



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 115/2020

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de mayo 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 129/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 11 de marzo de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 12 de marzo de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (por ser 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).

También son de aplicación, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 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 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.

* Ponente: Sra. de León Marrero.

3. Está legitimada para solicitar el dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

6. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se interpuso el 26 de marzo de 2019 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado tras resección quirúrgica realizada el 31 de octubre de 2018, resultando de su análisis en Anatomía Patológica *«metástasis compatible con tumor primario colorrectal»*.

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

9. A la tramitación del procedimiento en que se ha aprobado el presente dictamen, le ha resultado de aplicación el RD 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado RD, se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo

que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

- El 9 de junio de 2014 solicita que se le realice eco abdominal en el Hospital General de La Palma (HGLP). Se le realizará el 13 de febrero de 2015.

- Con fecha 6 de noviembre de 2014 acude al Servicio de Cirugía Digestiva del HGLP derivada por su médico de cabecera, por presentar sangrado rectal. Tras la realización de rectoscopia, fue diagnosticada de hemorroide interna. Tras acudir de nuevo por sangrado incesante, la doctora le indica que si el sangrado aumenta, se valorará cirugía/colonoscopia.

- A pesar de que el sangrado continuaba, lo único que se le realiza es una ecografía abdominopélvica el 13 de febrero de 2015, sospechando que se trataba de un cólico biliar. Aunque estaba indicada la colonoscopia, no se realiza esta prueba.

- Debido a la negativa del SCS a practicar colonoscopia, transcurridos 18 meses desde la consulta en la que se indica valorar la realización de colonoscopia, acude a los Servicios de Urgencia del Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Saint Boi de Llobregat). Tras ecoendoanal, el médico ve clara la necesidad de realizar colonoscopia y biopsia. En el resultado de la colonoscopia se describe como presencia de una lesión de aspecto neoproliferativo que afecta aproximadamente a un 40% de la circunferencia, friable, y que sangra fácilmente tras tomar biopsias de la misma. La citología confirma que se trata de un Adenocarcinoma de tipo intestinal, bien diferenciado (grado bajo) infiltrante.

- El 22 de mayo de 2017 se realiza TAC con resultado de Adenopatía perirrectal izquierda, sospechosa.

- El día 30 de mayo de 2017, se realiza Ecografía transrectal que expresa «neoplasia a 1 cm. No realizada por dolor y ansiedad».

- El día 1 de junio de 2017 se realiza RMN con «Hallazgos compatibles con tumor rectal bajo con afectación del canal anal e infiltración del esfínter interno». Adenopatías perirrectales patológicas. Estadio T4 N1-M2.

- Con fecha 11 de julio de 2017 comienza tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia neoadyuvante, que finaliza el 21 de agosto de 2017.

- El 6 de noviembre de 2017 se realiza amputación abdominoperineal, con infección posterior de la herida perineal, motivo por el que se retrasó el inicio de la Quimioterapia post cirugía, la cual finalizó el 10 de abril de 2018.

Se realiza colostomía de descarga terminal permanente.

- En marzo de 2018, se diagnostica fístula vaginal. El 17 de octubre del mismo año se realiza TAC toracoabdominal, observando tres nódulos pulmonares inferiores a 5 mm, no pudiendo descartar que se tratara de metástasis.

- El 24 de octubre de 2018 se realiza RMN cerebral, con lesión solidoquística cerebelosa izquierda, sugestiva de metástasis. En comité de neurocirugía se decide resección quirúrgica, con resultado de metástasis compatible con primario colorrectal.

- El día 21 de enero de 2019 se realiza TAC toracoabdominal con el resultado de crecimiento milimétrico y muy leve de los nódulos pulmonares. No imágenes sugestivas de metástasis abdominales.

- El 30 de enero de 2019, el comité Funcional de Pulmón valora las imágenes descubriendo que hay, al menos, cinco metástasis pulmonares.

- El 17 de febrero de 2019, se prescribe tratamiento de quimioterapia para la metástasis pulmonar.

