



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 8 0 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de marzo de 2021.

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. 21/2021 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por oficio del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias el 18 de enero de 2021 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo de fecha 20 de enero de 2021) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía de 180.000 euros reclamada, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También es aplicable la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Igualmente, son de aplicación 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

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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 (...), al haber sufrido un daño moral derivado de la asistencia sanitaria prestada a su pareja y padre de sus hijos [art. 4.1.a) LPACAP].

En relación con la legitimación activa, resulta aplicable la doctrina contenida en los Dictámenes de este Consejo Consultivo n.º 245/2015, de 6 de julio; 405/2015, de 6 de noviembre o 360/2019, de 10 de octubre, de los cuales resulta que la legitimación de la pareja del paciente fallecido se ejerce a título propio, en concepto de daño moral, por los lazos afectivos que le unían a él, y no a título hereditario, ya que el fallecido nunca ejerció en vida una acción que pudiera integrarse a su muerte en su patrimonio ni estamos ante un supuesto en que estuviera perfectamente determinado el alcance real del daño sufrido y por el que se reclama, con anterioridad al fallecimiento de la víctima.

2. 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.

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

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 citada Ley 11/1994.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC 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 Secretaría 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.

4. 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. La reclamación se interpuso con fecha 20 de junio de 2018, habiéndose producido el *exitus letalis* de la pareja de la reclamante el 21 de junio de 2017.

### III

La interesada expone en su escrito de reclamación, como fundamento de su pretensión, en esencia lo siguiente:

- *«El 12 de julio de 2016 acude con dicha prueba a consulta privada del Dr. (...), Jefe de Traumatología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), que lo remitió a Urgencias del HUNSC, para ser valorado.*

- *El 13 de julio, tras valoración, ingresa en el Servicio de Traumatología del HUNSC y se le realizan diferentes pruebas: Scanner PET, Resonancia Magnética y biopsia ósea con resultado negativo para malignidad. El estudio de PET refleja: “Estudio PET compatible con lesión en hueso ilíaco que afecta a partes blandas, con afectación locorregional ganglionar e implantes”.*

- *El 22 de julio, se le realiza biopsia de partes blandas que se remitió al Hospital del (...), Barcelona. Es dado de alta del Servicio de Traumatología del HUNSC y es remitido a oncología médica para continuar estudio hasta diagnóstico definitivo.*

- *El 2 de agosto de 2016, ingresa en el Servicio de Oncología Médica con diagnóstico de Linfoma B de alto grado difuso, Linfoma B linfoblástico.*

- *El 5 de agosto, durante su ingreso, se realiza biopsia de médula ósea y el 8 de agosto comienza con tratamiento de quimioterapia. Alta el 11 de agosto, se le propone acudir el 18 de agosto para tratamiento con vincristina y reingresar el 29 de agosto para metotrexate.*

- *El 11 de agosto, día en que recibe el alta, llega informe de Barcelona en relación a la Biopsia de partes blandas enviada. Sorprendentemente, en dicho informe se suscribe:*

*“La interpretación de este caso es difícil. Se plantean varios diagnósticos diferenciales posibles: 1.- Linfoma/ leucemia linfoblástica B.*

*2.- Linfoma folicular.*

*3.- Linfoma B de alto grado transformado a partir de linfoma folicular. Este informe fue totalmente obviado por los médicos.*

- *El 18 de agosto de 2016, ingresa en urgencias por neutropenia grado IV, trombopenia grado II, bacteriemia por *stafilococcus aureus*, con foco en vía central. Tratamiento sintomático y se le da el alta el día 31 de agosto.*

- El 5 de septiembre, ingresa nuevamente para quimioterapia: Diagnóstico Linfoma B linfoblástico estadio III. Alta el 6 de septiembre. Se le propone reingreso a partir del 27 de septiembre de 2016.

- El 28 de septiembre ingresa para quimioterapia: 2º ciclo. Le tocaba vincristina el 9 de octubre de 2016, pero no consta que fuera llamado para este ciclo y no consta que se haya puesto.

- El 18 de octubre de 2016, acude a urgencias por posible infección de catéter, ingresa en oncología. Síndrome afebril, hipopotasemia. Anemia moderada. Tratamiento con antibióticos y transfusión. Alta el 19 de octubre.

- El 21 de octubre, se le realiza nuevo PET/TC de cuerpo completo: Se observa importante disminución del tamaño y de la actividad metabólica observada en pala ilíaca y masa de partes blandas adyacentes al hueso ilíaco izquierdo. Mejoría tras el cuarto ciclo de quimioterapia.

