



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 8 7 / 2 0 2 0

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de marzo de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 la asistencia sanitaria prestada a (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 38/2020 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 3 de febrero de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 4 de febrero de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (superior a 6.000 €), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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 Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

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.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama (art. 4.1.a) LPACAP) que viene dado por el fallecimiento de su madre, (...), cuya relación de filiación ha quedado acreditada en el expediente.

2. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud (SCS), aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó no sólo por los distintos centros sanitarios del SCS, sino también por el Servicio de Urgencias Canario, servicio gestionado por la empresa Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, en adelante GSC, concertado con el SCS. Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste también presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

3. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la reclamación se interpuso el 27 de abril de 2018, ante la Gerencia de Atención Primaria, que la remite a la Secretaría General del SCS el 2 de mayo de 2018, respecto de un daño consistente en el fallecimiento de la madre de las reclamantes, producido el 29 de abril de 2017.

### III

Las interesadas exponen, como fundamento de su pretensión los siguientes:

- En octubre de 2016 (...), de 87 años de edad y totalmente independiente para las actividades de la vida diaria comenzó a sufrir dolores intensos en la zona costal izquierda que aumentaban día a día, por lo que acude el 29 de noviembre de ese año a consulta médica. Es diagnosticada de artrosis para lo que se recetó analgesia.

- A pesar del tratamiento, los dolores aumentaron y acudió el 19 de diciembre de 2016 a consulta sin cita, y posteriormente el 31 de diciembre de urgencia al Centro de Salud Los Gladiolos. En esta última visita se pautó tramadol. En este momento la afectada ya no era capaz de caminar con normalidad, debiendo trasladarse al domicilio de su hija.

- El día 2 de enero de 2017 acude al médico, quien solicita radiografías para el día 20 de ese mes. Pero los dolores eran tan intensos que deciden realizar el estudio de Rx con carácter privado el día 18 de enero.

- Ese mismo día acude a consulta con las radiografías hechas, pero el médico le indica volver el día 20, tras la realización de la radiografía solicitada por él.

- El día 20 y tras realizar la Rx, es diagnosticada de «dolor de costado torácico, elongación aórtica y listesis L5-S1, espondiloartrosis». A pesar de esto, no se indica nada, ni se solicita informe de especialistas.

Esta fue la última vez que acudió a la consulta, puesto que desde entonces, fueron sus hijas quienes solicitaban asistencia, al no poder acudir la afectada por su pie.

Con fecha 16 de febrero de 2017, la reclamante acude de nuevo a consulta para manifestar su preocupación dado que su madre está cada día peor y los dolores van

en aumento. Ha perdido peso y apetito, sospechando que pueda tratarse de algo más grave que una artrosis.

Le presenta unas pruebas realizadas en centro privado en las que se advierte la existencia de un secundarismo. Solicita que vaya a visitar a su madre al domicilio, a lo que responde que acudirá durante la mañana (tal y como quedó reflejado en Historia Clínica). Pero lo que dejó escrito es que debía acudir ella al Centro de Salud. Por tanto, no acudió a su domicilio.

- El día 20 de febrero acuden a consulta y presentan las pruebas realizadas en centro privado, donde consta la posible existencia de secundarismo óseo, y la importancia de descartar que sean lesiones secundarias.

A pesar de todo esto, se le receta tratamiento con calcio y vitamina D para combatir la osteopenia, pues según su criterio, era lo más urgente en ese momento. Remite a Traumatología con carácter normal (no urgente ni preferente), y solicita Densitometría también con carácter normal.

Relatan los comentarios de su médico acerca de la edad de la afectada, y que era normal sufrir bajones, minimizando así su situación.

- Con fecha 6 de marzo de 2017 se decidió llevar a la paciente a urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por no poder resistir los dolores. Después de estar varias horas amontonada en un pasillo y sin permitir a sus hijas estar con ella, se informa que se le ha administrado una inyección para el dolor por espondiloartrosis, indicando acudir a su médico de cabecera a fin de que la derivara a Traumatología.

Se recibe un trato degradante por parte del personal pues les dicen que no vuelvan a llevar a su madre a urgencias porque estaban muy saturados de trabajo.