La interesada reclama porque entiende que ha existido un retraso de diagnóstico. Alega que desde comienzos del año 2014 había signos de la existencia de una lesión de carácter oncológico, concretamente, desde la consulta del 9 de junio de 2014 en el HGLP. Manifiesta que el HGLP ha actuado negligentemente, dado que ese retraso -de más de dos años- hizo que la enfermedad se agravara (estadio

avanzado T4) y con metástasis, extendiéndose a otros órganos (cerebro y pulmones), por lo que solicita una indemnización que cuantifica en 578.895,38 euros.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP. No obstante, 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 (art. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 28 de marzo de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 2 de abril de 2019.

- El 4 de abril de 2019 se aporta escrito de mejora, mediante representación que se realiza por apoderamiento *apud acta* el día 5 de abril de 2019. Mediante tal escrito se solicita la realización de determinadas pruebas.

- Por Resolución de 8 de mayo de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que ésta recibe notificación el 13 de mayo de 2019.

- El 9 de mayo de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 6 de septiembre de 2019, tras haber recabado la documentación médica oportuna, entre otras, la historia clínica de la paciente obrante en los distintos centros asistenciales y el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HGLP.

- El 7 de octubre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, a excepción de la consistente en informe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Canarias, por constar ya informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HGLP y del SIP respondiendo al objeto de la reclamación formulada. Asimismo, se aclara que el dictamen del Consejo Consultivo no se recaba en fase probatoria, sino que se emite tras la Propuesta de Resolución. Por otro lado, se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso

este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello recibe notificación la reclamante el 10 de octubre de 2019.

- El 7 de octubre de 2019 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 10 de octubre de 2019, si bien no consta la presentación de alegaciones.

- El 9 de marzo de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar: *«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico»*.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Paciente con AP de obesidad grado III, hipotiroidismo, HTA.

Desde 2013 estaba siendo valorada por el Servicio de Endocrinología del Hospital de La Palma por obesidad e hipotiroidismo.

El 9 de junio de 2014 es valorada en primera visita por el Servicio de Cirugía del Hospital de La Palma debido a síntoma de dolor en hipocondrio derecho, además presenta dispepsia, a la exploración captan dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, resto exploración abdominal normal.

Se solicita Ecografía abdominal. Suponen un posible origen biliar. La paciente no acude a realizarse la Ecografía.

El 25 de septiembre de 2014 acude a médico de cabecera refiriendo que desde hace 2 meses presenta sangrado rectal de sangre roja sobre caca, en ocasiones con moco. Remite al cirujano con el diagnóstico de rectorragias.

El 6 de noviembre de 2014 es valorada de nuevo por el Servicio de Cirugía General del Hospital General de La Palma, anotan: "paciente que acude por sangrado rectal y moco, no dolor abdominal, salvo ocasional en hipocondrio derecho, por el que ya acudió a esta consulta y no se realizó la Ecografía, no acudió a la cita. Se indica Rectoscopia y diagnostican un paquete hemorroidal interno grande, juicio diagnóstico de hemorroides interna. Y el plan diagnóstico terapéutico es el siguiente: "de momento no veo indicado estudio, observación, si el sangrado aumenta o anemia valorar cirugía/Colonoscopia, y solicita nuevamente Ecografía."

El 17 de noviembre de 2014 es valorada en Salud Mental, tras ser remitida por médico de cabecera por conducta alimentaria inadecuada, no presentando psicopatología.

El 13 de marzo de 2015 acude de nuevo al servicio de cirugía a "control y a resultados de la Ecografía".

La Ecografía abdomino-pélvica muestra el hígado con probable infiltración grasa del mismo. Resto abdomen no observan patología.

