



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de enero de 2019.

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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 587/2018 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 reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 16 de enero de 2017 a instancia de (...) y su esposa (...), por los daños padecidos por el marido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. Los reclamantes cuantifican, en el trámite de audiencia, la indemnización por los daños físicos y morales sufridos en la cantidad de 196.540 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

- (...), de 55 años de edad en el momento de los hechos, acudió en agosto del año 2009 al Centro de Salud de Vecindario de Las Palmas de Gran Canaria para hacerse una analítica de sangre al referir agotamiento y malestar general.

Los resultados de dicha prueba fueron analizados por el Servicio de Bioquímica Clínica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria (CHUIMI), objetivando los siguientes marcadores: PSA- Antígeno prostático específico 16.8.

La mayoría de los hombres sin cáncer de próstata tiene niveles de PSA menores a 4 nanogramos (ng/mL) por mililitro de sangre. La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube.

Los hombres que tienen un nivel de PSA de 4 a 10 tienen una probabilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata. Si el PSA es mayor de 10, la probabilidad de tener cáncer de próstata es de más de 50%.

En el presente caso los índices de PSA eran inquietantes y susceptibles de estar afecto a un cáncer de próstata.

El 17 de agosto de 2009 ante los alarmantes marcadores de (...) (PSA 16.8), su médico de atención primaria, emitió Parte Interconsulta rogando que valorasen el cuadro clínico del paciente por los especialistas del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

El paciente fue valorado y se pautó ecografía escrotal. El especialista tras valorar la situación le tranquilizó informándole de que era un mero trámite y que los valores eran correctos, le remitió a su casa sin dar importancia a la realización de la prueba ni barajar la posibilidad de que los índices de PSA pudiesen responder a una situación cancerosa.

Según los reclamantes, en ningún momento se llegó a citar a (...) para la realización de la ecografía constituyendo *per se* una falta de diligencia absoluta por parte del personal del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, adscrito al Servicio Canario de Salud, como tampoco consideraron necesaria la realización de analíticas de control o seguimiento con posterioridad a la consulta del Dr. (...) en agosto de 2009 para controlar los índices de PSA.

- En abril 2011 el interesado solicitó que le hiciesen una nueva analítica en su centro de salud, que evidenció que el índice de PSA había subido notablemente respecto al de agosto de 2009, llegando al índice de 52, lo que motivó que le realizasen una biopsia de próstata.

El 11 de mayo de 2011, acudió al Servicio de Urología del Hospital Materno Infantil acompañado de su mujer, donde fueron informados de los resultados de la biopsia que lamentablemente objetivaron el diagnóstico de cáncer de próstata.

La prueba diagnóstica evidenció el avanzado estado del cáncer del paciente y fue necesario realizarle una serie de pruebas para determinar con exactitud el alcance de la enfermedad. El estudio de extensión consistió en CT de Tórax-abdomen-pelvis y Gammagrafía ósea, que pusieron en evidencia múltiples metástasis óseas y ganglionares en ambas cadenas ilíacas y paraorticas. Según reza el informe

de Gammagrafía ósea de fecha 22 de julio de 2011 objetivó la metástasis ósea en pelvis y fémur izquierdo.

El informe clínico del Servicio de Urología de fecha 31 de agosto de 2011 resume las actuaciones del Servicio de Urología con los resultados de las pruebas realizadas al paciente desde que fuera remitido por su Centro de Salud al tener un PSA de 52 ng/ml, ofreciendo un diagnóstico fiel del alcance de la enfermedad:

«A la exploración física llama la atención una próstata dura, irregular y fija el lóbulo derecho sin plano de separación con suelo pélvico (T4).

Se realiza biopsia de próstata de 6 cilindros, mostrando una próstata heterogénea de 24 e.e. La anatomía Patológica muestra un Gleason 4+5 en los 6 cilindros.

TAC abdominal-pélvico: Tx N1 M1. Adebopatías ilíacas derechas. Metástasis en sacro y acetábulo izquierdo.

Gammagrafía ósea: Metástasis en sacro».

La Guía Canaria de actuación en cáncer de próstata del año 2013 entiende como indicativo de cáncer de próstata un PSA elevado, lo que obligaría a realizar una serie de pruebas en las que estarían indicadas la realización de un tacto rectal y ecografía para tomar la determinación de realizar una biopsia.

Con independencia de que fuera necesaria la realización de una biopsia, se omitieron la realización de pruebas tan esenciales como el tacto rectal o ecografía, no olvidemos que nunca fue citado para hacerle esta última prueba lo que genera *per se* una responsabilidad de la administración.

Entienden los interesados que el Servicio Canario de Salud debió ser más diligente en el caso de (...), ya que con un PSA elevado se debieron hacer una serie de pruebas encaminadas a ofrecer un diagnóstico certero que descartase la posible enfermedad. No les consta que se realizase prueba alguna más allá de la analítica que evidenció el elevado PSA del paciente en agosto de 2009, no se realizó un tacto rectal y de haberse realizado sería insuficiente sin otras pruebas complementarias como las que se hicieron en 2011, donde hubiese sido fundamental la realización de una ecografía.

(...) tiene reconocida una incapacidad permanente absoluta desde abril de 2012.

