



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de enero de 2022.

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. 592/2021 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 28 de agosto de 2019 mediante solicitud de (...), por los daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del SCS.

2. La interesada solicita una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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. A la Secretaría General del SCS 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. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es la siguiente:

El 28 de agosto de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil aquejada de dolor abdominal en epigastrio que irradia difusamente al resto del abdomen. Se decidió alta y se le prescribió Paracetamol y Nolotil.

El 28 de septiembre de 2018 acudió nuevamente al citado Complejo Hospitalario y solicitó la realización de una ecografía “y así lo solicita el personal que la atendió al considerar que es lo mas apropiado, pero es rechazada por el radiólogo de guardia al considerar que no tiene carácter de urgencia.

El 2 de octubre de 2018 se realizó una ecografía en el centro clínico privado (...) con resultado de una lesión renal izquierda con sospecha de Neoplasia. Refiere que ese mismo día acude al citado Servicio de Urgencias a presentar los resultados y se le solicita un TAC de prioridad muy preferente.

El día 19 de octubre se le realiza el TAC *«acudiendo ese mismo día por intolerancia del dolor a urgencias, volviendo a ser dada de alta domiciliaria»*.

El 24 de septiembre de 2018 (sic: octubre) acudió nuevamente al Servicio de Urgencias con los resultados obtenidos ese mismo día del TAC: diagnóstico: Afectación perianal retroperitoneal y mesentérico, esplénica y renal y supraclavicular izquierda probablemente todo ello secundario linfoma.

Permaneció ingresada en medicina interna hasta el 2 de noviembre de 2018. Durante su estancia se le realizó una biopsia *«del conglomerado adenopático»* teniendo cita para obtener los resultados el 28 de noviembre de 2018.

El 12 de noviembre de 2018 acudió al centro clínico de la Universidad de Navarra donde le confirman la existencia de un Linfoma B difuso de alto grado, triple hit, estadio IV-B, R-IPI 4 y el 16 de noviembre proceden a aplicar un ciclo de tratamiento de quimioterapia.

Afirma que se le negó la realización de una ecografía, aun siendo reincidente en urgencias con los mismos síntomas sin que el tratamiento prescrito sugiriese ningún efecto.

Todo el proceso médico se habría alargado si no hubiese acudido a realizarse una ecografía a un centro clínico privado.

En ningún momento del proceso de pruebas médicas con la seguridad social se le concedió la posibilidad de realizar una tomografía por emisión de positrones (PET), prueba indispensable para definir bien la extensión de cualquier tipo de tumor o linfoma.

Desde que presentó su ecografía privada hasta la última cita que tenía para obtener los resultados de la biopsia del conglomerado adenopáticos transcurren 58 días, tiempo inadmisibles para este tipo de enfermedades”.

Solicita una indemnización *«por la indebida aplicación de los medios disponibles para la obtención de resultados médicos de diagnóstico»* y señala que se corresponde a los gastos médicos de pruebas y tratamientos en Hospital (...) y la Clínica (...)

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- La paciente, de 65 años, ama de casa de profesión, contaba con antecedentes de dislipemia en tratamiento, sobrepeso, Hígado graso (Esteatosis hepática), Gastritis péptica por reflujo gastroesofágico. Diverticulosis colónica, Osteoartrosis y Hemorroides internas.

- Acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI en fecha 28/08/18, por presentar dolor abdominal en epigastrio (por encima del ombligo, donde está ubicado el estómago) irradiado de forma difusa al resto del abdomen, de 24 horas de evolución. No había presentado antes dicho dolor, y no se acompañaba de ninguna otra sintomatología.

- Se le realiza exploración física, analíticas (hemograma y bioquímica sin alteraciones) y Rx de abdomen, descartándose patología aguda. Se administra analgesia parenteral. Durante su estancia en Urgencias, se mantiene estable tanto clínica como hemodinámicamente, por lo que, realizadas las pruebas y descartada la presencia de patología aguda (no presencia de abdomen agudo, ni de inflamación o sepsis sistémicas), se le da el alta para su seguimiento y estudio ambulatorios, recomendando medidas farmacológicas y no farmacológicas, seguimiento por Médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento re acudir al Servicio de Urgencias.

