



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 9 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2017.

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 (...), por el fallecimiento de (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 305/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 25 de septiembre de 2014 por (...), pareja de (...), en el que reclaman daños y perjuicios como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (115.035,21 euros) 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), que, en virtud de la disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección 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.

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

5. 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 ampliamente; no obstante ello, esta demora 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 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación de los daños ocasionados por la asistencia sanitaria a su pareja en el siguiente relato fáctico:

- Con fecha 12 de septiembre de 2013, tras unos días sintiéndose indispuesto, el paciente acude al Centro de Salud de Corralejo para ser atendido por su doctora de Atención Primaria. Refiere miccionar con dolor y mucha frecuencia, y que ha observado sangre en la orina e inflamación en un testículo. Tras la valoración médica, la doctora de Atención Primaria lo remite en transporte sanitario al Hospital General de Fuerteventura. Una vez en el Servicio de Urgencias, se demoran en atenderle siete horas aproximadamente. Tras la exploración, se concluye en el informe médico derivación al Servicio de Urología para tratamiento de hidrocele, quedando pendiente de que le llamasen para facilitarle la cita.

- El día 16 de septiembre de 2013, acude nuevamente a la doctora de Atención Primaria, puesto que pese al tratamiento prescrito en el Servicio de Urgencias hace cuatro días, continúa con el mismo malestar. La doctora se encuentra con muchas dificultades para poder hacer las gestiones telefónicas con el Servicio de Urología pese a que informó que se trataba de una emergencia, por lo que le remite nuevamente al Servicio de Urgencias del hospital. Una vez allí, le atiende el mismo doctor que la vez anterior. El paciente continúa miccionando con excesiva frecuencia y mucha hematuria; al comunicarlo al médico, éste indica que se proceda a sondarlo. Tras haberlo intentado tres enfermeras, el propio doctor y la uróloga (con los dolores que esto supuso) se desiste por haber obstrucción en su trayecto, se le pauta tratamiento farmacológico y se da el alta médica, quedando a la espera una vez más de la cita con el Servicio de Urología.

El 30 de septiembre de 2013, debido a que el estado de salud del paciente no mejoraba, la doctora de Atención Primaria le remite personalmente al Hospital de Fuerteventura para que se le facilite cita con carácter urgente para el Servicio de Urología. Sin embargo, la uróloga valora que deben esperar a que se les llame para facilitarnos la cita, por lo que se vuelven a casa en la misma situación.

El día 4 de octubre de 2013, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital debido a que lleva 24 horas sin orinar. Esta vez es atendido con mayor celeridad, pero una vez dentro, tardan varias horas en facilitarme información. Es el propio paciente, y no ningún facultativo, quien a duras penas acude a la sala de espera para informar de que lo van a operar esa misma tarde.

Posteriormente, los médicos informan que su pronóstico es grave, se le ha parado la función renal, por lo que finalmente no puede ser operado en este centro y se le traslada urgentemente en helicóptero al Hospital Insular de Gran Canaria.

El ingreso en el Hospital Insular de Gran Canaria se produce en la madrugada del día 5 de octubre de 2013, se le diagnostica una uropatía obstructiva y se le practica una nefrostomía en ambos riñones. Además es en este momento cuando se nos informa de que el paciente padece un tumor en la vejiga y metástasis ósea, para sorpresa del médico, puesto que se supone que en el Hospital de Fuerteventura le debían haber diagnosticado. Durante el tiempo que dura el ingreso en el Hospital Insular, el estado de salud del paciente empeora, se le quintuplica el tamaño de los testículos y la pelvis.

El día 16 de octubre de 2013, recibe el alta médica y se le remite al Hospital de Fuerteventura con los estudios realizados para continuar tratamiento por el Servicio de Urología y los preparativos para realizarle una biopsia. El equipo médico que nos atiende, refiere que el estado de salud de (...) no requiere de mayores contemplaciones a la hora de tener que trasladarse de nuevo a Fuerteventura, que no es necesario el traslado en transporte sanitario hasta el aeropuerto y que viajara en avión como cualquier persona.