Continúa actualmente en tratamiento y acude cada dos meses al especialista para controlar sus niveles de PSA y recoger la medicación prescrita en la farmacia del Hospital Insular, actualmente toma Abiraterone acetate, que es el nombre genérico del fármaco de quimioterapia Zytiga. Es un tipo de terapia hormonal, clasificada

como un «inhibidor adrenal», indicado en combinación con Prednisona para el tratamiento de cáncer de próstata metastásica.

Por tanto el paciente recibe la combinación de los dos fármacos, tomando 4 comprimidos al día de Abiraterona combinados con 2 comprimidos de Prednisona.

- En fecha 8 de enero de 2016, (...) acudió a la consulta del Dr. (...) acompañado de su mujer. Una vez realizado control del PSA mediante analítica, el especialista prescribió tratamiento 224 comprimidos.

Una vez prescrito el tratamiento subieron a la planta sexta del Hospital Insular donde se encuentra la farmacia del hospital para recoger los comprimidos descritos (Zytiga y Prednisona) con la misma sistemática que en los meses anteriores.

El 13 de enero de 2016 realizaron al paciente la inyección semestral para el cáncer de próstata, tras la cual sufrió cefaleas y subida de tensión arterial que no remitieron con la medicación habitual, sufriendo ansiedad continua con crisis de angustia que requirió la necesidad de tratamiento de rescate con alprazolam 0.5 mg.

El paciente continuó con la misma sintomatología referida hasta que a primeros de marzo de 2016 comprobó que los comprimidos suministrados por la farmacia del Hospital Insular no se correspondían con ABIRATERONA (ZYTIGA) y PREDNISONA para combatir la metástasis del cáncer de próstata sino que le habían suministrados dos medicamentos que nada tenían que ver con el meritado cáncer, TYVERB 250 mg y VOTRIENT 400 mg, prescritos para los tratamientos de cáncer de mama y de riñón.

Estos hechos se pueden acreditar con medios admitidos en derecho habida cuenta que se dispone de los últimos comprimidos físicos relativos a los meritados fármacos, comprimidos que se entregaron y que el Servicio de farmacia del CHUIMI reconoce como entregados, alegando simplemente que existe divergencia en la fecha de entrega.

Lamentablemente el paciente estuvo dos meses tomando unos fármacos que nada tenían que ver con el tratamiento de su enfermedad, lo que perjudicó llanamente su salud.

En síntesis podemos delimitar las actuaciones reprobables del Servicio Canario de Salud en:

1) Retraso de diagnóstico al no haber realizado las pruebas pertinentes ante los sospechosos índices de PSA.

2) No realización de ecografía, probablemente por un error en el servicio de citas.

3) Suministro para la toma de fármacos que no se correspondían con su tipo de cáncer.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

«- En fecha 3 de agosto de 2009 se solicita, desde su Centro de Salud, nivel del antígeno prostático específico (PSA). En fecha 4 de agosto de 2009 se informa de resultado 16.18 ng/mL (N: 0,00-4,00).

- En fecha 17 de agosto de 2009 se solicita desde el Centro de Salud de Vecindario interconsulta al Servicio de Urología del Centro de Atención de Especialidades (CAE) Vecindario, con carácter preferente, para valoración del paciente. Se expone: Paciente con PSA de 16,18 que no presenta síntomas urinarios y según refiere tiene teste izquierdo con edema/masa de larga evolución. No dolor. Vasectomía realizada junto a evacuación de líquido escrotal.

Se cita el 21 de agosto de 2009. Se solicita ecografía escrotal en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con inclusión en lista de espera el 26 de agosto de 2009. Remitida la solicitud el 13 de julio de 2011 a Centro Concertado el paciente renuncia a la realización de la misma en fecha el 5 de septiembre de 2011.

- En fecha 24 de noviembre de 2010 refiere a su Médico de Familia molestias muy discretas al orinar y dolor en región anal (trasm contacto sx).

Bajo el diagnóstico de alteración prostática no especificada se prescribe Omeprazol.

- En fecha 15 de diciembre de 2010 en analítica rutinaria, en el Centro de Salud, se objetiva PSA 52,85 ng/mL. Se realiza interconsulta desde su Médico de Familia al Servicio de Urología del CAE Vecindario con carácter preferente.

El 23 de diciembre de 2010, es remitido desde el CAE Vecindario al Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria asintomático desde el punto de vista urológico con PSA de 52 ng/mL solicitándose ECO-TR-biopsia.

Se expresa en la solicitud: No sintomático. PSA (agosto de 2009) 16,18. Se "repite PSA y se perdió el paciente". Acude ahora con PSA de 52,85. El tacto rectal sugiere Ca Próstata.

A la exploración física próstata dura, irregular y fija en lóbulo derecho sin plano de separación con suelo pélvico (T4).

El 25 de marzo de 2011 es visto por el Servicio de Urología en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

- En ecografía transrectal de fecha 10 de mayo de 2011: Próstata de 24 cc, simétrica, borde difuso (no bien definido) en cápsula de lóbulo derecho, con imágenes hipoecoicas periféricas en ambos lóbulos más en el derecho.

Realizada biopsia es informada de Adenocarcinoma de Próstata grado 9 (4+5) de Gleason, que afecta extensamente a la totalidad del tejido remitido. Signos de invasión perineural frecuente.