El documento hace referencia en todo momento al 4º ciclo de quimioterapia, sin embargo, el 28 de septiembre de 2016 había ingresado para el 2º ciclo y el 14 de noviembre ingresó para la administración de la primera parte del 3er ciclo. Recibe el alta el 18 de noviembre de 2016.

- Ingresó el 12 de diciembre de 2017, supuestamente, para la administración de la 2ª parte del 3er ciclo, sin embargo, en el informe de alta de este período del 12 al 16 de diciembre de 2016, se establece alta del 4º ciclo. En el informe de alta, consta reingreso a partir del 4 de enero de 2018, reingreso que nunca se produjo.

- El 25 de enero de 2017, se realiza PET de control: "Área alta captación glucídica en espina ilíaca anterosuperior izquierda con SUV máximo de 5, 41, que no estaba presente en el estudio previo (21/10/16) pero sí en el inicial (15/07/16). Foco de consumo 148F-FDG en médula ósea esternal izquierda que podría corresponder con área medular que ha disminuido su reactividad. Conclusión: Progresión de la enfermedad ilíaca."

- El 1 de febrero de 2017 se realiza biopsia de médula ósea, resultado el 15 de febrero de 2017: "Médula ósea infiltrada por linfoma B (...)".

- El 7 de marzo de 2017, empeoramiento. Dolor en la zona lumbar que irradia hasta la rodilla.

- El 12 de marzo acude a Urgencias del HUNSC por aparición de hematomas espontáneos junto con pancitopenia. Se realiza analítica y tras resultados, se recomienda el ingreso.

- El 13 de marzo de 2017, es ingresado en el Servicio de Hematología del HUNSC. Se confirma el diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica B, uno de los diagnósticos que constaba en el informe de Barcelona, de 11 de agosto de 2016.

- El 14 de marzo de 2017, el paciente solicita el alta voluntaria del Servicio de Hematología para su traslado al HUC, dada su pérdida de confianza en los médicos que lo trataban y ello por:

- El descontrol y las continuas incidencias en sus ingresos para la aplicación de tratamiento.

- Desconocimiento absoluto del ciclo de quimioterapia en que se encontraba.

- En el último alta lo enlazaban para nuevo ingreso el 5 de enero y posteriormente le comentan que no, que no iban a administrarle más ciclos de quimioterapia.

- Tuvieron que informar de su situación hasta a ocho oncólogos diferentes, cada uno con su criterio y su opinión en cuanto a la administración de la medicación y los procedimientos.

- El 15 de marzo de 2017, ingresa en el Servicio de Hematología del HUC, en donde se inicia tratamiento quimioterápico. Alta el 29 de abril de 2017, dentro del programa de aplasia domiciliaria.

- Ante la falta de respuesta de tratamiento, el 9 de mayo de 2017, comienza tratamiento con Blinatumomab, con el objetivo de preparar al paciente para trasplante de médula. Ese tratamiento no da resultados y se opta por un nuevo medicamento experimental, pero se va produciendo el empeoramiento del estado general, produciéndose su fallecimiento el 21 de junio de 2017.

De acuerdo con lo expuesto, la interesada reclama porque considera que ha existido error de diagnóstico y un mal control y seguimiento de la enfermedad de (...), en el HUNSC, por lo que solicita una indemnización de 180.000 € por daños morales derivados de su fallecimiento».

## IV

1. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

1.1. La reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Canario de la Salud (SCS) se interpone el 20 de junio de 2018.

La interesada solicita una indemnización de 180.000 € por responsabilidad patrimonial del SCS, ya que entiende que hubo deficiente diagnóstico y seguimiento de la enfermedad de su pareja.

1.2. Mediante Resolución del Director del SCS de fecha 22 de junio de 2018, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de los informes preceptivos

correspondientes y de la Historia Clínica del paciente. La Resolución se notifica a la interesada el 26 de junio de 2018.

1.3. Con fecha 3 de julio de 2019 el SIP emite informe, que acredita la sucesión cronológica de hechos y a partir de ellos formula las siguientes conclusiones:

*«1.- Conocido el informe inicial de Anatomía Patológica, con el diagnóstico de Linfoma B Linfoblástico, según la hoja de la Sección de Oncología, se informa al paciente y familiar de resultados y estadio de enfermedad así como de posible tratamiento con quimioterapia, antes de la cual se le realizarán pruebas complementarias incluida la biopsia de médula ósea. La actuación era coherente con los datos que se iban conociendo a través de los estudios realizados. Desde el inicio, el paciente estuvo adecuadamente informado tanto del diagnóstico, como de las posibilidades terapéuticas.*