La reclamante pide, puesto que ya está ingresado y teniendo en cuenta su delicado estado de salud, que se le siga atendiendo desde ese centro, a lo que me responden que no es posible puesto que «necesitan la cama». Finalmente, se trasladan sin ambulancia hasta el aeropuerto de Gran Canaria con el consecuente malestar para el paciente, lleno de dolores, recién operado y con fiebre. Una vez allí el avión se demora una hora y media en salir. Ya en Fuerteventura, la doctora de Atención Primaria les remite con carácter urgente al Servicio de Urología y Paliativos para continuar con el seguimiento médico.

El día 2 de noviembre de 2013, tras continuar con fiebre alta durante varios días, es ingresado en el Hospital General de Fuerteventura por presentar una infección.

El día 11 del mismo mes se le realiza una biopsia.

A finales del mismo mes, concretamente el día 29 de noviembre, se les remite al Hospital Insular en Gran Canaria para el cambio de las nefrostomías, puesto que en el centro de origen no disponen de los recursos materiales y profesionales que requiere. En Gran Canaria, el equipo médico que nos atiende se muestra muy disgustado puesto que no comprende cómo lo envían desde Fuerteventura en el estado de salud que se encontraba para hacer un cambio de nefrostomía.

Durante los meses de diciembre de 2013 y enero de 2014 el paciente recibe los cuidados necesarios en el domicilio (con acuerdo del Servicio de Paliativos y Atención Primaria). Su estado de salud empeora con el paso de los días. A finales de enero ingresa nuevamente en el Hospital General de Fuerteventura en estado muy grave, allí permanece aislado. El día 6 de febrero de 2014 fallece.

- De los anteriores hechos, a la reclamante le resulta evidente la relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento de los servicios médicos, prestado por ambos centros sanitarios dónde se atendió a su pareja. Desde el primer momento en el que se le remitió al Hospital de Fuerteventura, se le prestó una atención inadecuada, restándole importancia a su sintomatología e incluso obviando

la urgencia con la cual la doctora de Atención Primaria lo había derivado desde el Centro de Salud de Corralejo. Esto se refleja en las numerosas consultas médicas en el Servicio de Urgencias.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la historia clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente, hace el siguiente relato de los hechos por los que se reclama:

- En fecha 16 de septiembre de 2013 consta en historia clínica de Atención Primaria que el paciente refiere micción cada hora, tiene molestias, ardor, urgencia miccional, calambre en miembros inferiores, se nota cansado cree que febril. Se deriva a Urgencias para estudio analítico y valoración por el Servicio de Urología.

- En la misma fecha 16 de septiembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura remitido por hidrocele pendiente de cita por el Servicio de Urología.

Refiere que desde hace alrededor de 48 horas tiene disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y fiebre con escalofríos. Frecuentemente la orina es hematórica.

Después de la exploración física se intenta pasar sonda vesical pero no es posible por obstrucción en su trayecto. Evaluado por el Servicio de Urología se decide cita a la mayor brevedad para estudio y solución del hidrocele.

Diagnósticos al alta: obstrucción urinaria baja en estudio. Hidrocele derecho. Hipopotasemia leve. Se recomienda seguimiento por su médico de familia y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

- En fecha 23 de septiembre de 2013 acude a su médico de familia. Refiere encontrarse muy cansado, orina muchas veces en la noche. Se realiza analítica que llevará al hospital.

- En fecha 4 de octubre de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura refiriendo llevar 24 horas sin orinar y presentar dolor hipogástrico.

En ecografía de urgencias: hidronefrosis bilateral, en el lado derecho grado II-III y en el izquierdo II; vejiga no replecionada con pared engrosada y/o sensación de ocupación de espacio.

Se intenta cateterismo ureteral retrógrado resultando infructuosa la maniobra. Se contacta con el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y se traslada al paciente a fin de realizar derivación urinaria mediante nefrostomía percutánea.