- En fecha 1 de julio, en consultas externas del Servicio de Urología, se valora el resultado de la biopsia y se solicita estudio de extensión:

\*En TAC abdomino-pélvico de 7 de julio de 2011 -TxN1M1-: Múltiples adenopatías pélvicas de localización presacra, en las cadenas ilíacas externas derecha e izquierda e ilíaca común izquierda. También se identifican adenopatías de localización periaórtica izquierda. Lesiones óseas blásticas en el isquion derecho, acetábulo izquierdo y en el sacro sugestivas de metástasis blásticas por Ca de Próstata.

\*La gammagrafía ósea de fecha 22 de julio de 2011 informa de metástasis óseas en pelvis y fémur izquierdo: Captaciones patológicas focales de elevada actividad en rama isquiopubiana derecha, rama isquiática izquierda, así como en región proximal de diáfisis femoral izquierda. Existe otra captación situada cranealmente a la vejiga urinaria, también de elevada actividad, podría corresponder con región sacrococcígea, con igualmente afectación metastásica ósea.

- Con el diagnóstico de Adenocarcinoma de Próstata metastásica se inicia bloqueo androgénico completo en julio de 2011 -se prescribe Eligard semestral y Probic (bicalutamida 50 mg)-.

- En la consulta del Servicio de Urología de fecha 18 de noviembre de 2011, buen estado general. PSA 2,4. El 3 de septiembre de 2013, PSA 0,46.

- En gammagrafía ósea, de fecha 16 de agosto de 2012, resolución completa de las captaciones óseas previas. En gammagrafía ósea de 30 de septiembre de 2013, sin evidencia de enfermedad metastásica ósea.

- En fecha 30 de abril de 2013 refiere a su Médico de Familia que está tomando 2 comprimidos de Zolpidem de noche y de día, alguna vez para descansar. Se le

recomienda Alprazolam si ansiedad diurna y Zolpidem. Si persiste el cuadro valorar a cambiar Zolpidem por Trazodona.

En fecha 14 de octubre de 2014 consta en Historia de Salud del ámbito de Atención Primaria "Reclama ayuda porque tiene una situación en casa muy conflictiva, ansiedad, tristeza, labilidad emocional". Se prescribe ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Como diagnóstico, reacción de adaptación con características emocionales mixtas.

- En gammagrafía ósea de fecha 22 de octubre de 2014, lesión compatible con metástasis ósea de nueva aparición en fémur izquierdo (intertrocantérea).

En TAC de tórax y abdomen de 13 de noviembre de 2014, solicitado para inicio de tratamiento con Abiraterona: Próstata de pequeño tamaño sin claros signos de infiltración de estructuras adyacentes. No se aprecian ganglios de significado patológico regionales ni a distancia. Resolución de las zonas de aumento de densidad ósea visibles en región pélvica.

Se destaca imagen de nueva aparición nodular en cresta intertrocantérica de fémur izquierdo, que por sus características no permite descartar la posibilidad de metástasis de nueva aparición.

- El Comité Uro-Oncológico reunido en fecha 26 de diciembre de 2014 decide que el paciente es candidato a tratamiento con Abiraterona comprimidos.

El 7 de enero de 2015 acude a su Centro de Salud para administración de Eligard 45 mg pautaado.

- El 1 de febrero acude a su Centro de Salud con síndrome vertiginoso. TA 175/10.

- En fecha 8 de julio de 2015 acude a su Centro de Salud para la administración de Eligard 45 mg pautaado. Sin incidencias.

Acude en fecha 12 de enero de 2016 para que le administren un fármaco sin ningún tipo de indicación ni prescripción ni por su Médico de Familia ni por especialista. Se le informa que debe aportar prescripción para que pueda ser administrado.

Acude el 13 de enero de 2016 para administración de tratamiento pautaado, Eligard semestral.

- En fecha 20 de enero de 2016 refiere a su Médico de Familia que "tras la administración de la inyección para el cáncer de próstata se sintió mal y los días posteriores tuvo cefalea y subidas de la tensión arterial".

Como diagnóstico: Cefalea tensional. Se le pauta automedida de la presión arterial durante una semana.

- El 22 de enero de 2016 expone al Urólogo las subidas de TA que había asociado a la administración de Abiraterona. En esa fecha TA 14/9.

Comunica que ha dejado el tratamiento hace una semana y tras suspenderlo se le pasó el dolor, además, cuando reinició la toma del mismo reinició la clínica.

Como plan del Urólogo: Reiniciar el tratamiento con Abiraterona, volver a valorar al paciente en un mes y si no se ha regulado la tensión arterial cambiar el mismo.

En fecha 29 de enero TA 13/8. Se mantiene Abiraterona.

- Acude a su Centro de Salud, en fecha 11 de julio de 2016, para administración de tratamiento pautado.

- En TAC de 21 de junio de 2016: No adenopatías ni alteraciones en el marco óseo ni en partes blandas.

En gammagrafía ósea de 18 de julio de 2016: Estudio negativo para metástasis óseas.

- En fecha 19 de septiembre de 2016 consta en Historia Clínica de Atención Primaria: El paciente presenta un cuadro de ansiedad por un secundarismo ocurrido en enero.

En fecha 21 de septiembre de 2016, se realiza informe en el Centro de Salud El Doctoral en el que consta: Refiere que tras la inyección de Eligard semestral el 13 de enero de 2016 para el Ca de próstata se sintió mal y los días posteriores cefalea y subidas de TA. Las cefaleas no ceden con medicación habitual.

Se remite a Urología para estudio de posible secundarismo de la medicación pautada.