*2.- El informe final del estudio anatomopatológico (11/08/16) de partes blandas (de la masa iliaca izquierda) describe el diagnóstico de Leucemia/Linfoma linfoblástico B, planteándose un diagnóstico diferencial con leucemia linfoblástica B, linfoma folicular y linfoma B de alto grado. Este diagnóstico diferencial es el procedimiento mediante el cual el médico identifica una determinada enfermedad y para ello va excluyendo otras posibles enfermedades que puedan ser semejantes. Es por ello que, teniendo en cuenta la clínica del paciente, los estudios analíticos (incluido el hemograma), los estudios de imagen y de extensión del proceso patológico y el estudio histológico e histoquímico se plantea que no hay leucemización y que el juicio diagnóstico hasta ese momento, aún pendiente de conocer el resultado de la biopsia de médula ósea es el de Linfoma B linfoblástico o lo que es lo mismo Linfoma linfoblástico B, diagnóstico que es el adecuado, que no crea confusiones, y es el que se informó al paciente tanto verbalmente. como en el informe del alta, como así corresponde.*

*3.- Ingresada de forma programada en fecha 28/09/16 para continuar tratamiento con 2º ciclo. La analítica de control realizada 48 horas previas, muestra neutropenia grado III y anemia grado III. Refiere fiebre con sensación de escalofríos desde hace una semana, con flogosis faríngea, sin datos de infección pultácea, por lo que fue valorado por su Médico de Atención Primaria (MAP). El catéter Hickman no es supurativo (curado por enfermería).*

*4.- Tras recuperación de neutropenia, iniciado tratamiento antibiótico y administración de dos concentrados de hematíes, recibe el 2º ciclo de quimioterapia. iniciado en fecha 29/09/16 al 03/10/16 con ARAC (Citarabina liposomal). Es decir. su historia clínica muestra adecuadamente tanto el ciclo como el tipo de tratamiento administrado.*

*5.- Debido a toxicidades hematológicas a pesar de factores profilácticos, así como infecciones del catéter, no se pudo administrar las dosis de Vincristina de refuerzo entre ciclos, o sea, tampoco se ha pedido ninguna dosis de Vincristina por causa injustificada o achacable al Servicio de Oncología.*

6.- En el informe de la prueba PET/TAC evolutiva, realizada tras dos ciclos de quimioterapia, en fecha 21/10/16, que describe importante mejoría, el Radiólogo (que no es el Médico encargado de su tratamiento) describe erróneamente que el paciente ha recibido 4 ciclos de quimioterapia (probablemente influido por la buena respuesta al tratamiento) condición esta que no interfiere ni modifica la evolución de la enfermedad ni de su tratamiento.

7.- Posteriormente el paciente, tal como indica la historia clínica, en fecha 14/11/16 al 18/11/16 es ingresado de forma programada. estando asintomático, para administración de 3er ciclo de quimioterapia tipo Hiper-CVAD. En antecedentes se recoge que ha recibido quimioterapia de primera línea con esquema Hiper-CVAD por dos ciclos hasta la actualidad con respuesta parcial mayor del 50% en PET/TAC realizado. El paciente según evolutivos de Oncología y Enfermería termina la quimioterapia (termina el tercer ciclo de quimioterapia), es decir, no hay ningún error en los ciclos de tratamiento administrados (pese a lo anotado en el informe de alta) por parte de Oncología, de los ciclos de quimioterapia administrada o por administrar.

8.- En fecha 12/12/16, de forma programada según disponibilidad (al igual que en los ingresos previos), ingresa para administración de 4º ciclo de quimioterapia: la cual es iniciada adecuadamente en fecha 14/12/16, tras sueroterapia requerida y remisión de episodio febril. Tras recibir el 4º ciclo de quimioterapia tal y como se describe en los evolutivos de la historia clínica, es dado de alta en fecha 18/12/16, en principio, para continuar con quimioterapia, posteriormente, pero tal como se refleja en los siguientes evolutivos, no sucedió. Debido a que el paciente inició tratamiento en el Servicio de Oncología Radioterápica para irradiación paliativa por mal control del dolor pese a analgesia de tercer escalón (opioides fuertes).

9.- Así vemos que, el paciente ingresa para recibir 4º ciclo de quimioterapia, siete días después a partir del día que de forma programada tenía previsto su ingreso, con arreglo a la disponibilidad hospitalaria, tal como se le explicaba siempre; período de espera razonable y que no es significativo en el tratamiento global (en el que se dejan períodos intermedios para la recuperación del paciente) ni en la efectividad del mismo.