- El día 10 de marzo, acuden de nuevo a su médico de cabecera y narran lo ocurrido en urgencias. Su madre está peor y el dolor ha aumentado. Ante su insistencia de buscar la causa, realiza interconsulta a Reumatología, pero con carácter normal.

- Finalmente, el día 15 de marzo su médico de cabecera acude al domicilio y tras una exploración, minimiza el estado de la paciente al anotar que «camina con bastón pero le cuesta (...)» cuando en realidad apenas pudo dar dos pasos con un gran esfuerzo.

- El día 17 de marzo, acuden de nuevo a consulta para los resultados de Reumatología en los que se indica la necesidad de realizar analítica y citar a la paciente con carácter urgente/muy preferente. Se cursa la analítica una vez más con carácter normal. Se realiza el día 29 de marzo, siendo informadas el 5 de abril del mismo año.

Ante el deterioro analítico, se decide interconsulta con Medicina Interna con carácter preferente.

El día 7 de abril (se aprecia error en las fechas), las reclamantes deciden trasladar a su madre en ambulancia hasta el hospital, refiriendo caída en domicilio, con objeto de que fuera valorada en urgencias de forma adecuada, realizando las pruebas diagnósticas pertinentes que confirmaran el diagnóstico que ya se sospechaba desde hacía meses.

A partir de ese momento se deriva a la Unidad del Dolor. En los días posteriores se realizan Rx de pelvis y Gammagrafía.

- Finalmente, y tras sufrir varias complicaciones en el traslado en ambulancia al hospital para realizar las pruebas, el Servicio de Oncología confirma la existencia de múltiples lesiones compatibles con metástasis distribuidas por todas las estructuras óseas.

Se decide ingreso en la Unidad de Paliativos el día 18 de abril de 2017 falleciendo finalmente el día 29 del mismo mes y año.

Las interesadas reclaman por entender que no fue adecuada la asistencia sanitaria prestada a su madre, pues padeciendo un cáncer terminal, el Servicio Público no lo supo detectar en su momento, siendo tratada con calmantes. Entienden que, de haber sido tratada correctamente, con la diligencia y eficacia exigibles, se hubieran realizado las pruebas diagnósticas necesarias que, aunque no hubieran evitado el fallecimiento, sí le hubieran podido proporcionar un tratamiento paliativo adecuado.

Asimismo, reclaman por el trato recibido en el HUNSC, considerado como degradante, entendiéndose que hubo ausencia de información a los familiares sobre el diagnóstico y situación de la paciente.

Finalmente se reclama frente al Servicio de ambulancias, pues el día 7 de abril de 2017, tras ser avisada a las 20:00 horas una ambulancia para traslado de la

paciente a su domicilio, a las 23:20 horas todavía no había llegado. Se avisa por teléfono nuevamente e informan que llegarán sobre las 4 o las 5 de la madrugada.

Se reclama por todo ello una indemnización que se cuantifica de manera cautelar en 40.000 euros, cantidad que no es alterada posteriormente.

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 9 de mayo de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a las interesadas a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éstas reciben notificación el 15 de mayo de 2018, aportando lo solicitado el 22 de mayo de 2018.

- Por Resolución de 23 de agosto de 2018, del Secretario del Servicio Canario de la Salud se acuerda la admisión a trámite de la reclamación con la suspensión del procedimiento hasta la emisión del informe del Servicio, lo que se notifica a las reclamantes el 28 de agosto de 2018.

- El 23 de agosto de 2018 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar la documentación necesaria, lo emite el 23 de septiembre de 2019.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 27 de septiembre de 2019 se insta a las interesadas a que aporten los datos de los testigos propuestos en su reclamación, así como el pliego de preguntas a realizarles, lo que se les notifica el 2 de octubre de 2019.

- Asimismo, el 21 de octubre de 2019, se insta a Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC) a aportar los medios probatorios que tenga por convenientes, de lo que recibe notificación el 24 de octubre de 2019, viniendo aquélla a aportar, el 11 de noviembre de 2019, informe que da respuesta a la reclamación.

- Con fecha 11 de octubre de 2019 se otorga por las reclamantes poder de representación apud acta a abogado, quien comparece en la misma fecha a fin de solicitar acceder al expediente y solicitar copia del mismo, que se le entrega en el acto.

- El 16 de octubre de 2019 se aportan los datos de los testigos propuestos así como pliego de preguntas a realizar.