Refiere desde esa época desconfianza para tomar la medicación y ansiedad continua con crisis de angustia que necesitan tratamiento de rescate con Alprazolam 0,5 mg.

- En julio de 2017 tras progresión se modifica el tratamiento oral, se sustituye Abiraterona por Enzalutamida.

En control de fecha 25 de julio de 2017 comunica que tras el inicio de Enzalutamida tuvo desregularización de cifras tensionales que ya se ha controlado.

- Continúa con administración de Eligard semestral 45 mg. Última administración que consta hasta la revisión de la Historia Clínica, 11 de enero de 2018.

- Distintas tomas de TA:

7 de agosto de 2013: TAS 140 mmHg, TAD 70 mmHg

9 de agosto de 2013: TAS 130 mmHg, TAD 75 mmHg

9 de julio de 2014: TAS 140 mmHg, TAD 80 mmHg

1 de febrero de 2015: TAS 175 mmHg, TAD 100 mmHg

23 de junio de 2017: TAS 120 mmHg, TAD 65 mmHg

26 de junio de 2017: TAS 120 mmHg, TAD 65 mmHg

- Alprazolam ha sido prescrito al paciente desde la fecha 18 de abril de 2012. Así algunas fechas de esta prescripción: 18 de abril de 2012, 20 de junio de 2012, 14 de septiembre de 2012, 20 de marzo de 2013, 16 de octubre de 2013, 10 de enero de 2014, 14 de octubre de 2014, 12 de febrero de 2015, 18 de junio de 2013, 5 de febrero de 2015, 2 de junio de 2015, 9 de julio de 2015, 19 de agosto de 2015, 23 de junio de 2016, 19 de septiembre de 2016».

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1. En relación al retraso en el diagnóstico de Ca de Próstata, se plantea la prescripción de la acción indemnizatoria. En este sentido este Servicio informa en la línea del contenido de la Resolución de Admisión a trámite de la reclamación: Realizada ecotransrectal y biopsia de próstata en fecha 10 de mayo de 2011, el informe de biopsia es valorado en la consulta de Urología de fecha 1 de julio de 2011. Por tanto, en esa fecha el paciente conoce su proceso de adenocarcinoma de Próstata grado 9 (4+5) de Gleason.

El alcance de la enfermedad, al margen de la evolución posterior y la continuidad de tratamiento, quedó de manifiesto con el estudio de extensión mediante TAC abdominopélvico de 7 de julio de 2011 y gammagrafía ósea de 22 de julio de 2011.

En el mismo mes de julio de 2011 el paciente conoce la necesidad de la alternativa de tratamiento bajo el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata metastásico. Con la estadificación se puede conocer la situación de propagación o extensión en la que se encuentra el cáncer, cuánto ha crecido, si se ha diseminado a otras zonas del cuerpo y qué

órganos pueden estar afectados. Conocer el estadio ayuda al médico a decidir cuál es el mejor tratamiento y puede ayudar a predecir el pronóstico de un paciente, es decir, la probabilidad de recuperación.

Precisamente el reclamante concreta las consecuencias del retraso en el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata en "tumor avanzado" y "tratamiento agresivo".

En esta línea en fecha 21 de marzo de 2012 causa alta del proceso de IT, iniciado en fecha 3 de enero de 2012 bajo el diagnóstico de neoplasia maligna de próstata, por paso a la situación de incapacidad permanente en grado de absoluta.

El cuadro clínico residual objeto de la declaración, por el Director Provincial del INSS de Las Palmas, en fecha 6 de marzo de 2012, de la calificación de Incapacidad Permanente en grado de absoluta fue el diagnóstico ya conocido por el paciente de Adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas.

2. El reclamante alega que por error del Servicio de Farmacia hospitalaria estuvo tomando durante "dos meses (enero-marzo)" fármacos que no tenían que ver con su enfermedad y que perjudicó su salud. De esta forma, afirma que el 8 de enero de 2016 le prescriben tratamiento de 224 comprimidos (Zytiga y Prednisona) y acude al Servicio de Farmacia para su recogida.

Añade que el 13 de enero le administraron la "inyección para el Ca de próstata" tras la cual sufrió cefaleas, subida de la tensión arterial (TA) y ansiedad precisando Alprazolam 0,5 mg. Continuó con la sintomatología hasta que a primeros de marzo de 2016 comprobó que le habían suministrado dos medicamentos no relacionados con el cáncer de próstata, Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg, prescritos para cáncer de mama y de riñón respectivamente.

\*Destacamos en su Historia Clínica:

El antecedente hipertensión arterial desde, al menos, septiembre de 2008. Se le prescribió el medicamento betabloqueante Beloken Retard (metoprolol succinato) y continua en la actualidad con el mismo.

Además, previo al momento del hecho reclamado el paciente acude a su Centro de Salud en fecha 1 de febrero de 2015 con síndrome vertiginoso y su TA se encontraba elevada 175/10.

No hay constancia en la Historia Clínica de tomas de TA que reflejen subidas de la misma en las fechas indicadas por el reclamante. Encontramos el 22 de enero de 2016 unos valores límites 14/9 y normalidad el 29 de enero de 2016 13/8.

Que Alprazolam le ha sido prescrito al reclamante desde la fecha 18 de abril de 2012. En abril de 2013 refiere a su Médico que está tomando Zolpidem (sedante hipnótico) y éste le recomienda Alprazolam si ansiedad diurna. El 14 de octubre de 2014 se le prescribe

tratamiento antidepresivo bajo el diagnóstico de reacción de adaptación con características emocionales mixtas.