10.- Tras el 4º ciclo de tratamiento le es realizado en fecha 25/01/17 PET/TAC de control evolutivo que muestra progresión de la enfermedad iliaca (las anotaciones del Radiólogo. que no interviene en el tratamiento - probablemente por defecto-, no interfieren ni en la evolución, ni el tratamiento o su efectividad), y en fecha 29/12/16, es visto en S. de Oncología, le es realizada analítica de control, con resultado favorable, y es remitido al Servicio de Radioterapia Oncológica. El paciente tiene contacto con Oncología Médica en fecha 21/02/12, según listado de episodios asistenciales, luego de conocerse el resultado de la biopsia de médula ósea, que mostraba infiltración por Linfoma B, es decir. el paciente

estaba controlado. El Servicio de Oncología conocía en que fase del tratamiento se encontraba. y de los resultados de sus controles evolutivos para conocer la respuesta al tratamiento, hasta ahora, de primera línea, administrado.

11.- El paciente luego de ser valorado por Oncología Radioterápica, inicia tratamiento con radioterapia en fecha 06/03/17, habiendo tenido controles con Radioterapia y Oncología Médica en varias ocasiones según se describe en la historia clínica y listado de episodios asistenciales.

12.- De la información anterior, se desprende, que el paciente, que ya había recibido el tratamiento quimioterápico según esquema Hyper-CVAD, que es el indicado en este tipo de Linfomas, según las Guías Clínicas Actuales Internacionales. Recibiría, además, tratamiento radioterápico. adecuadamente indicado por Oncología y Radioterapia, y que el paciente y su familiar están informados. que en esos momentos ese es el tratamiento a seguir (sin quimioterapia), según comenta la propia reclamante; radioterapia que se inició sobre la región ilíaca izquierda ("resto", es decir, irradiación paliativa sobre la zona con enfermedad activa con mal control del dolor pese a analgesia de tercer escalón), lo cual se deduce de la historia clínica del propio S. de Radioterapia que describe en su informe inicial: estudio PET/TAC con progresión de la enfermedad ilíaca y diagnóstico Linfoma linfoblástico estadio IV (avanzado). Es decir, el paciente estaba informado, y, además, estaba recibiendo el tratamiento adecuado según las Guías Clínicas Actuales, lo cual ha sido confirmado por el Jefe de Servicio de Oncología. Actuaciones acordes a la *lex artis*.

13.- Estando en curso de tratamiento con radioterapia, presenta expresión periférica de la enfermedad: pancitopenia, con leucemización por lo que queda hospitalizado, con el diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica B como recaída de Linfoma linfoblástico B. Es decir. es ahora cuando presenta Leucemia, no inicialmente.

14.- Ante el nuevo diagnóstico se le indica reiniciar tratamiento quimioterápico, el cual es iniciado en el HUC, por voluntad del paciente, que alega tener familiar en ese Centro, no alegando ninguna otra problemática o incidencia.

15.- En el nuevo Centro se le administraron segunda y tercera líneas de tratamiento quimioterápico presentando varias complicaciones por toxicidad, además de resistencia a los mismos. Los tratamientos recibidos son los indicados por las Guías Clínicas Internacionales y fueron adecuadamente aplicados, pero la enfermedad padecida avanzada y agresiva mostró progresión, lo que finalmente causó el fallecimiento del paciente.

16.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, información y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales».



1.4. El 20 de noviembre de 2019, se dicta Acuerdo Probatorio admitiendo las pruebas propuestas por las partes (folios n.º 500 y ss.):

- Por parte del SCS:

1. Informe del SIP, de 3 de julio de 2019 (folios n.º 34- 55).
2. Informe del Jefe de Servicio de Oncología del HUNSC (folios n.º 57-58)
3. Historia clínica relativa a los hechos objeto de reclamación.

- Por parte de la interesada:

1.- Testifical:

- \* Dr. (...), Oncólogo del HUNSC.
- \* Dra. (...) Oncóloga del HUNSC.
- \* Dra. (...), Hematóloga del HUNSC.
- \* Dra. (...), Hematóloga del HUNSC.
- \* (...) , Supervisor de planta en el HUC, en el momento de los hechos.
- \* Dr. (...), Hematólogo del HUC.
- \* Dr. (...), Hematólogo del HUC.