- El 13 de noviembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y GSC, y se admiten las solicitadas por las interesadas, abriendo periodo para práctica de testifical, lo que se notifica a las interesadas y a GSC el 18 de noviembre de 2019, practicándose la prueba testifical el 27 de noviembre de 2019 con el resultado que obra en el expediente.

- El 13 de agosto de 2019 se confiere a las interesadas y a GSC el preceptivo trámite de vista y audiencia, de lo que reciben notificación el 4 de diciembre de 2019, presentando escrito de alegaciones las reclamantes el 18 de diciembre de 2019.

- El 30 de enero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de las interesadas, que no es informado por el Servicio Jurídico, lo que se justifica *«por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico»*.

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, adecuadamente, como se analizará, la pretensión de las reclamantes en virtud de la historia clínica de la madre de aquéllas y de los informes recabados en la tramitación del procedimiento.

2. Pues bien, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, a cuyo efecto es preciso señalar los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que obran en la historia clínica de (...), tal y como se recoge en el informe del SIP, donde consta:

*«- (...), de 87 años de edad, presenta como antecedentes personales: diabetes Mellitus, HTA, Insuficiencia venosa periférica, Hipertrofia Ventricular Izquierda, polineuropatía diabética, sobrepeso y artrosis.*

*Durante el año 2016 acude a su médico por diferentes razones, y es el día 19 de diciembre de este año cuando acude sin cita, por presentar dolor costal izquierdo que le*

empeora con los movimientos. Se anota en la historia clínica la presencia de dolor escapular irradiado hacia la espalda y costado izquierdo. Niega traumatismos previos. Se pauta tratamiento médico.

Con fecha 31 de diciembre de 2016 acude a Urgencias de otro Centro de Salud, donde es vista por otro facultativo. Se diagnostica de dolor en costado. Pautan tratamiento y remiten a su médico, al que visita el día 2 de enero de 2017.

Se realiza exploración, presentando lumbalgia izquierda-costal que aumenta con el movimiento. Ha mejorado con la medicación (Tramadol), pero le disminuye la dosis por haberle ocasionado náuseas.

Se solicita Rx de tórax y columna dorsal y lumbosacra por dolor de más de un mes de evolución. Se cita para el 20 de enero.

- Con fecha 18 de enero de 2017 y sin comunicarlo a su médico, los familiares de C. la llevan a centro privado donde se realiza Rx de columna dorso-lumbar, con el resultado de cambios degenerativos en esqueleto locorreional (osteopenia, artrosis), sin poder descartar patología discal, a valorar por la clínica. La Rx de tórax resulta normal para la edad de la paciente.

- El día 20 de enero de 2017, se realiza la radiografía por parte del SCS, que demuestra patología degenerativa, sin hallazgo tumoral. Se pauta tratamiento en consonancia.

- Con fecha 15 de febrero de 2017 y nuevamente sin consultar con su médico, se realiza RMN de columna dorsolumbar, con el resultado de espondilosis lumbar acorde a edad con una imagen que, junto con el estudio de columna dorsal, puede plantear la posibilidad de descartar lesiones secundarias. A nivel de D9 y L1 hay imagen compatible con aplastamiento vertebral sugestiva de fractura de cuerpo vertebral D9 osteoporótica.

- El día 17 de febrero de 2017 acude un familiar a la consulta, refiriendo la realización de la RMN, aunque no entregan el informe.

- El 23 de febrero acude de nuevo a especialista privado de Anestesia y Reanimación (Unidad del Dolor), quien, a la vista de las pruebas y el diagnóstico, prescribe tratamiento con analgésicos, calcio, vitamina D, antiinflamatorios y corsé toracolumbar.

Requiere ser vista por Radiología Intervencionista para valorar vertebroplastia. Se recomienda realizar Gammagrafía ósea para descartar etiología secundaria de fractura. Este informe tampoco es entregado a su médico de cabecera.

Desde el 23 de enero hasta el 20 de febrero de 2017 no acuden a consulta con su médico de cabecera. El día 17 de febrero solicitan visita en domicilio a otro facultativo, comentando la existencia de RMN donde se ha visto patología en vértebra D9 de dudoso diagnóstico de fractura.



