



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de junio de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 193/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 18 de junio de 2018, a instancias de (...), como consecuencia de los perjuicios morales causados en la asistencia sanitaria prestada a su madre en dependencias del SCS, donde falleció.

2. La interesada reclama una cantidad 96.162 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 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, 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

* 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.

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

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 la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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. A la tramitación del procedimiento en que se aprobó el presente Dictamen le resultó 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 al despacho 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.

7. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión -y, por ende, la nulidad de lo actuado-, obste un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada reclama por la negligente actuación del personal médico que la atendió en el centro de salud de su barrio Cruce de Arinaga - Agüimes. Así mismo se señala en la documentación aportada que (...) padeció un cáncer con múltiples metástasis y que había acudido durante meses a su centro de salud por vómitos reiterados, pérdida de peso dolor intenso sin que le hubiera hecho ningún tipo de pruebas o tratamiento, sino antiácidos.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«- Paciente de 70 años de edad con antecedentes de depresión, hipertensión y diabetes. Espondilosis lumbosacra (2005). Epigastralgia (2009) valorada en consultas externas de Digestivo. Disnea de esfuerzo desde 2014 en seguimiento por cardiólogo.

El día 21 de febrero de 2017 acude a su centro de salud por presentar: «(...) disnea postprandia (dificultad respiratoria después de comer) refiere cuando come y camina no sabe explicar muy bien, desde hace dos años (...)».

Por parte de su médico, Dra. (...), se cursa petición de consulta al Servicio de Digestivo.

Es valorada el 30 de marzo de 2017 por especialista en Digestivo y consta: « (...) sufre episodios de pirosis con regurgitación ácida, además aerofagia y pesadez de estómago, no dolor abdominal, no alteración del hábito intestinal. No pérdida de peso. No disfagia».

Esto es, no existen síntomas y signos de alarma como pérdida de peso, vómitos recurrentes, disfagia progresiva y datos de pérdida hemática por el tubo digestivo.

Se procede a solicitar determinación de Helicobacter Pylori. La infección por Helicobacter pylori afecta aproximadamente a más del 50% de la población y desempeña un papel fundamental en la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico.

Se pauta tratamiento sintomático con procinéticos (mejoran el vaciamiento gástrico y el tránsito intestinal) + IBP (inhibidor bomba protones. Antisecretores). Se recomienda interconsulta con Cardiología por la dificultad respiratoria de esfuerzo.

C.- Es valorada por Cardiología el 26 de abril de 2017, se propone nueva ergometría y modificación de la medicación.

El resultado de la determinación de Helicobacter pylory en heces es negativo: 29.06.17.

En consulta de revisión por especialista en Digestivo en la fecha 12 de julio de 2017 con el diagnóstico de dispepsia se pauta tratamiento con inhibidor de la bomba de protones que disminuye la cantidad de ácido que genera el estómago así como medidas dietéticas.

D.- El 13 de septiembre de 2017 manifiesta a su médico de atención primaria que ha acudido a médico privado que le prescribe diazepam y que se encuentra mejor.

Esto es, por parte de médicos en régimen privado tampoco se valora la existencia de patología susceptible de otro tipo de pruebas.

Hasta este momento ha sido valorada por distintos facultativos en régimen público y privado, así como por especialista en Digestivo.

E.- No acude a su centro de salud hasta el 14 de noviembre de 2017, por dorsalgia y coxalgia. Se realizan radiografías que indican la presencia de proceso artrósico. Las consultas posteriores solo hacen referencia a clínica traumatológica siendo derivada a Traumatología el 19.12.17. Es diagnosticada de discartrosis severa lumbar. Fue valorada asimismo por traumatólogo privado. Analítica el 20.11.17 en rango de normalidad.

El 18 de enero de 2018 es valorada por médico especialista en Rehabilitación siendo el diagnóstico lumbalgia inespecífica.

F.- En consulta de 20.02.18 la médico de cabecera solicita ecografía abdominal preferente por: «(...) dolor de cuatro meses de evolución constante diurno y nocturno progresivo en flanco derecho (...) Sospecha de cólico nefrítico o sospecha de litiasis biliar (...)».

El 28 de febrero de 2018, manifiesta nuevamente epigastralgia y se describe por el médico de familia, Dra. (...): «(...) No quiere hacerse endoscopia. Pongo esomeprazol un mes y cuando venga pedir endoscopia (...)».

La posibilidad de endoscopia debe valorarse en función de la sintomatología y del riesgo subyacente de patología grave, especialmente neoplásica. Se sugiere mantener un alto índice de sospecha clínica y no retrasar excesivamente la endoscopia en pacientes con síntomas recurrentes, como el presente caso.