- Acude a su Centro de Salud el 25/09/18, siendo solicitado por su Médico de Familia como parte del estudio ambulatorio de dolor abdominal, una Ecografía abdominal, dándose cita para su realización, en Atención Especializada, el día 23/10/18.

- En fecha 28/09/18, acude a Urgencias hospitalarias del CHUIMI, por persistencia de dolor abdominal en epigastrio, flanco y fosa iliaca izquierdos. Refiere alteración del hábito intestinal (diarreas), sensación distérmica, sin fiebre, y náuseas sin vómitos.

- Al examen físico presenta buen estado general, normohidratada y normocoloreada. Está afebril y eupneica (respira sin dificultad). Los signos vitales son normales. La auscultación cardiopulmonar es normal. En el abdomen los ruidos hidroaéreos están presentes, su palpación se describe suave, depresible, doloroso a la palpación generalizada, más en epigastrio, flanco y fosa iliaca izquierdos (abdomen inferior izquierdo). No masas ni megalias. Blumberg (no hay signos de apendicitis) y Murphy (no hay signos de colecistitis) negativos. No peritonismo (no hay signos de irritación peritoneal). No presenta edemas en miembros inferiores y los pulsos pedios (distales) son normales.

- Se le realiza analítica (hemograma y bioquímica), sin alteraciones. Rx abdominal en la que se describe presencia de gas distal, sin dilatación de asas intestinales (no imagen de patología aguda).

- Se administra analgesia, con mejoría clínica del dolor. Se interconsulta a Radiología la realización de Ecografía abdominal, que es rechazada por no contar con criterios de urgencia.

- Tras evolución con mejoría clínica del dolor y estabilidad clínica y hemodinámica, es dada de alta, con los diagnósticos de Dolor abdominal inespecífico; Enfermedad diverticular\* versus pólipos colónicos. Al alta se dan las recomendaciones sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas así como seguimiento por su Médico de Familia, y ante empeoramiento re acudir.

- Los divertículos son pequeñas bolsas o sacos que crecen hacia afuera en el revestimiento del tracto gastrointestinal, más comunes en el lado izquierdo del intestino grueso. La diverticulosis es un trastorno común (benigno) en personas por encima de los 60 años, que puede dar síntomas como dolor en la parte izquierda del abdomen inferior, distensión abdominal y cambios en los hábitos intestinales.

- La paciente voluntariamente decide realizarse la Ecografía (indicada por su Médico de Familia y para la cual tenía cita programada), de forma privada el día 02/10/18. La Ecografía describe en riñón izquierdo, lesión quística de 3 cm en polo inferior, y en su tercio medio, lesión sólida de 4x3 cm, heterogénea, que deforma discretamente el sistema pielocalicial y ectasia leve de vías excretoras, lesión sospechosa de proceso neofornativo. Se visualizan múltiples adenopatías retroperitoneales de hasta 3.3 cm, de aspecto patológico.

- Con el resultado de la Ecografía, acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, siendo valorada por el Servicio de Urología. La paciente, refiere dolor sordo, no irradiado, en flanco izquierdo, más acusado en el último mes, asociado a malestar abdominal y diarreas acuosas. Niega náuseas, vómitos o fiebre. No hematuria, infecciones del tracto urinario, ni antecedentes urológicos.

- A la exploración se describe obesidad central, con abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo y epigastrio, sin signos de irritación peritoneal y sin palpase masas ni megalias. Con el juicio clínico de Neoplasia (tumor o masa) renal izquierda, se informa a la paciente de resultados de

la valoración, posible diagnóstico y tratamiento, que comprende y acepta. Se solicita TAC de estadiaje muy preferente.

En fecha 19 de octubre le es realizado TAC de estadiaje (TAC de Tórax/abdomen/pelvis), quedando pendiente de informe radiológico.

En fecha 24/10/18, es valorada en Urgencias por persistencia del dolor lumbar y abdominal (flanco izquierdo), que no mejora a pesar del tratamiento. En el estudio TAC, informado ese día por Radiología, se describe: En los cortes superiores del tórax se identifica conglomerado adenopáticos subclavicular izquierdo. En parénquima pulmonar dos nódulos menores de 5 mm en lóbulo superior derecho inespecíficos, a valorar evolutivamente. Bazo con múltiples lesiones hipodensas de aspecto neoplásico. Grandes conglomerados adenopáticos retroperitoneales y mesentéricos muy sugestivo de linfoma. Riñones de tamaño y morfología normal, con múltiples lesiones densidad partes blandas, que alcanzan 3.7 cm en riñón izquierdo, de aspecto neoplásico, probablemente también secundario a linfoma. Dado el mal manejo del dolor y los hallazgos en el estudio TAC, queda ingresada en Medicina Interna, con los diagnósticos de Adenopatías retroperitoneales, masa renal-bazo a estudio y dolor abdominal no controlado, para su tratamiento.