En conclusión la prescripción de Zolpidem, Alprazolam y tratamiento antihipertensivo es previa al hecho reclamado.

\*El reclamante sitúa el inicio de las consecuencias del hecho reclamado el 13 de enero tras "la administración de la inyección para el Ca de próstata".

En relación con el tratamiento prescrito al paciente para su proceso oncológico tenemos que distinguir, por un lado, la administración semestral vía subcutánea de Eligard (Leuprorelina), iniciado en julio de 2011 como bloqueo androgénico, y por otro, el tratamiento vía oral que incluye el prescrito por su Médico de Familia y el retirado en el Servicio de Farmacia hospitalaria. El tratamiento oral consistía en Prednisona prescrito por su Médico de Familia y Zytiga (acetato de Abiraterona) 250 mg comprimidos. Este último al tratarse de medicamento incluido en la financiación del Sistema Nacional de Salud pero como medicamento de diagnóstico hospitalario, sin cupón precinto, tiene que ser retirado en la Farmacia hospitalaria. La prescripción de Zytiga fue recomendada por el Comité Uro-Oncológico con inicio de dispensación por la Farmacia hospitalaria el 24 de abril de 2015 y expresado en la Historia de Salud de Atención Primaria en fecha 27 de abril de 2015.

La dosis de Zytiga es de 1000 mg una vez al día. Por tanto al tratarse el medicamento de Zytiga 250 mg deben ser tomados 4 comprimidos una vez al día. Los comprimidos de Zytiga son blancos o casi blancos, de forma ovalada, con "AA250" grabado en una cara.

Los comprimidos, en esas fechas, en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria se presentaban en frascos con 112 comprimidos. Aclarar que si bien los frascos vienen con 120 comprimidos, a fin de facilitar la dispensación para la generalidad de cita cada mes (4 semanas) han sido envasados en frascos que contienen 112 comprimidos. Entre sus efectos adversos se encuentra aumento de la tensión arterial. De este modo, si bien dentro del tratamiento oral del paciente el indicado para su proceso oncológico es Zytiga (Abiraterona) se le prescribió junto a él Prednisona para disminuir, entre otros efectos, la posibilidad inherente a Abiraterona de sufrir aumento de la tensión arterial.

Cuando el paciente, en fecha 22 de enero de 2016, comunica al Urólogo las subidas en su TA, que precisamente se había asociado a la administración de Abiraterona, expresa que había dejado el tratamiento hace una semana y tras suspenderlo se le pasó el dolor (cefalea), además, que al volver administrarlo de nuevo inició la clínica.

En el sentido de considerar los posibles cambios de tensión arterial, referidos por el paciente, como efecto del tratamiento oral indicado para su proceso oncológico, en el plan del Urólogo se incluyó el cambio del mismo si la tensión arterial no se regulaba.

Por su parte, entre los posibles efectos secundarios poco frecuentes inherentes al tratamiento con Eligard (Leuprorelina), administrada vía subcutánea semestralmente, se encuentra el ánimo depresivo y el insomnio así como hipertensión.

Además, con posterioridad en septiembre de 2016, cuando el paciente acude a su Centro de Salud manifestando cuadro de ansiedad y crisis de angustia por lo ocurrido en enero de 2016, el Médico de Familia habla de secundarismo de la medicación pautada.

Se concluye que la posibilidad de aumento de TA se incluye entre los posibles efectos adversos de la medicación precisa para el abordaje del proceso neoplásico del paciente.

En relación a la medicación referida por el paciente, el aumento de TA no está incluido entre los efectos adversos de Tyverb 250 mg y sí de Votrient.

\*El reclamante ubica el inicio de subidas de TA en fecha 13 de enero de 2016 y relaciona esta circunstancia a la "entrega en fecha 8 de enero de comprimidos de Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg indicados en otros procesos oncológicos en lugar de la entrega de Zytiga (Abiterona) que tenía prescrito."

Por tanto, considera, de forma errónea, que los blísters con los referidos comprimidos estaban incluidos dentro de los facilitados (224) por la Farmacia hospitalaria en fecha 8 de enero de 2016.

Este hecho no pudo suceder ya que en la fecha 8 de enero de 2016 se le hace entrega de dos frascos de medicamentos (Zytiga) y no de blíster de medicamentos sueltos reenvasados. En efecto, en la fecha de cada cita se hace entrega al paciente del número exacto de comprimidos precisos para cubrir el número de días que van a transcurrir hasta la fecha de revisión siguiente. Situándonos en la fecha indicada por el paciente, 8 de enero de 2016, el número de días que transcurren hasta la siguiente cita, en fecha 4 de marzo de 2016, es de 56. Partiendo de la dosis diarias (1000 mg = 4 comprimidos) se le entrega 224 comprimidos para la cobertura de medicación hasta la fecha de la siguiente visita.

De este modo, en esa fecha se le entrega 2 frascos de Zytiga de 112 comprimidos cada uno y ningún blíster con medicación adicional ya que no hacía falta completar el número de comprimidos contenidos en los dos frascos enteros.

Además, en fecha 8 de enero no se pudo hacer entrega de comprimidos de Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg al paciente ya que estos medicamentos fueron acondicionados en blíster el 23 de febrero de 2016, fecha posterior a la indicada por el reclamante (8 de enero).