- El día 20 de febrero de 2017 sí acude a su médico de cabecera aportando informe de centro privado en el que consta el diagnóstico de aplastamiento vertebral D9 osteoporótica, así como el tratamiento recomendado, comentando que el tratamiento sugerido y definitivo es la reconstrucción de la vértebra. No aportan más información.

En este momento, su médico de cabecera lo que sabe es que presenta fractura vertebral osteoporótica con aplastamiento. Sobre esta idea plantea el tratamiento.

- Los familiares refieren que van a hablar con la Clínica (...) para hacer la reconstrucción vertebral con carácter privado por ser más rápido. Esta reconstrucción se lleva a cabo en el mes de marzo de 2017 en centro privado.

- El tratamiento que se la ha pautado (Prolina) puede producir necrosis mandibular. Por ese motivo ha de ser valorada previamente por Odontología, especialidad a la que es remitida por su médico de cabecera. Se informa de ello a la paciente y a sus familiares.

- El día 23 de febrero acude al médico de cabecera una de las hijas de (...), solicitando pañales de incontinencia urinaria indicados por su médico en visita domiciliaria previa y fuera de su horario de trabajo, y que no queda registrada en historial médico.

- El día 6 de marzo de 2017 (...) acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por dolores. Tras la exploración se diagnostica espondiloartrosis. Se añade en informe el diagnóstico emitido por médico privado. Se trata con antiinflamatorios en urgencias, y control por su médico de cabecera.

- A primeros de marzo, la misma doctora de cabecera refiere que acude a domicilio, de nuevo fuera de su horario de trabajo, y aconseja remisión a Reumatología para estudio más profundo de su patología, ya que la paciente presentaba pérdida de peso añadido al dolor.

La familia manifiesta estar de acuerdo con el estudio por parte del Servicio Público, además del que se efectúe con carácter privado.

- El día 10 de marzo, una de las hijas acude al centro de Salud y se remite a (...) a Reumatología en consulta virtual. Se aporta Documentación de traumatólogo privado así como las Rx del SCS.

- El 15 de marzo se realiza nueva visita domiciliaria, observando a la paciente con dolor lumbar irradiado a la pierna y que mejora con el reposo.

- El día 17 de marzo, el Servicio de Reumatología contesta la consulta virtual informando que se han valorado las Rx del día 20 de enero, determinando que en las imágenes se objetivan datos de espondiloartrosis y acuñaamiento de D10, no impresionando la D) de fractura-aplastamiento. Refiere la reumatóloga que se citará en consulta de forma urgente, y no iniciar tratamiento con Prolina hasta ser valorada por el Servicio.

*Se solicita analítica sobre determinados parámetros y acudir al hospital el día de la cita aportando las pruebas para pautar tratamiento adecuado. Se produce cierto retraso en la cita para la extracción de la analítica, puesto que la enfermera tuvo dificultad para contactar por teléfono con la familia.*

*El día 21 de marzo es intervenida en (...) con carácter privado de vertebroplasia percutánea por la fractura de D9, con leve mejoría posterior. No se comunica a su médico de Atención Primaria, sino que se da esa información a los especialistas del HUNSC posteriormente.*

*- El 5 de abril de 2017 la médica de cabecera, a la vista de la analítica, remite a la paciente al Servicio de Medicina Interna Hospitalaria. Se realiza EKG, toma de constantes y exploración general, tal y como estaba pautado para esa fecha.*

*- El 6 de abril de 2017 responde Medicina Interna: "impresiona de metástasis, la citaremos en consulta".*

*Es trasladada en ambulancia a Urgencias del HUNSC por caída casual sobre la cama, golpe en cadera izquierda y contractura de musculatura dorso-lumbar. Es explorada y presenta dolor en cadera izquierda a la movilización, sin deformidad ni focalidad neurológica.*

*Se valoran antecedentes patológicos previos y se realiza interconsulta con la Unidad del Dolor.*

*- El 10 de abril de 2017 acude a consulta de Oncología Radioterápica hospitalaria donde se solicitan pruebas diagnósticas (TAC, Gammagrafía ósea y marcadores tumorales).*

*- El día 11 de abril acude sin cita a su médico de cabecera solicitando ambulancia urgente para acudir a la Unidad del Dolor, con juicio diagnóstico de artrosis y epondilosis lumbar con imagen en columna dorsal que podría ser secundaria, a la espera de las pruebas diagnósticas solicitadas.*