2.-Desde el 25 de septiembre de 2014 hasta la fecha en que ya estaba siendo tratada por carcinoma de recto en Barcelona el 3 de octubre de 2018, en las variadas ocasiones en que acudió a su médico no se quejó nunca de rectorragias, dolor abdominal, etc. Además, en el periodo del 22 de mayo de 2015 a 23 de junio de 2016, más de un año, no aparece por la consulta de su médico de cabecera, no hay referencia alguna de la paciente en los servicios de Atención Primaria, tampoco en la especializada en Canarias.

Cuando acude el 23 de junio de 2016 (y en ese momento acude por opresión torácica y malestar) ya está en otro médico de cabecera en Tenerife, no en La Palma, donde tampoco hay alguna referencia de asistencia antes de esa fecha.

3.- Según informe presentado por la paciente y reclamante y realizado el 19 de junio de 2017 en Consultas Externas de Oncología médica del Instituto Catalán de Oncología, en marzo de 2017 el primer síntoma ocurre en marzo de 2017 con la presencia de rectorragia con coágulos. Este informe es el primero en fechas de su historial; posteriormente no se encuentran referencias a la patología descrita.

El 15 de mayo de 2017 se realiza Colonoscopia. Se confirma lesión de aspecto neoproliferativo exofítica, que afecta aproximadamente al 40% de la circunferencia, que sangra fácilmente a las tomas de biopsia de la misma.

Se encuentra en el recto la lesión desde 3 a 9 cm del margen anal.

La Anatomía Patológica demuestra Adenocarcinoma de tipo intestinal, bien diferenciado, infiltrante. Se realiza TAC toracoabdominal, se encuentra adenopatía perirrectal sospechosa. Ecografía transrectal no realizada por dolor y ansiedad. Analítica general normal, CEA de 4,7Nng/l. CEA es el antígeno carcinoembrionario.

La Resonancia Magnética rectal el 1 de junio de 2017 demuestra: hallazgos compatibles con tumor rectal bajo con afectación del canal anal e infiltración del esfínter interno, espacio interesfinteriano infiltrado y músculo elevador del ano derecho, adenopatías perirrectales izquierdas patológicas, estadio T4 N1-N2, también infiltra la fascia perirrectal y meso rectal T4 N1-N2 M0. Se comenta en Comité y se considera candidata a quimioterapia y radioterapia Neoadyugante.

El 11 de julio inicia quimioterapia y radioterapia. El 6 de noviembre de 2017 se realiza amputación abdominoperineal. Resultado Anatomía Patológica: Adenocarcinoma mucinoso, de alto grado, con invasión perineural, ganglios positivos 2 de 16. ypT4pN1b,GR4.

El 17 de octubre de 2018, el TAC toracoabdominal no demuestra la presencia de metástasis. En pulmón lesiones nodulares sin descartarse metástasis.

RMN cerebral que demuestra lesión en cerebelo que colapsa el IV ventrículo y produce discreta hidrocefalia, leve herniación amigdalal (...)

Recidiva cerebelosa y pulmonar, diagnóstico en octubre de 2018.

Se decide resección quirúrgica por el Comité de Neurooncología el 25 de octubre de 2018. Ésta se realiza el día 31 del mismo mes. La Anatomía Patológica de la pieza escindida resulta metástasis compatible con tumor primario colorrectal.

Tras estudio genético se detecta mutación en el gen KRAS.

Se realiza tratamiento con radioterapia estereotáxica fraccionada, terminando esta el 24 de diciembre del 2018. Pendiente a 15 de enero de 2019 de completar estudio con TAC y valoración de la enfermedad pulmonar para definir actitud terapéutica.

Se realiza TAC toracoabdominal el 17 de enero de 2019 el abdomen libre de lesiones tumorales y persistencia en pulmones de nódulos no pudiendo descartarse la metástasis. En Comité médico se valoran imágenes el 30 de enero de 2019 de las que se consideran metástasis pulmonares y se descarta tratamiento local, se realizará tratamiento sistémico. El tipo de tratamiento quimioterápico es pautado en Barcelona.