De lo anterior se concluye que la sintomatología manifestada el 13 de enero de 2016 no pudo estar relacionada con los medicamentos Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg.

Se concluye, a partir de la fecha en la que el paciente refiere experimentar subidas de tensión arterial, que se tratara, en su caso, de un efecto adverso de la medicación indicada

para su proceso y no de efecto producido por medicación ajena adquirida en un momento posterior a las primeras manifestaciones de las subidas tensionales.

\*En fecha 22 de julio de 2016 el paciente estaba citado y pasa por Farmacia hospitalaria para la recogida de medicación.

En esa fecha presenta en la Farmacia hospitalaria dos blísters de medicamentos. Uno con 5 comprimidos sin abrir, 3 de Tyverb y 2 de Votrient, y otro de 4 comprimidos de Votrient de los cuales 3 estaban medio abiertos sin sacar el producto y uno abierto sin contenido.

Se deduce:

- Que al paciente le fue entregado blísters con medicamentos, Tyverb y Votrient, ajenos a su patología.

- Que el paciente no tomó todos los comprimidos que le fueron entregados. El paciente no ha comunicado cuantos tomó.

- En relación al relato del reclamante llama la atención que afirme que durante el periodo enero-marzo de 2016 tomase la referida medicación y que no lo comunicase a Farmacia hasta el 22 de julio de 2016.

- En la fecha que el paciente sitúa los síntomas objeto de la reclamación, por lo expuesto en los puntos anteriores, no se le había entregado los medicamentos ajenos.

- Las fechas probables de entrega de medicamentos a partir del 8 de enero de 2016 (se entrega dos frascos de 112 comprimidos cada uno y no blísters sueltos) y antes del 22 de julio de 2016 (fecha en la que el paciente muestra los medicamentos en Farmacia) fueron el 4 de marzo, el 29 de abril, el 27 de mayo y el 21 de junio de 2016.

De estas fechas el 29 de abril se hace entrega de 112 comprimidos y por tanto un frasco completo y ningún blíster suelto. Quedan como fechas posibles el 4 de marzo, el 27 de mayo y el 21 de junio de 2016, todas alejadas del momento de presentación de la sintomatología que el paciente consideró relacionada con los medicamentos.

De la documentación obrante en el expediente se concluye:

Que en fecha 8 de enero de 2016 no se hace entrega de blísters junto a frascos completos de medicación prescrita y por tanto no se hace entrega de comprimidos de Tyverb 250 y de Votrient 400 mg de ajenos al tratamiento habitual del paciente.

Se desconoce el número de comprimidos ajenos entregados y de ellos el número tomado por el paciente. En cualquier caso la sintomatología objeto de la reclamación se presenta con anterioridad a la fecha en la que ocurre el hecho reclamado.

La prescripción de Alparzolam se inició en el año 2012.

Considera este Servicio que sería indemnizable el hecho de facilitar al paciente medicación distinta a su tratamiento si de ello se derivase consecuencias demostradas. No

queda objetivado la relación causal entre la sintomatología objeto de reclamación y la medicación facilitada ajena a su tratamiento».

3. Dado preceptivo trámite de audiencia, los reclamantes se reafirman en sus alegaciones iniciales, niegan la existencia de prescripción y manifiestan que la toma de medicamentos distintos de los prescritos para su patología necesariamente tiene que tener efectos negativos para la salud, aunque sea por dejar de tomar los correctos.

4. A la vista de las alegaciones efectuadas en trámite de Audiencia se solicitó informe complementario al Servicio de Inspección y Prestaciones en el que se argumenta que, dada la propia evolución de su enfermedad, ya se ha expresado en el primer apartado de las conclusiones del anterior informe del SIP el momento en que la lesión objeto de reclamación, retraso en el diagnóstico, fue determinada y conocida su magnitud y trascendencia.

Es decir, se ha expresado el momento en que el paciente conoce el alcance del supuesto efecto lesivo y la necesidad de tratamiento hormonal a recibir en aras a mejorar la calidad de vida o evitar la progresión de la enfermedad.

Continúa el SIP diciendo que, en cualquier caso, se hace necesario añadir la información aportada por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria «No puede afirmarse de ninguna manera que el retraso para el diagnóstico exacto de la etiología de la elevación del PSA en el paciente haya influido en el estadio que la enfermedad tenía en agosto de 2009, cuando se realiza la primera determinación analítica, por lo que probablemente el tratamiento en 2009 hubiese sido el mismo».

En cuanto a las consecuencias de la interrupción temporal de parte de la medicación prescrita en concreto Zytiga (acetato de Abiraterona) 250 mg comprimidos, indica el SIP que este hecho no se concreta por el reclamante.

En el informe, el SIP se cuestiona si a partir de las fechas de probable entrega de la mediación (4 de marzo, 27 de mayo y 21 de junio de 2016) o más concretamente de la fecha en la cual el paciente realiza la entrega de la medicación ajena, 22 de julio de 2016, se observó empeoramiento en la evolución de su proceso.

Partimos del diagnóstico de adenocarcinoma de próstata grado 9 (4+5) de Gleason, de alto grado, objetivándose en TAC de 7 de julio de 2011 múltiples adenopatías pélvicas de localización presacra, en las cadenas ilíacas externas

derecha e izquierda e ilíaca común izquierda. También se identifican adenopatías de localización periaórtica izquierda. Lesiones óseas blásticas en el isquion derecho, acetábulo izquierdo y en el sacro sugestivas de metástasis blásticas por Ca de Próstata.