*- El día 12 de abril se realiza Gammagrafía con contraste, estudio articular con diagnóstico de metástasis óseas múltiples en esqueleto axial y apendicular.*

*- En TAC de 13 de abril, se arroja como resultado, múltiples lesiones líticas compatibles con metástasis distribuidas por todas las estructuras óseas.*

*- En visita a la Unidad de Cuidados Paliativos de 18 de abril de 2017, donde es emitida desde Oncología Radioterápica, la paciente expresa su deseo de ser ingresada. Se informa las hijas y se ingresa en esta unidad, con antecedentes de metástasis óseas múltiples de cáncer primario no filiado. Sospecha de mala evolución a corto plazo, informando a la familia al respecto, y acordando tratamiento paliativo únicamente, según protocolo de la Unidad.*

*- Con fecha 29 de abril de 2017, fallece finalmente sin signos de sufrimiento y acompañada de sus familiares».*

3. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación de las interesadas es preciso distinguir varias cuestiones:

1) Por un lado, reclaman las interesadas por la asistencia sanitaria que se prestó a su madre, pues entienden que, padeciendo un cáncer terminal, el Servicio Público no lo supo detectar en su momento, siendo tratada con calmantes, cuando, de haber sido tratada correctamente, con la diligencia y eficacia exigibles, se hubieran realizado las pruebas diagnósticas necesarias que, aunque no hubieran evitado el fallecimiento, sí le hubieran podido proporcionar un tratamiento paliativo adecuado.

En este sentido, resulta importante destacar que la paciente estaba siendo tratada paralelamente por la sanidad privada y la pública, sin que, por parte de los familiares de la paciente, se aportaran a la sanidad pública todos los documentos relativos a las atenciones dispensadas en la privada.

Pues bien, respecto a esta cuestión, la Propuesta de Resolución analiza pormenorizadamente la reclamación, a la luz, especialmente, del detallado informe emitido el 24 de mayo de 2018, por la Dra. (...), Facultativo especialista en Medicina de Familia que atendía a la paciente en su Centro de Salud (folios n.º 89 y ss.).

Señala aquélla que la primera vez que atendió a (...) fue el 31 de octubre de 2016, para control de la tensión arterial, solicitando analítica de sangre y orina con objeto de controlar sus problemas de salud (folio n.º 168). Posteriormente es vista para valoración de la analítica el 14 de noviembre de 2016, donde se informa de que los resultados están dentro de la normalidad, salvo presencia de bacterias en orina, por lo que se recoge muestra para cultivo de orina, que resulta normal, y así se comunica a la paciente el 29 de noviembre de 2016 cuando acude a buscar los resultados, y a solicitar ibuprofeno. Rechaza paracetamol, como analgésico sugerido por la doctora dada la edad de la paciente, justificando que el efecto del ibuprofeno le duraba una semana (folio n.º 172).

Hasta este momento no le refiere dolor específico de costado.

Tal y como consta en la historia clínica, el día 19 de diciembre es cuando por primera vez acudió la paciente a su centro de salud, sin cita, refiriendo dolor costal, anotando en la anamnesis la doctora: *«la paciente padece dolor en región escapular irradiado hacia espalda y costado izquierdo, por lo que ha acudido a urgencias. Niega traumatismos previos al dolo»*.

Posteriormente, el 31 de diciembre acude a otro centro de salud manifestando dolor costal (folio n.º 172).

El 2 de enero de 2017 acude a su centro de salud, donde es vista por un médico sustituto, citándola para radiografía dorsal, lumbo-sacra y tórax el día 20 del mismo mes.

Su doctora la ve de nuevo el día 18 de enero y considera que el tratamiento pautado por la sustituta controlaba el dolor, citando de nuevo dos días después a sus hijas para valorar las radiografías pendientes para ese día (folio n.º 174).

Paralelamente, ese mismo día 18 de enero acuden a centro privado para valoración radiológica, con el diagnóstico de cambios degenerativos en esqueleto locorregional (folio n.º 39). La conclusión en este estudio es, según refleja el informe radiológico: "Estudio sin hallazgos de significado patológico para la edad" (folio n.º 40).