- En fecha 4 de octubre de 2013 se describe en la valoración por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria «refiere el paciente que desde septiembre está con hematuria y oligoanuria, no dolor abdominal, ni fiebre». Llega asintomático.

Ingresa en el periodo 5-15 de octubre de 2013 en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria por uropatía obstructiva.

En la exploración masa vesico-prostática e hidrocele derecho.

En ecografía ectasia renal bilateral con imagen sugestiva de tumoración ocupante de espacio sobre el trigono vesical.

Se realiza nefrostomía derecha e izquierda sin complicaciones, tras lo cual se resuelve la función renal.

Se describe afebril en fecha 12 de octubre.

En TAC de fecha 10 de octubre de 2013 probable neoplasia vesical (T < 3, NO, M 1), y lesiones óseas en esqueleto axial. No signos de invasión extramural. No adenopatías en las cadenas locorreionales.

En gammagrafía ósea de 14 de octubre de 2013 estudio sugestivo de metástasis óseas en L4, sacroilica derecha, espina iliaca anterosuperior izquierda, rama ileopubiana derecha, región subtrocantérea de fémur izquierdo y dudosa en arcos costales.

Se traslada para continuar tratamiento por el Servicio de Urología del Hospital General de Fuerteventura.

Diagnóstico principal: Neoplasia vesico-prostática. Metástasis óseas. Se le indica curas semanales de las nefrostomías, Denvar 400 mg cada 24 horas por 7 días más; seguimiento por el S. de Urología del Hospital General de Fuerteventura. Consta que puede volar en vuelo regular.

- En fecha 24 de octubre de 2013 el Servicio de Urología del Hospital General de Fuerteventura lo incluye en LE para RTU vesical y/o RTU prostática y/o biopsia prostática.

Se realiza interconsulta desde Urología a la Unidad de Cuidados Paliativos por mal control del dolor óseo.

- Valorado por la Unidad de Cuidados Paliativos en fecha 30 de octubre de 2013. Llega en silla de ruedas por dolor en MMII y región perineal e impotencia funcional. Dolor neuropático incidental con la deposición.

Además, su médico de familia lo incluye en el programa de atención domiciliaria.

- En fecha 2 de noviembre de 2013 ingresa en el Servicio de Urología del Hospital General de Fuerteventura por fiebre de origen urinario.

Queda ingresado durante el periodo 2 a 15 de noviembre de 2013 bajo el motivo de ITU complicada y urocultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae* multirresistente.

Previa estabilización del proceso clínico infeccioso con respuesta favorable a la antibioterapia empírica inicial, se realizó RTU vesical diagnóstica. En informe de biopsia de 13 de noviembre de 2013 carcinoma infiltrante al menos T2.

Presenta pequeña incisión en catéter de nefrostomía derecha que se intenta paliar en quirófano al no disponer el hospital infraestructura para realizar un cambio de nefrostomía. Buena evolución sin complicaciones.

Ecografía de escroto de fecha 20 de noviembre de 2013: Hallazgos compatible con quistes testiculares bilaterales. Quiste versus espermatocelo en cabeza del epidídimo izquierdo. Colección en hemiescroto derecho sugestiva de hematocele como primera posibilidad diagnóstica, a correlacionar con la historia clínica y datos de laboratorio.

- En fecha 22 de noviembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura por dolor abdominal. Estreñimiento.

- En fecha 20 de enero de 2014 ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Fuerteventura para control de síntomas en el contexto de enfermedad avanzada.

Evoluciona progresivamente con mayor deterioro del estado general con cuadro séptico secundario a infección urinaria por *Klebsiella* multirresistente sin respuesta al tratamiento. Inicia fallo multiorgánico, coma y fallecimiento en fecha 6 de febrero de 2014.

Diagnóstico principal: carcinoma vesical infiltrante avanzado con hidronefrosis bilateral que precisa doble nefrostomía con intención paliativa.

