitis C de larga evolución. El hecho de que los facultativos del Servicio Canario de la Salud no diagnosticaran inmediatamente la enfermedad no constituye un error de diagnóstico porque esos síntomas no eran exclusivos y determinantes del carcinoma de pulmón y se correspondían también con los de otra patología que ya tenía diagnosticada. Por ello era imposible científicamente en este supuesto el inmediato diagnóstico certero, por lo que ningún reproche jurídico puede hacerse a la actuación de los facultativos del Servicio Canario de la Salud, quienes decidieron oportunamente emplear los medios técnicos y pruebas médicas que permitieran desarrollar gradualmente un diagnóstico diferencial. Además, el abandono por el paciente de la asistencia sanitaria que se le estaba prestando por el

Servicio Canario de la Salud impidió que sus facultativos realizaran ese diagnóstico diferencial que les permitiera alcanzar un diagnóstico de certeza.

Por todo ello, podemos concluir que la Propuesta de Resolución, que considera que no ha habido infracción de la *lex artis*, es conforme a Derecho. La *lex artis ad hoc* se identifica por la aplicación de unos criterios mínimos entre los que se incluye la realización de las pruebas diagnósticas necesarias en función del estado de la ciencia en el momento concreto; lo que efectivamente sucedió en el supuesto analizado. En concordancia con ello, el art. 141.1 LRJAP-PAC señala que «(n)o serán 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 o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos (...)».

C O N C L U S I Ó N

Por las razones anteriormente expuestas la Propuesta de Resolución de responsabilidad patrimonial sometida a Dictamen se considera conforme a Derecho.