La paciente el 27 de febrero de 2019 acude a su nueva médica de cabecera en Canarias, refiriendo que desea realizarse la quimioterapia en Canarias, y se remite a Oncología hospitalaria».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el reciente Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de

responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Pues bien, consta en el expediente, el informe del SIP, del que, una vez analizada la historia clínica de la reclamante, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

Si bien la reclamante señala que hubo un retraso de su diagnóstico durante más de dos años, por no habersele realizado colonoscopia desde que acudiera a consulta el 9 de junio de 2014, ha de señalarse lo siguiente:

1) En primer lugar, en consulta del 9 de junio de 2014, consta que acude por dolor en hipocondrio derecho y dispepsia. En este momento, tras exploración y sospecha de un posible origen biliar, se le solicita ecografía.

Ha de decirse al respecto, que en ese momento no se realizó la prueba indicada porque la paciente no acudió al Servicio de Radiología cuando fue citada. Es decir, no pudo ser valorada su dolencia por causa imputable a la propia paciente y no al SCS.

Pero, en todo caso, la sintomatología expresada en aquella consulta no tiene relación alguna con sintomatología rectal, que es manifestada por primera vez el 6 de noviembre de 2014.

Como señala el SIP, Los signos/síntomas de sospecha de CCR (carcinoma colorectal) son:

- Rectorragia con alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria persistente más de seis semanas, en cualquier edad.
- Alteración del hábito intestinal, diarrea y/o aumento de la frecuencia defecatoria, sin rectorragia, persistente más de seis semanas, en personas de más de sesenta años.
- Rectorragia persistente sin síntomas anales (prurito, disconfort, hemorroides, proctalgi, fisura, prolapso), en personas de más de sesenta años.
- Masa palpable en fosa ilíaca derecha, en cualquier edad.
- Masa palpable en recto, en cualquier edad.
- Anemia inexplicada por debajo de 11 g/dL de Hb en hombres, en cualquier edad.
- Anemia inexplicada por debajo de 10 g/dL de Hb en mujeres postmenopáusicas.
- Tacto rectal positivo.

Sin embargo, no es sino hasta el 6 de noviembre de 2014, fecha en que por primera vez la paciente acude a consulta con nueva sintomatología, donde uno de los síntomas puede tener relación con el CA colorrectal: rectorragia, expulsión de moco y dolor abdominal ocasional en hipocondrio derecho.

Por ello, en esa consulta se realiza rectoscopia, que pone de manifiesto la presencia de paquete hemorroidal interno grande, sin lesión tumoral y se le solicita nueva ecografía que es informada el 13 de febrero de 2015.

Mas, aunque la interesada señala que persistió el sangrado (rectorragia) y no se le hacía colonoscopia, añadiendo la afirmación de que *«a la vista del aumento de síntomas que evidenciaban enfermedad y ante la negativa del Servicio Canario de la Salud de practicarle una Colonoscopia, en Barcelona acude al Servicio de Digestivo*

del Hospital San Juan de Dios», ha de señalarse que, si bien el aumento o persistencia de sangrado haría necesaria la realización de otras pruebas o tratamientos, sin embargo desde el 6 de noviembre de 2014, tras valoración de la historia clínica de Atención Primaria, la paciente no vuelve a quejarse de rectorragias, pero sigue acudiendo a su médico de cabecera en distintas ocasiones por distintas circunstancias, ninguna relacionada con la rectorragias.

Además, desde el 22 de mayo de 2015 a 23 de junio de 2016, no acude al médico de Atención Primaria, por lo que se desconoce su estado de salud durante más de un año. Y cuando, finalmente, el 23 de junio de 2016, acude por opresión torácica, no advierte síntomas digestivos y/o rectorragias.