A la vista de tales hechos, el SIP concluye con que:

- El estudio de la historia clínica del paciente nos lleva a concluir que a pesar de las diversas citas en Atención Primaria y seguimiento de procesos puntuales en Atención Especializada, no es hasta la fecha 12 de septiembre de 2013 cuando por primera vez se menciona síntomas/signos que orientan a problemas relativos al sistema urinario.

Con anterioridad a esta fecha sólo encontramos mención a urocultivo negativo en fecha 16 de octubre de 2012 y ausencia de síntomas prostáticos en fecha 2 de noviembre de 2012.

Por tanto, el paciente demanda asistencia tardíamente en relación a su proceso oncológico; de hecho expresa a su médico de familia que su cuadro tiene una evolución de un mes -una semana refiere en el Servicio de Urgencias hospitalario en la misma fecha 12 de septiembre-. Establecido el diagnóstico de neoplasia vesical con metástasis óseas, aproximadamente en el plazo de un mes desde el inicio de la demanda de asistencia durante el cual se indicaron las correspondientes pruebas complementarias precisas, nos lleva a concluir que el periodo transcurrido no influyó en la decisión terapéutica ni en la efectividad de la misma y todo ello con su peso en la calidad y esperanza de vida a la que alude la reclamante.

De este modo, ante la cuestión planteada al Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria sobre la posible influencia en la evolución del proceso del paciente del tiempo transcurrido desde la demanda de asistencia en fecha 12 de septiembre de 2013 hasta el momento de realizarse el diagnóstico en fecha 10 de octubre de 2013 de enfermedad vesical neoplásica metastásica, el Servicio ha informado «No existe evidencia de que ese tiempo transcurrido haya disminuido las posibilidades de éxito del tratamiento a instaurar porque probablemente en el momento en que el paciente consultó su enfermedad ya era metastásica, por lo que no considero que la detección de su patología unas semanas antes hubiese influido de forma significativa en su pronóstico vital».

- Sobre la afirmación de la reclamante de que la obstrucción no fue tratada adecuadamente: La propia reclamante habla de la imposibilidad de sondaje, por tanto la realización de intervención quirúrgica nefrostomía era necesaria dado el grado de obstrucción. De este modo, consta en informe del Servicio de Cuidados Paliativos de fecha 26 de febrero de 2014 «doble nefrostomía con intención paliativa».

Nos informa el Servicio de Urología del Hospital General de Fuerteventura que el paciente es valorado en el Servicio de Urgencias por primera vez el día 12 de septiembre no presentando clínica que requiera ingreso urgente por lo que se remite a consultas externas de Urología.

En nueva valoración el día 16 de septiembre el paciente presenta función renal normal, estabilidad hemodinámica y micción espontánea por lo que se remite nuevamente a consultas externas de Urología con carácter preferente para completar estudio.

Que 18 días después de la última valoración acude nuevamente al Servicio de Urgencias por complicación de su cuadro inicial.

En la nueva valoración al décimo octavo día se evidenció necesidad de actitud terapéutica urgente debida al nuevo cuadro de anuria e insuficiencia renal.

Se procede al tratamiento de la misma mediante cistoscopia para la colocación de catéter doble J, no siendo posible.

Se deriva el mismo día al Servicio de Urología del Hospital Insular de Gran Canaria para colocación de nefrostomías de forma urgente según protocolo habitual.

- A pesar de reconocer la reclamante que el proceso del paciente era irreversible, solicita una cuantía indemnizatoria que corresponde al fallecimiento y por tanto, una indemnización básica por muerte que le hubiese correspondido en el supuesto de que existiera una relación causal entre el funcionamiento del servicio sanitario y el fallecimiento, supuesto que no se da en el presente caso.

3. Conferido trámite de audiencia, la reclamante hace constar que no está de acuerdo con las conclusiones del SIP porque en el inicio de la atención sanitaria, el 12 de septiembre y siguientes, en el Hospital General de Fuerteventura, ningún facultativo diagnostica ni se interesa por el origen de la obstrucción, intrínseca o extrínseca, (16.09.13) necesariamente valorable para no probar hidrofrenosis y, por ende, nefrostomía (4.10.13), y sin más reparos fue derivado a consulta de Urología restándole por tanto, importancia a su sintomatología, etiología y tratamiento. Sin embargo, en el informe evacuado por el Jefe de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria reconoce que probablemente su enfermedad ya era metastásica en el momento que consultó.