G.- El 2 de marzo de 2018, con carácter privado por el Dr. (...) le prescribe Suxidina® comp., con propiedades antieméticas y procinéticas para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, así como en los trastornos funcionales del aparato digestivo.

El 8 de marzo de 2018, con carácter privado se somete a endoscopia. La exploración no puede completarse por encontrar restos alimenticios a pesar del ayuno. Por la sospecha de obstrucción gástrica, se recomienda repetir endoscopia.

H.- 14.03.18: Centro de Salud. La médico de cabecera, Dra. (...) por epigastralgia, coxalgia con signos de alarma deriva a la paciente al Hospital (...) para valoración.

El 15 de marzo de 2018 ingresa en planta de hospitalización del Hospital (...): «(...) acude por cuadro de dolor abdominal de 4 meses de evolución que localiza en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos asociados a la ingesta. Cuadro que se acompaña de dificultad defecatoria y pérdida de peso \pm 10 Kg durante este tiempo (...)».

I.-Se realizaron cuántas pruebas se estimaron necesarias: Analíticas, ecografía abdominal, Endoscopia digestiva alta (E.) que arrojó la existencia de gastritis y estenosis en bulbo duodenal visualizando úlcera de 0.5 cm (?). Endoscopia digestiva baja con hemorroides.

Asimismo se realizaron: Tac-s Torácico y abdomen que mostraron lesiones sugestivas de metástasis de primario desconocido, Colangiografía, ecografía vaginal, mamografías bilaterales.

Por otra parte: Punción biopsia de tiroides y ganglio de axila izquierda, cuyo resultado anatomopatológico inicialmente sugería células de tumor de origen mamario.

Asimismo la biopsia de la úlcera duodenal sugería infiltración neoplásica.

Transcurrido un mes, y como quiera que a pesar de todas la pruebas no existía diagnóstico aún, se decide traslado al Servicio de Oncología del CHUIMI.

J.- Ingresa el 20 de abril de 2018 en el CHUIMI. El 26.04.18 se realiza nueva endoscopia digestiva alta tomando muestras del bulbo duodenal.

K.- En Tac realizado el 30 de abril de 2018, entre las posibilidades diagnósticas se menciona la necesidad de descartar hasta cuatro tipos de neoplasias: mamaria, duodenal, endometrio y cérvix uterino.

L.- Tras la biopsia del bulbo duodenal se diagnostica de Adenocarcinoma duodenal pobremente diferenciado (alto grado) tipo difuso (patrón crecimiento infiltrativo), con células en anillo de sello.

Los adenocarcinomas de células anillo de sello del intestino delgado son extremadamente raros. La presencia de células en anillo de sello en el bulbo duodenal no tiene una clara explicación histológica, si bien podría tratarse de una mucosa gástrica heterotópica.

Recibe sesiones de radioterapia antiálgica paliativa en región lumbar en el Hospital Universitario Dr. Negrín.

El 7 de mayo de 2018 se traslada a la Unidad de Cuidados Paliativos del CHUIMI y prosigue evolución desfavorable siendo exitus el 7 de junio de 2018.

CONSIDERACIONES

Los adenocarcinomas primarios del intestino delgado son neoplasias malignas muy raras.

Existen pocos datos bibliográficos para guiar las decisiones diagnósticas y terapéuticas a seguir en estos casos. Debido a la baja prevalencia de esta enfermedad, su diagnóstico no se encuentra entre las primeras posibilidades diagnósticas en pacientes que presentan cuadros clínicos compatibles con tumoraciones digestivas altas. Incluso al realizar el diagnóstico, existen divergencias en el momento de instaurar tratamiento. Su baja frecuencia ha impedido la existencia de grandes series que permitan extraer conclusiones sobre su patogenia, su diagnóstico y su tratamiento.

El adenocarcinoma de intestino delgado es un tumor poco frecuente, localizado con más frecuencia en el duodeno pero también con menos frecuencia en el yeyuno y el íleon, que suele descubrirse en una etapa avanzada en la 6ª o 7ª década de vida.

Su aparición poco frecuente, en comparación con las neoplasias de estómago y colon, va acompañada de síntomas clínicos inespecíficos. Las consecuencias son un retraso significativo en el diagnóstico y la detección de la enfermedad avanzada e incurable con la cirugía.

Los tumores del intestino delgado suelen dar síntomas vagos e inespecíficos. Es por ello por lo que su diagnóstico suele realizarse en un estadio avanzado cuando las expectativas terapéuticas son más limitadas y el pronóstico más incierto.