El día 20 de enero, acude a su centro de salud su hija para valorar la radiografía realizada en aquella fecha, y le explica las imágenes y diagnóstico de espondiloartrosis, lo que coincide con el diagnóstico privado: patología degenerativa ósea, sin poderla relacionar con metástasis ósea mediante las imágenes radiológicas, ni en Atención Primaria ni en atención médica privada.

Como señala el SIP en su conclusión 2: *«Se trata según los resultados de la Rx, una patología crónica, de una patología crónica, y más teniendo en cuenta edad de la señora, 87 años, era de esperar los diagnósticos radiológicos. La presencia de procesos crónicos, en este caso osteomusculares, enmascaran otros problemas en la población anciana».*

Además, a ello se une el hecho de que, sin pretenderlo, la familia, con la continuación de seguimiento en el ámbito privado paralelamente del que no se facilitaba a la sanidad pública sino parte de los resultados, distorsionó la búsqueda del diagnóstico correcto. Así, destaca el SIP que la paciente sigue a posteriori estudio privado, con traumatólogo, y el 15 de febrero de 2017 se realiza RMN de columna dorso-lumbar en el ámbito privado, si bien sólo se facilita a la médica de familia cuando acude el día 20, el informe del traumatólogo donde consta espondilosis lumbar acorde a edad y aplastamiento vertebral sugestiva de fractura de cuerpo vertebral D9 osteoporótica, mas no se aporta informe de la RMN que plantea la duda de posible secundarismo de origen de la lesión vertebral, ni tampoco el informe del especialista del dolor privado. Sin embargo sí consta que la familia desea seguir con tratamiento de aplastamiento en ámbito privado.

Así, el día 20 de febrero acuden las hijas de la paciente y le informan que han acudido a traumatólogo privado, donde le habían diagnosticado un aplastamiento vertebral, siendo esto el motivo del dolor. Aportan informe que queda registrado en historia clínica «fractura aplastamiento cuerpo vertebral D9, osteoporótica» (folio n.º 175). El traumatólogo privado le recomienda la vertebroplastia como tratamiento definitivo, y que tratarían de que se le realizara en (...) con carácter privado porque con la Sanidad pública iban a tardar mucho. Es finalmente intervenida el 21 de marzo de 2017, lo que no se le comunica a la médica de cabecera. Sólo se tiene constancia de esta intervención en abril, cuando la señora ya está ingresada y seguida por el SCS.

A partir de aquel momento, y en contra de lo que refieren las reclamantes, se empieza a hablar de la fractura y aplastamiento como motivo del dolor, y no de artrosis.

El 22 de febrero de 2017 también acude la paciente a consulta privada de especialista del dolor, reanimación y anestesia, cuyo informe tampoco se facilita a la médica de cabecera.

Informa la Dra. (...) que antes del día 23 de febrero y sin poder precisar la fecha exacta, acude al domicilio por el dolor costal de la paciente, cada vez mayor, y de nuevo a principios de marzo acude al domicilio. Es en esta fecha cuando las hijas le comentan que, además de continuar con el dolor, su madre está comiendo menos y solicitan que sea vista además de por especialistas privados, por el SCS. Es remitida a Reumatología para estudio en profundidad.

Acude al domicilio el día 15 de marzo (se registra el día 17 del mismo mes y año), y en ese momento presenta dolor agudo lumbar que se irradia a pierna pero que cede con el reposo, y que coincide con la descripción hecha por el Dr. (...) de la Unidad del Dolor efectuada el 22 de febrero de 2017 a instancia del Dr. (...), traumatólogo privado (folio n.º 43).

Ese día 15 de marzo realiza exploración cardiopulmonar y control de constantes. Estaba pendiente la respuesta a la consulta virtual de Reumatología. Solicitó una analítica debido a un descenso de peso.

Hasta ese momento presentaba una analítica completamente normal cuatro meses antes, con Rx de tórax normal y sin sintomatología que hiciera pensar en un

proceso maligno (manchado vaginal, heces con sangre, etc). Confirma con las hijas que pasarían a solicitar la analítica y ver la interconsulta de Reumatología.

A esta consulta virtual responde la especialista en Reumatología, y sugiere seguir con el tratamiento y realizar analítica (folio n.º 177). En este caso, tampoco esta especialidad observa datos en las radiografías que le hagan sospechar la presencia de metástasis, pues consta que su impresión diagnóstica era de Espondiloartrosis y acúñamiento de D10, y enfocando el tratamiento hacia una posible fractura osteoporótica, a pesar de que las imágenes no le sugerían fractura-aplastamiento.