Para la práctica de la testifical, se solicita a la interesada la aportación del pliego de preguntas correspondiente a cada uno de los testigos por escrito de 9 de octubre de 2020, ante las dificultades para celebrarlas de forma presencial. La interesada no aporta pliego de preguntas, tras realizar un intento de notificación, con resultado de devolución, indicándose desde la Oficina de Correos «desconocido», y llamadas infructuosas. Se decide entonces publicar anuncio en BOE y BOC, conforme a lo dispuesto en los arts. 40 y ss. LPACAP (folios n.º 904 y 905). Tampoco entonces, la interesada responde al requerimiento

2.- Informe pericial, confiriéndole a la interesada el plazo de un mes para su aportación. La interesada pide parte de la historia clínica correspondiente al HUNSC el 7 de enero de 2020, a fin de poder aportar el informe pericial. Puesta a su disposición el 6 de febrero de 2020 (folio n.º 883) y confiriéndole un nuevo plazo de un mes para su aportación, no aporta informe pericial.

3.- Historia Clínica relativa a los hechos objeto de reclamación.

El 4 de diciembre de 2019 se notifica a la interesada el Acuerdo Probatorio. El 12 de diciembre de 2019, la interesada comparece en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General del SCS, a fin de acceder al expediente y solicitar copia del mismo. Se le hace entrega de la documentación solicitada en el mismo acto (folio n.º 507).

Finalmente, el 17 de diciembre de 2020, se intenta notificar a la interesada Trámite de Audiencia, y ante la reiterada devolución de cartas, se logra contactar con la interesada telefónicamente, comparece en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios el 21 de diciembre de 2020 y retira copia íntegra del expediente (folio n.º 911). Transcurrido el plazo de diez días para aportar escrito de alegaciones- la interesada no aporta escrito alguno.

1.5. Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, los Servicios Jurídicos emitirán informe preceptivo en materia de responsabilidad patrimonial, únicamente sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente.

No se emite informe por haber dictaminado el Servicio Jurídico sobre cuestiones análogas, entre otros AJS 123/17-C (ERP 46/15), que concluye : *«A la vista de la documentación obrante en el expediente, se considera ajustada a derecho la desestimación de la reclamación al no concurrir los presupuestos exigidos para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración pública, en este caso del Servicio Canario de Salud, toda vez que no existe evidencia de la antijuridicidad del daño por el que se reclama, por lo que no es preciso la petición de nuevo informe al respecto (...) La conclusión a la que llega el Servicio de Inspección tras el estudio de toda la documentación médica de la paciente y del informe del servicio de las especialidades descritas, se comparten por estos Servicios Jurídicos, al considerar que ni los daños ni las secuelas devienen de una infracción de la lex artis».*

1.6. La Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS suscrita el día 15 de enero de 2021 desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

2. El plazo máximo de resolución es de seis meses, siendo el silencio administrativo desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial (art. 91.3 LPACAP). Este plazo está ya vencido, lo que sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello pueda comportar, no exime a la Administración de su obligación de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, a la vista del informe del SIP y del Jefe de Servicio de Oncología de 12 de junio de 2019. Se entiende que el diagnóstico inicial de linfoma linfoblástico B que afectaba al hueso ilíaco izquierdo fue correcta y que la leucemia linfoblástica B apareció más tarde como progresión de la enfermedad. En todo caso, el tratamiento del linfoma linfoblástico B y la leucemia linfoblástica B es idéntico.

El paciente fue remitido al Servicio de Oncología Radioterápica para la irradiación paliativa por mal control del dolor pese a la analgesia de tercer escalón. Al evolucionar la enfermedad hubo que suspender el tratamiento radioterápico para iniciar segunda y tercera línea de quimioterapia para intentar controlar la enfermedad.

Según la Propuesta de Resolución, la biopsia de médula realizada en febrero de 2017 confirma la progresión tumoral ya diagnosticada en el PET de 25 de enero de 2017.

En definitiva, el fallecimiento se debió a la progresión de la enfermedad, y no a la mala praxis en el diagnóstico o tratamiento del paciente.

2. En relación con el procedimiento seguido debemos concluir que éste responde a lo legalmente establecido. En particular, se le dio la oportunidad de presentar pliegos de preguntas a los testigos y se le concedió la oportunidad de presentar dictamen pericial y alegaciones una vez puesto todo el material obrante en las actuaciones a su disposición, sin que lo hubiese realizado, por lo que no se aprecia indefensión relevante desde el punto de vista material.

3. Finalmente, a la vista del conjunto del material probatorio existente en las actuaciones, llegamos a la convicción de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por falta de prueba de que la Administración se haya apartado de la *lex artis ad hoc*, no existiendo por tanto un daño antijurídico que la interesada no tenga el deber jurídico de soportar, siendo el fallecimiento del paciente consecuencia de la progresión de la enfermedad, y no de un error de diagnóstico o seguimiento del tratamiento del paciente.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) resulta conforme a Derecho.