La enfermedad en etapas tempranas es habitualmente asintomática. La sintomatología se manifiesta como dolor abdominal, náuseas, vómitos, disfagia, anorexia, pérdida de peso, masa abdominal, heces oscuras con sangre, anemia o sangrado, ictericia. Los mismos síntomas pueden asociarse con afecciones menos graves que el cáncer, como la enfermedad del intestino irritable o la enfermedad inflamatoria del intestino.

La resección quirúrgica amplia de las lesiones tempranas es el único tratamiento potencialmente curativo. Sin embargo, sólo es posible en una minoría de pacientes.

El Adenocarcinoma de duodeno es un tumor con gran tendencia a la invasión local, más que las metástasis a distancia, que se encuentran, por orden de frecuencia, en los ganglios regionales, hígado y pulmón.

Pronóstico del cáncer de intestino delgado: El pronóstico es malo dado que alrededor del 80% de los casos tienen diseminación metastásica en el momento del diagnóstico. No en vano, la supervivencia a los 5 años de la resección quirúrgica es inferior al 20%. La utilidad de la quimioterapia o la radioterapia no está bien establecida.

La supervivencia global a 5 años es de 22% a 30%. La supervivencia media es de 19 meses.

Las tasas de supervivencia desglosadas son las siguientes: estadio I: 65%; estadio II: 48%; estadio III: 35%; Estadio IV: 4%.

CONCLUSIONES

1.- La actuación de la médico de atención primaria se ajusta a la clínica presentada, con derivación a los especialistas en Digestivo y Traumatología.

2.- En el adenocarcinoma de duodeno es un tumor poco frecuente. Los signos que muestran la presencia de este tumor no son claros ni concretos y, además, suelen aparecer en una fase en la que la enfermedad se encuentra en un estado avanzado.

3.- La valoración efectuada no solo por su médico de atención primaria, sino por especialistas en Digestivo, Cardiología, Traumatología y Rehabilitación, así como por

los especialistas privados a los que acudía, desde el 21 de febrero de 2017 no sugería proceso tumoral.

Es en la consulta de 14 de marzo de 2018 cuando se aprecian signos de gravedad y por la médico de atención primaria se deriva, a cargo del servicio Canario de la Salud, al Hospital (...) para estudio.

4.- Es tan cierta la dificultad en el diagnóstico que desde dicha fecha, aun encontrándose en fase diseminada, practicando infinidad de pruebas es imposible determinar el origen del tumor primario, estableciendo la posibilidad de hasta 4 tipos de procesos oncológicos distintos (mama, duodeno, cérvix y endometrio), hasta dos meses después, con el resultado de la anatomía patológica el 7 de mayo de 2018.

5.- Entendemos que la asistencia sanitaria ha resultado adecuada a la clínica presentada.

No obstante lo anterior, comoquiera que por la reclamante se determina una cuantía de 96.162 € como indemnización efectuaremos una valoración: Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación:

Artículo 61. Valoración de las indemnizaciones por causa de muerte:
Reclamante: Descendiente. Hija mayor de 30 años.

- Perjuicio personal básico (tabla 1.A)

Hijo que tenga más de 30 años: 20.000 €

- Perjuicio personal particular (tabla 1.B)

Artículo 73. Perjuicio particular por fallecimiento del progenitor único.

El fallecimiento del único progenitor vivo del perjudicado constituye un perjuicio particular que se resarce mediante un incremento de la indemnización por perjuicio personal básico del: 25%, en el caso de hijos mayores de veinte años. 5.000 €.

Entendiendo que en todo caso existiría una situación de pérdida de oportunidad y que la supervivencia global a 5 años es de 22% a 30%. Se propondría una reducción del 70%, lo que supondría una indemnización por 7.500 €».

3. Dictado acuerdo probatorio y abierto el preceptivo trámite de audiencia, por la interesada no se formularon alegaciones.

4. No obstante lo anterior, ante la desestimación presunta de su solicitud, la reclamante formuló recurso contencioso-administrativo, tramitándose ante el Juzgado Contencioso-Administrativo número 1 de Las Palmas de Gran Canaria el procedimiento ordinario número 221/2019, del que no consta resolución.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, finalmente fallecida, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos dichos en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero), en el ámbito de la sanidad, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. La interesada reclama porque ante determinados síntomas que padecía su madre [vómitos reiterados, pérdida de peso, dolor intenso, etc. (...)] durante meses en los que acudió a su centro de salud, no se le hicieron ningún tipo de prueba o tratamiento, sino antiácidos, resultando que finalmente padeció un cáncer con múltiples metástasis, lo que supone una actuación negligente de la doctora que la trató.