La enfermera intentó contactar con la familia para realizar la extracción en el domicilio, pero no fue posible (folio n.º 181). Posteriormente acude la hija y se programa la extracción para el día siguiente.

A partir de este momento, y a la vista de la analítica y del descenso de peso, se desencadena la atención por los distintos Servicios que concluiría con el diagnóstico de metástasis.

Así, el 5 de abril de 2017 y delante de sus hijas, realiza consulta virtual con Medicina Interna (folio n.º 182).

El 11 de abril acude su hija sin cita para solicitar ambulancia. Refiere que la llevaron a urgencias y fue vista por el oncólogo quien le pidió Gammagrafía y Rx de pelvis. También tenía cita en la Unidad del Dolor, donde fue vista ese mismo día. La doctora cuenta que atendió a la reclamante entre paciente y paciente pues ésta tenía prisa, y que solicitó la ambulancia para ser trasladada con acompañante, a pesar de que la propia reclamante refiera que se solicitó sin acompañante. Así, la doctora señala que ella siempre tuvo en cuenta la mejor atención a la paciente, y por ello se hizo la petición al servicio de ambulancias elaborando un informe justificando la necesidad de que el traslado fuera con acompañante, a pesar de que, por defecto, salen sin acompañante (familiar), si bien siempre acompañado por un sanitario.

El 17 de abril de 2017, una de las hijas acude sobre las 14:30h-14:45h, solicitando un nuevo traslado en ambulancia.

Ese mismo día la paciente quedó ingresada en el HUNSC, remitida desde el Servicio de Radioterapia, donde tenía cita, permaneciendo en dicho hospital hasta su fallecimiento.

La Dra. (...) finaliza exponiendo que existían pruebas diagnósticas e informes solicitados por especialistas privados, que constan en el expediente administrativo y

de los cuales nunca tuvo conocimiento, pero acudían a ella para repetir medicación recetada por sus médicos especialistas privados. A ella nunca le comunicaron que le iban a realizar una vertebroplastia hasta el día 21 de marzo de 2017.

Concluye el referido informe que en todo momento se prestó la debida y adecuada atención sanitaria, actuando correctamente, acudiendo a domicilio cuando fue requerida y atendiendo tanto a la paciente como a los familiares cada vez que lo precisaban. Añade que, en numerosas ocasiones, la familia de la paciente se presentaba en medio de la consulta, sin ningún tipo de cita, y siempre resolvía sus demandas.

Los tratamientos y sus pautas fueron acordes a las patologías referidas, atendiendo incluso a los informes emitidos fuera del ámbito público sanitario, y en interés de la paciente.

Rechaza rotundamente las manifestaciones expuestas en reclamación inicial, y que las pruebas analíticas, radiografías de tórax y la clínica no pusieron de manifiesto una patología maligna de entrada, que afectó, según los hechos expuestos, tanto a los profesionales públicos como a los privados.

Por su parte, informa el Coordinador del Servicio de Urgencias del HUNSC, el 1 de octubre de 2018, respecto a la asistencia del día 6 de marzo de 2017 (Folio n.º 191), y expone que ese día (...) fue atendida por dolores generalizados en espalda y caderas. Se procedió a la exploración física y una vez descartada patología aguda urgente que requiriese tratamiento médico o quirúrgico urgente (siendo éste el cometido de los servicios de urgencias), se administró tratamiento sintomático y se recomendó seguimiento por su médico de cabecera.

Añade el SIP, que llama la atención el hecho de que los servicios médicos privados que intervinieron la fractura vertebral no estudiaron el secundarismo, siendo en el SCS donde se diagnostican finalmente las metástasis óseas.

Hasta ese diagnóstico, tanto en la Sanidad pública como en la privada no se manifestaba de las pruebas y estudios realizados en una y otra, metástasis tumoral.

Como señala el SIP, la paciente empieza con una clínica osteomuscular, se realizan Rx, tanto en pública como en privada, que hablan de artrosis (ya padecida por la paciente) y patología degenerativa. También presentaba como antecedente polineuropatía diabética. Dada la clínica y las Rx, en estos casos no se realizan pruebas especiales, sino que se pauta atoramiento y se sigue valorando.