A juicio de la reclamante esta afirmación tiene dos reparos:

- Si ya era una neoplasia metastásica al inicio de la atención sanitaria, cómo no fue estudiada la causa de la obstrucción vesical en el Hospital General de Fuerteventura, en el que se manifestó la urgencia con la cual fue derivado desde su centro de atención primaria por la Dra. (...).

- Si ya era una neoplasia metastásica diagnosticada en el Hospital Universitario de Las Palmas de Gran Canaria, cuál fue el motivo por el cual la atención sanitaria se resumió en la realización de nefrostomía bilateral y no se realiza la oportuna derivación al servicio de oncología del mismo hospital para valorar tratamiento u opciones terapéuticas curativas y/o paliativas. Ya que el paciente es trasladado con función renal normal (tal como refleja dicho informe) por qué no se proporcionó una opción terapéutica diferente y por ende teniendo en cuenta la calidad de vida posterior.

En los informes de alta médica desde el Hospital Universitario de Las Palmas de Gran Canaria no figura el tratamiento que le dan momentos antes del alta hospitalaria (ibuprofeno) para enmascarar la fiebre con la cual el paciente es dado de alta. Sin embargo, debe constar en los controles de enfermería las constantes vitales y la medicación dada al alta.

Por ello, sigue argumentando la reclamante que la obstrucción no fue tratada adecuadamente, ya que el estudio de la etología de dicha obstrucción hubiera dado opción al paciente y a su familia a elegir otras alternativas terapéuticas curativas y/o paliativas, que hubieran alterado la calidad y esperanza de vida posterior.

La inspectora de este expediente refiere la tardanza del paciente en la demanda de la asistencia sanitaria señalando diferentes datas según los informes obrantes en su poder. En los cuales también se pueden observar diferentes datas de edad del paciente. Esta diferencia se le debería achacar también a un error del propio paciente, o serian errores en los informes anejos.

Además reseñar que en los estadios iniciales de tumores malignos del aparato urinario, los síntomas son sorprendentemente escasos.

4. En informe complementario, el SIP expone que el juicio de que «la neoplasia era probablemente metastásica al inicio de la atención sanitaria» se realiza bajo una visión retrospectiva conocido el estadiaje tumoral. Este juicio se emite en la discusión sobre el tratamiento y supervivencia relatados en la reclamación.

Sobre el abordaje de la obstrucción ya se ha informado en el escrito inicial. Partimos de un cuadro de hidrocele por lo que se remite a urología. Cuando se

sospecha obstrucción urinaria se remite, nuevamente, a urología para estudio siendo en ese momento la analítica normal y la micción espontánea por lo que no requirió una actuación (nefrostomía desobstructiva) urgente. Presentado el cuadro de obstrucción aguda con insuficiencia renal lo prioritario era restaurar la función renal (mediante nefrostomía) al tiempo que se realizó diagnóstico y estudio de extensión del proceso oncológico que obra en los antecedentes.

Para el diagnóstico del proceso y su extensión se precisó los estudios complementarios previos a su remisión al Servicio de Oncología.

5. Por último, la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación de los interesados en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria prestada al entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial.