Del análisis de la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha existido negligencia, ni retraso en el diagnóstico, pues como afirma el SIP, *«el adenocarcinoma de intestino delgado que padecía resultó ser de muy difícil diagnóstico, tal y como se ha revelado en la descripción de los hechos, a pesar de la multitud de pruebas realizadas. La paciente fue diagnosticada y tratada a la luz de los síntomas que fue presentando».*

Prosigue el SIP, en relación al citado adenocarcinoma, destacando su dificultad diagnóstica, de aparición poco frecuente, sin síntomas clínicos específicos, trayendo ello como consecuencia *«un retraso significativo en el diagnóstico y la detección de la enfermedad avanzada e incurable con la cirugía».*

Señala el citado informe que, en etapas tempranas, la enfermedad es asintomática, y que, cuando manifiesta sintomatología, ésta es similar a la de otras afecciones menos graves.

En el presente caso, la sintomatología que presentaba la madre de la reclamante no hacía sospechar proceso tumoral, lo que se desprende de su historia clínica de atención primaria, no siendo hasta el 14 de marzo de 2018 cuando se aprecian signos de gravedad y es remitida al Hospital (...).

Se manifiesta esa falta de sintomatología y la dificultad en el diagnóstico en que, desde dicha fecha, aun encontrándose en fase diseminada, practicando infinidad de pruebas, fue imposible determinar el origen del tumor primario, estableciéndose la posibilidad de hasta 4 tipos de procesos oncológicos distintos (mama, duodeno, cérvix y endometrio), hasta dos meses después, con el resultado de la anatomía patológica el 7 de mayo de 2018.

Concluye el SIP que la actuación en atención primaria se ajustó a la clínica que presentaba la paciente siendo correctamente derivada a los Servicios de Digestivo y Traumatología.

En definitiva, que la asistencia sanitaria prestada fue acorde con la sintomatología que presentaba la paciente en cada momento, no existiendo sospecha de proceso tumoral, no pudiendo a la vista del resultado final atribuir mala praxis o entender que debieron utilizarse medios distintos y ello de conformidad con la doctrina jurisprudencial expuesta.

Por ello, este Consejo entiende que no ha habido infracción de la *lex artis ad hoc*, por lo que la atención sanitaria no puede calificarse de negligente ni antijurídica.

3. Pero a mayor abundamiento, como hemos afirmado en numerosas ocasiones (ver por todos el reciente Dictamen 65/2020, de 3 de marzo) la doctrina del Tribunal Supremo es clara al mantener la «*prohibición de regreso*» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial. Así, por ejemplo, en la Sentencia 8/2010 de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que:

«La valoración del nexo de causalidad exige ponderar que el resultado dañoso sea una consecuencia natural, adecuada y suficiente, valorada conforme a las circunstancias que el buen sentido impone en cada caso, y es evidente que para responsabilizar una determinada actuación médica no sirven simples hipótesis o

especulaciones sobre lo que se debió hacer y no se hizo, cuando la extracción por vagina estaba médicamente justificada y no era posible exigirle otra distinta una vez conocido el resultado.

La lex artis supone que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una forma de actuación. Implica por tanto la obligación del médico de realizar aquellas pruebas necesarias atendiendo el estado de la ciencia médica en ese momento, incluidos los protocolos indicativos para seguimiento de un embarazo y de un parto normalizado, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».

Como venimos diciendo en numerosos pronunciamientos, a la luz de la jurisprudencia citada, no deben enjuiciarse las actuaciones médicas ex post facto, sino ex ante, dados los síntomas y la clínica que presentaba el paciente en cada momento. Y es a partir de estos datos que se formularon los distintos diagnósticos, tratamientos y pruebas efectuadas a la paciente en cada fase, y conforme a las distintas patologías que presenta y a la evolución de cada una en cada momento.

Como se dijo, pues, dados los datos obrantes en la historia clínica de la paciente y en los distintos informes recabados, entendemos que la toma de decisiones fue conforme a la *lex artis*, pues se fueron realizando pruebas en función de la sintomatología que presentaba la paciente, sin que el retraso en el diagnóstico en ningún caso pueda considerarse un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, dadas las dificultades que presenta el adenocarcinoma de intestino delgado.

4. En definitiva, de los datos anteriormente expuestos se infiere que hubo un correcto funcionamiento del servicio sanitario, de lo que resulta la inexistencia de la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público

sanitario y el *exitus* por el que se reclama, circunstancia que trunca el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, lo que lleva a este Consejo a concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.