2) Por otra parte, ha de señalarse que la paciente es diagnosticada de un carcinoma de recto el 17 de mayo de 2017. Al respecto, la reclamante presenta junto a su reclamación inicial, informe del Instituto Catalán de Oncología, de 19 de junio de 2017 en el que se indica que el primer síntoma de la patología ocurre en marzo de 2017. Este es el primer informe que se refiere a la rectorragia. Previo a dicha fecha no hay datos sobre la misma (folio n.º 91). Coinciden fechas con la asistencia de la paciente a San Juan de Dios en Barcelona, comenzando entonces una cadena de estudio con colonoscopia y biopsia, objetivándose entonces lesión sospechosa y tras biopsia se diagnostica adenocarcinoma. La colonoscopia en Barcelona se realiza el 15 de mayo de 2017. En este momento el tumor sólo existía en la zona del recto, no en el resto del colon, que estaba libre del mismo, por lo que la rectoscopia hubiera diagnosticado igualmente el tumor.

Y es que, en este sentido, el informe del SIP aclara que cuando se realiza un estudio de todo el intestino grueso hablamos de colonoscopia o endoscopia digestiva baja, y cuando se realiza un estudio únicamente de la porción final del intestino grueso (recto y sigma) hablamos de rectoscopia o sigmoidoscopia, o rectosigmoidoscopia, añadiendo que este estudio se realiza con un sistema de Alta Resolución que permite imágenes nítidas, aun de lesiones pequeñas. Cualquier tumor rectal cuyo margen distal se encuentre a 15 cm o menos del margen anal mucocutáneo debe ser clasificado como rectal y se vería en esta prueba.

Así, señala el SIP:

«La rectoscopia del 6 de noviembre de 2014, realiza la visión del recto, lo mismo que la colonoscopia, la diferencia es que la colonoscopia estudia toda la longitud del colon, es en lo

que se diferencian, pero es que la lesión posteriormente diagnosticada estaba en el recto, visible con la rectoscopia».

Por ello, además de la ausencia de sintomatología rectal con carácter previo, concluye el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HGLP que probablemente el tumor se desarrolló tras la rectoscopia, pues, dado que inicialmente sólo ocupaba el recto, de haber existido antes, habría sido igualmente diagnóstica mediante la rectoscopia.

En cuanto a este carcinoma, explica el citado informe, *«Existen dos grandes grupos de pacientes que padecen adenocarcinomas no asociados a poliposis: el síndrome de Lynch tipo 1 en el que sólo está aumentado el riesgo de cáncer colorrectal y el tipo 2 en el que se asocia además con otros tumores. El síndrome Muir-Torre, es ahora considerado como un fenotipo del Síndrome Lynch, que se caracteriza por presentar, además, tumores cutáneos sebáceos. El tiempo de desarrollo en la mucosa es menor, de media, unos tres años y afecta a pacientes más jóvenes que el asociado a poliposis».*

Es a este grupo de pacientes al que pertenece la reclamante, concluyendo, una vez más, que el tumor bien pudo desarrollarse posteriormente al momento en que se realizó la rectoscopia (informe del especialista en Cirugía General y Digestiva del HGLP, folio n.º 185).

Por tanto, dado lo expuesto, debemos concluir que la actuación del SCS fue siempre conforme a la *lex artis*, es decir, se realizaron las pruebas y los tratamientos necesarios de acuerdo con los signos y síntomas que la paciente iba presentando en cada momento. Y desde luego en el 2014, como ya se explicó, los síntomas no eran coincidentes con el 2017, donde su cuadro clínico cambió. Por otro lado, entre ambas fechas la paciente acude a Atención Primaria por distintos motivos, ninguno relacionado con la rectorragia, cuyo primer síntoma se referirá en marzo de 2017. Es por lo que no cabe apreciar relación causal entre el daño reclamado y la actuación del SCS, ni, en consecuencia, daño antijurídico alguno.

5. En relación con la carga probatoria, 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En este caso, la reclamante no ha aportado prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Tampoco presentó escrito de alegaciones en contra de los documentos médicos recabados por la instrucción del procedimiento, por lo que no ha aportado prueba alguna que desvirtúe las conclusiones de la Administración y permita fundamentar la responsabilidad de ésta.

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 la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.