En particular, partiendo de un cuadro de hidrocele que se objetivó desde el primer momento, se realizaron al paciente las pruebas diagnosticadas oportunas, remitiéndose ante la sospecha de obstrucción al Servicio de Urología, dando respuesta al cuadro de fallo renal que presentó, realizándose las pruebas complementarias requeridas para obtener un diagnóstico de la enfermedad sin que se observe atención inadecuada por parte de los servicios sanitarios y en consecuencia no se objetiva nexo causal entre el fatal desenlace y la atención prestada.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación

económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LPACAP) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar la *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que el fallecimiento del paciente fue causado porque, a pesar de acudir en varias ocasiones a centros médicos (centro de salud, Urgencias del Hospital de Fuerteventura, Hospital Insular de Gran Canaria), los distintos facultativos no fueron capaces de sospechar ni, por ende, detectar la gravísima enfermedad que padecía y así evitar sufrimientos y dolores innecesarios. Sobre esta argumentación, sin la prueba de estos extremos de hecho, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por el SCS y el óbito del paciente. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. La documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que el paciente es valorado en el Servicio de Urgencias por primera vez el día 12 de septiembre, no presentando clínica que requiera ingreso urgente por lo que se remite al consultas externas de Urología.

En nueva valoración el día 16 de septiembre el paciente presenta función renal normal, estabilidad hemodinámica y micción espontánea por lo que se remite nuevamente a consultas externas de Urología con carácter preferente para completar estudio, practicándosele las pruebas complementarias precisas que dieron con el diagnóstico de neoplasia vesical con metástasis óseas.

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

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando 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.

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”».

En el mismo sentido que la anterior Sentencia, la de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) 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 tal jurisprudencia 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.

3. En el presente caso está acreditado tanto que el paciente no presentaba cuando acudió a Urgencias del Hospital de Fuerteventura los síntomas característicos de carcinoma vesical, y que, ante los síntomas tales como micción cada hora, tiene molestias, ardor, urgencia miccional, calambre en miembros inferiores, se nota cansado cree que febril, se deriva a urgencias remitido por hidrocele para estudio analítico y valoración por el Servicio de Urología.

Durante el plazo de un mes desde el inicio de la demanda de asistencia se le realizaron las correspondientes pruebas complementarias precisas que llevó al diagnóstico de neoplasia vesical con metástasis óseas en un estado avanzado. Así, informa el Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, no contradicho por la reclamante, para la que «no existe evidencia de que ese tiempo transcurrido haya disminuido las posibilidades de éxito del tratamiento a instaurar porque probablemente en el momento en que el paciente consultó, su enfermedad ya era metastásica, por lo que no considero que la detección de su patología unas semanas antes hubiese influido de forma significativa en su pronóstico vital».

Por tanto, lo avanzado de su enfermedad y la práctica de las pruebas precisas para diagnosticarla (analíticas, TAC, escáneres, etc.), así como la ausencia de informes u otras pruebas que lo desmientan, nos lleva a afirmar que la asistencia prestada fue conforme con la *lex artis ad hoc*. Ergo, si no se ha cometido tal infracción por los facultativos del SCS que atendieron al paciente, no es factible jurídicamente la estimación de la pretensión resarcitoria.

4. La otra línea argumental de la reclamante, alegada en el trámite de audiencia, es que la obstrucción vesical no fue tratada adecuadamente, ya que el estudio de la etiología de dicha obstrucción hubiera dado opción al paciente y a su familia a elegir otras alternativas terapéuticas curativas y/o paliativas, que hubieran alterado la calidad y esperanza de vida posterior.

En este caso, es de aplicación lo manifestado por este Consejo Consultivo de forma reiterada en relación con la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial (por todos DDCC 374/2015 y 85/2016), que al respecto sigue la Jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010 de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que: "(...) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».

Esta doctrina es aplicable al supuesto sobre el que se dictamina puesto que no se ha demostrado la improcedencia de los distintos tratamientos y técnicas quirúrgicas (en este caso, la obstrucción vesical). Antes al contrario, la realización de la intervención quirúrgica de nefrostomía era necesaria dado el grado de obstrucción. De este modo, consta en informe del Servicio de Cuidados Paliativos de fecha 26 de febrero de 2014 que la doble nefrostomía fue realizada precisamente con intención paliativa.

Por ello, por esta causa tampoco existe relación causal entre el funcionamiento del Servicio, que ha sido el adecuado en todo momento, conforme a *lex artis*, y el daño reclamado por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación patrimonial presentada es conforme a Derecho.