En este caso, (...) pierde peso por astenia, con lo que se añade una clínica más definida, en marzo de 2017, que es cuando se remite al hospital. Tras la analítica solicitada en el servicio hospitalario, surgen los signos de alarma y se remite al instante a Medicina Interna que rápidamente contesta con la posible existencia de un cuadro de metástasis.

Se desencadena el estudio de la paciente por parte de varios servicios: Urgencias, Unidad del dolor, Oncología Radioterápica y se demuestra, tras la realización del TAC y Gammagrafía ósea, que presenta múltiples metástasis óseas.

No se encuentra el tumor primario, pero es una situación común en estos casos. La paciente ingresa y se instauran medidas paliativas para evitar el sufrimiento.

2) En cuanto a la queja relativa a la falta de información de la familia, queda desvirtuada, habiendo estado, tanto la paciente como su familia, informados en todo momento de la asistencia sanitaria dispensada. Así se deriva de la instrucción del procedimiento, al quedar demostrado que los familiares eran informados continuamente, pues acudían ellos mismos a consulta, concretamente las hijas de la paciente, tanto acompañando a su madre como sin ella. Acudían para ser informadas de las respuestas de las interconsultas, acudían sin cita a la consulta y siempre eran atendidas, como ha informado detalladamente la Dra. (...).

Como bien señala la Propuesta de Resolución, si hubo déficit de información fue precisamente de los familiares hacia su médico de cabecera, pues le ocultaron pruebas de imagen y tratamiento quirúrgico, pudiendo ser esta información relevante para el manejo de la paciente por su médico de cabecera, determinando una descoordinación entre la asistencia pública y la privada.

3) Respecto a la tardanza de la ambulancia solicitada en acudir para realizar el traslado del HUNSC a su domicilio el día 7 de abril de 2017, informa la Dirección Territorial del SUC de Tenerife con fecha 18 de septiembre de 2018 (folios n.º 188 y 189), y en este informe, (...) expone que el día señalado se recibe solicitud de transporte sanitario desde el HUNSC hasta domicilio, con camilla y plaza para acompañante. Explica que la Mesa de Transporte Sanitario No Urgente (MTSNU) presta dos tipos de servicios: los traslados programados, que son los solicitados con antelación y para los que se organizan las rutas correspondientes en la fecha solicitada; y los diferidos que son aquellos que se solicitan el mismo día, sin programación, y por lo que deben ser insertados en las rutas ya establecidas, esperando a que se disponga de plazas según las características solicitadas para el mismo.



En este caso se trataba de un traslado diferido, con requerimiento de camilla y plaza para acompañante.

Se añade en el referido informe, que, además, el día de los hechos, la MTSNU sufrió una demanda elevada de servicios de transportes diferidos, de tal manera que a la hora en que se recibió la petición de traslado que nos ocupa, quedaban aún por efectuar otros cuya solicitud eran anteriores y con la misma prioridad.

La MTSNU es la responsable de movilizar todos los recursos sanitarios de transporte no urgente de los que dispone el servicio, conforme a un criterio médico que prioriza los traslados en relación con los diagnósticos de los pacientes que están a la espera de ser trasladados.

En este caso, (...) fue valorada y recibió asistencia en un centro hospitalario, y se encontraba a la espera de ser trasladada a su domicilio. Durante esta espera los pacientes permanecen en el hospital, pudiendo solicitar información y asistencia hasta la llegada de la ambulancia. La integridad de la paciente no corría peligro.

A todo lo informado, añade la Propuesta de Resolución, oportunamente, que la solicitud de este traslado no era urgente y además, requería de dos criterios concretos: traslado en camilla y con plaza de acompañante, lo cual, limitaba más las posibilidades de vehículo.

4. Por todo lo expuesto cabe concluir que en todo momento la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*, tanto desde el punto de vista asistencial, tanto en Atención Primaria, como en el Servicio de Urgencias del HUNSC y en el resto de los Servicios implicados, como desde el punto de vista de la información facilitada a la paciente y a la familia. Asimismo, fue acorde a la *lex artis* la atención prestada por el Servicio de ambulancias.

5. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el 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 este caso, las reclamantes no han aportado prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por las interesadas.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.