Recibido tratamiento se habló de resolución completa de las captaciones óseas en fecha 16 de agosto de 2012 pero con aparición posterior, en fecha 22 de octubre de 2014, de lesión compatible con metástasis óseas de nueva aparición en fémur izquierdo (intertrocantérea) sin que se pudiese descartar tal posibilidad.

Con posterioridad, en TAC de 21 de junio de 2016 se expresa ausencia de adenopatías y de alteraciones en marco óseo y partes blandas.

Un año más tarde, en relación a posible cambio de medicación, se menciona progresión pero sin embargo en TAC reciente de fecha 6 de junio de 2018 no hay signos de recidiva neoplásica y sólo sigue observándose la lesión ósea en fémur izquierdo (presente con anterioridad en el 2014) que se expresa sin cambios.

Por tanto, existiendo defecto de administración en un periodo de tiempo, que el paciente señala 2 meses, de uno de los medicamentos prescritos Zytiga, hecho que generaría responsabilidad en el supuesto de daño demostrable, considera el SIP que ni se concreta éste por el paciente ni se objetiva dentro del contexto de su enfermedad, la repercusión negativa en la evolución de la misma.

5. Dada de nuevo audiencia al interesado, se reafirma en sus alegaciones anteriores.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por los interesados al no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud

### III

1. Recordemos que los interesados reclaman por tres motivos: por retraso de diagnóstico al no haber realizado las pruebas pertinentes ante los sospechosos índices de PSA; por la no realización de ecografía, probablemente por un error en el servicio de citas; y por el suministro para la toma de fármacos que no se correspondían con su tipo de cáncer.

Hemos de coincidir con la Propuesta de Resolución que en relación con los dos primeros, el derecho a reclamar está prescrito, de acuerdo con el art. 67 LPACAP.

En efecto, con independencia de la catalogación del cáncer como daño permanente o continuado, lo cierto es que desde la STS de 28 de junio de 2011, el criterio jurisprudencial es el que sigue:

«En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2000 (RJ 2000, 9384). A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene “proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993, 28 de abril de 1997, 14 de febrero y 26 de mayo de 1994, 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que “el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” ( Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad”.

Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estar al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009, 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 -recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo, insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior, como vemos a continuación es lo acaecido en el supuesto de autos, en el que la reclamación trae causa de la asistencia sanitaria recibida los días 4 y 27 de julio de 2002, de la que recibió el alta médica el 5 de agosto de 2002 con informe que diagnostica tanto la trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo con afectación de la vena iliaca, como la sugerencia de síndrome compartimental por aumento de la presión, posiblemente secundaria a su trombosis venosa, esto último recogiendo a su vez el informe de 31 de julio de 2002 tras la prueba R.M. vascular de miembros inferiores. Padecimiento que daría lugar a controles ambulatorios, nuevos informes emitidos a instancia de la Inspección Médica y al Dictamen-propuesta de 8 de junio de 2004 del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social que describe el cuadro clínico anteriormente constatado,

siendo de esta manera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada en fecha 3 de diciembre de 2004 viene referida bien a unos daños somáticos cuya determinación se concretó en la fecha del alta médica y desde entonces cuantificables, que aún no estabilizados en dicho momento son previsibles conforme una evolución patológica ya conocida, bien a un posterior trastorno adaptativo por la situación económica y laboral resultante, que si bien consecuente con las limitaciones funcionales de la dolencia no puede considerarse estrictamente como “secuela” de la trombosis venosa, ni por tanto hacer renacer el plazo de prescripción que se dejó transcurrir desde aquella determinación, tal como fue apreciado en la Sentencia de instancia que desestimó el recurso contencioso-administrativo por extemporaneidad, que hace innecesario el análisis del restante motivo del recurso de casación».

De tal criterio jurisprudencial se desprende que el *dies a quo* para la determinación del plazo de prescripción en el presente caso no puede ser otro que el de la *actio nata*, esto es, ha de estarse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución el alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende.

El interesado alega que conoció en agosto de 2009 los alarmantes resultados de la analítica: PSA- Antígeno prostático específico 16.8; que pese a que fue valorado y se le pautó ecografía escrotal, no fue hasta abril 2011 que solicitó nuevamente que le hiciesen una nueva analítica en su centro de salud, que evidenció que el índice de PSA había subido notablemente respecto al de agosto de 2009, llegando al índice de 52, lo que motivó que le realizasen una biopsia de próstata, y que lamentablemente objetivó el diagnóstico de cáncer de próstata. A partir de ahí fue preciso realizarle una serie de pruebas para determinar con exactitud el alcance de la enfermedad: el informe de Gammagrafía ósea de fecha 22 de julio de 2011 objetivó la metástasis ósea en pelvis y fémur izquierdo. Por tanto, al menos desde esa fecha los interesados eran conocedores del alcance de su patología en relación tanto con el diagnóstico tardío con respecto a 2009 como con la no realización de la ecografía y, por tanto, es a partir de ese momento cuando empieza a correr el plazo de un año para reclamar. Presentada la reclamación el 16 de enero de 2017, es patente que es extemporánea.

Siendo ello así -y como reiteradamente hemos manifestado-, no procede entrar en el fondo de esas dos reclamaciones.

2. Cosa distinta es la reclamación relativa al suministro de fármacos que no se correspondían con su tipo de cáncer.

Pese a que los reclamantes aducen que el 8 de enero de 2016 recibieron esos fármacos y que el 13 de enero de 2016 inyectaron al paciente la medicación semestral para el cáncer de próstata, tras la cual sufrió cefaleas y subida de tensión arterial que no remitieron con la medicación habitual, y que no fue hasta el 16 de enero de 2017 cuando presentaron la reclamación, se entiende que no había prescrito su derecho a reclamar porque, por un lado, no se percataron hasta meses después (marzo de 2016) de que se le habían suministrado fármacos erróneamente, y porque, por otro lado, la Administración sanitaria reconoce que efectivamente por error se le suministraron esos medicamentos, pero no en la fecha que alegan los interesados sino en fecha sin determinar pero posterior a febrero de 2016. En cualquiera de los casos, por tanto, sin haberse agotado el año de prescripción que establece el art. 67 LPACAP, por lo que se debe entrar en el fondo de la cuestión.

## IV

1. El reclamante ubica el inicio de subidas de Tensión Arterial (síntoma de la toma errónea de los medicamentos) en fecha 13 de enero de 2016 y relaciona esta circunstancia a la «entrega en fecha 8 de enero de comprimidos de Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg indicados en otros procesos oncológicos en lugar de la entrega de Zytiga (Abitaterona) que tenía prescrito».

Sin embargo, la Propuesta de Resolución (siguiendo el criterio del SIP) considera los blísters con los referidos comprimidos no podían estar incluidos dentro de los facilitados (224) por la Farmacia hospitalaria en fecha 8 de enero de 2016 ya que en esa fecha se le hace entrega de dos frascos de medicamentos (Zytiga) y no de blíster de medicamentos sueltos reenvasados. Razona que en la fecha de cada cita se hace entrega al paciente del número exacto de comprimidos precisos para cubrir el número de días que van a transcurrir hasta la fecha de revisión siguiente. Situándonos en la fecha indicada por el paciente, 8 de enero de 2016, el número de días que transcurren hasta la siguiente cita, en fecha 4 de marzo de 2016, es de 56. Partiendo de la dosis diarias (1000 mg = 4 comprimidos) se le entrega 224 comprimidos para la cobertura de medicación hasta la fecha de la siguiente visita. De este modo, en esa fecha se le entrega 2 frascos de Zytiga de 112 comprimidos cada uno y ningún blíster con medicación adicional ya que no hacía falta completar el número de comprimidos contenidos en los dos frascos enteros.

Además, se explica que en fecha 8 de enero no se pudo hacer entrega de comprimidos de Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg al paciente ya que estos medicamentos fueron acondicionados en blíster el 23 de febrero de 2016.

De lo anterior se concluye que la sintomatología manifestada el 13 de enero de 2016 no pudo estar relacionada con los medicamentos Tyverb 250 mg y Votrient 400 mg.

Por ello, las subidas de tensión arterial que el paciente refiere experimentar a partir de esa fecha debió ser un efecto adverso de la medicación indicada para su proceso y no de efecto producido por medicación ajena adquirida en un momento posterior a las primeras manifestaciones de las subidas tensionales.

2. Por el contrario, la Administración sí reconoce que le suministró medicación al paciente erróneamente, pero que sin embargo tal circunstancia, descartado que fueran los síntomas posteriores al 8 de enero, no produjo ningún daño. Ni el interesado alega otros daños que los posteriores al 8 de enero de 2016, ni de la historia clínica se objetivan daños. Antes al contrario, se observa una mejoría en la patología del paciente. Así, con posterioridad a esa fecha, en TAC de 21 de junio de 2016, se expresa ausencia de adenopatías y de alteraciones en marco óseo y partes blandas. Un año más tarde, en relación a posible cambio de medicación, se menciona progresión pero sin embargo en TAC reciente de fecha 6 de junio de 2018 no hay signos de recidiva neoplásica y sólo sigue observándose la lesión ósea en fémur izquierdo (presente con anterioridad en el 2014) que se expresa sin cambios.

Es preciso recordar que, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -actual art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, 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, tal como establece 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. 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 y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *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, como se ha visto, la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que el suministro de fármacos para un cáncer distinto al que padece le ha provocado daños. Sin embargo, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible determinar la responsabilidad de la Administración sanitaria. No se aprecia la existencia de daños evaluables económicamente. Los reclamantes no aportan informes médicos ni otras pruebas que confirmen su existencia, mientras que del examen de la historia clínica y los informes de los Servicios obrantes en el expediente, se concluye con nitidez la ausencia de daños que se deban resarcir.

En suma, pese a que se reconoce la existencia de un error en el suministro al paciente de fármacos distintos a los prescritos para su tipo de cáncer, tal error no ha objetivado en daño que deba ser resarcido.

3. En definitiva, el derecho a reclamar de los interesados tanto por retraso de diagnóstico al no haber realizado las pruebas pertinentes ante los sospechosos índices de PSA, como por la no realización de ecografía, prescribió al presentar la solicitud pasado el año desde que se pudo reclamar; mientras que en el suministro de fármacos que no se correspondían con su tipo de cáncer no se aprecia la existencia de daños resarcible, por lo que hay que concluir que la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados, se considera ajustada a Derecho.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión resarcitoria formulada por los interesados, se considera conforme a Derecho.