- Al ingreso en Medicina Interna, la paciente niega sudoración, fiebre o prurito, comenta pérdida de peso que relaciona con disminución del apetito e ingesta.

- En la exploración física realizada en esa Unidad, se mantiene eupneica, estable hemodinámicamente, afebril, normocoloreada y normohidratada. Se detectan adenopatías palpables en área supraclavicular izquierda, axilares e inguinales bilaterales. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen se describe blando, compresible, molesto a la palpación profunda, especialmente en hemiabdomen inferior, sin signos de peritonismo y ruidos hidroaéreos audibles. La puñopercusión renal bilateral es negativa. No presenta signos de focalidad neurológica y a la exploración de extremidades inferiores no se objetivan edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

- Durante el ingreso se realizan analítica de control, marcadores tumorales que resultan negativos, al igual que el urocultivo y hemocultivos, realizados el 29/10/18. EL TAC de cuello muestra múltiples adenopatías y ganglios cervicales en ambas cadenas laterocervicales de predominio derecho. También, continuando con el estudio, durante su ingreso se realizó biopsia de conglomerado adenopáticos laterocervical izquierdo descrito en TAC, quedando pendiente de resultado histopatológico (resultado que es preciso para el diagnóstico correcto del tumor).

- Durante su ingreso presentó un pico febril, sin repercusión hemodinámica, que se solucionó con antibioticoterapia en un ciclo de seis días. Tras ajuste de la medicación analgésica respondió con buen control del dolor y mejoría de los síntomas, motivo por el cual se decidió el alta hospitalaria el 02/11/18, con el diagnóstico de Probable Síndrome Linfoproliferativo\*. Al alta, se programa cita para el 28/11/18, para ver evolución, resultados de la biopsia y siguientes pasos a seguir (estudios, tratamientos) según resultados de la misma.

- Síndrome linfoproliferativo o linfoma es el término utilizado para designar las neoplasias (tumores) hematológicas que se desarrollan en las células del sistema linfático.

- La paciente, voluntariamente, acude a la Clínica (...), para solicitar una segunda opinión, dato que se recoge en el informe aportado por la propia paciente. En dicho Centro, se reevaluó la enfermedad. Se realizó biopsia de adenopatía cervical, cuyos resultados concluyeron con el diagnóstico de Linfoma B difuso de alto grado.

- Se realizó estudio PET-TAC (estudio de imagen de extensión), en el que se observó una masa en la región latero cervical izquierda y otras de menor tamaño en las cadenas latero cervicales derechas, supraclavicular y retrocrales, además de adenopatías retroperitoneales, mesentéricas y pélvicas.

Lesión nodular localizada en lóbulo superior izquierdo pulmonar, lesiones nodulares en ambos riñones, la mayor en riñón izquierdo. Lesiones focales en bazo, en el arco posterior de la cuarta costilla y cuerpo vertebral T6, así como nódulos subcutáneos en pared abdominal anterior izquierda.

- También se realizó punción lumbar diagnóstico-terapéutica, mediante la que se descartó infiltración del sistema nervioso central y se administró profilaxis intratecal.

- Según informe de dicha Clínica, las pruebas realizadas concluyeron con el diagnóstico de Linfoma B difuso de alto grado, triple hit, estadio IV-B, R-IPI 4. En la misma clínica se decidió, con aceptación por parte de la paciente, administrar el primer ciclo de tratamiento según Esquema RCHOP, el 16/11/18.

- En fecha 19/11/18, tras volver de Clínica (...), acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, solicitando iniciar valoración/seguimiento por Hematología de dicho Hospital. Se describe que está asintomática. La exploración física es normal. Se realiza interconsulta a Hematología, decidiendo su alta. Se le indica acudir a

Secretaría de Hematología para aportar todos los estudios realizados en el otro Hospital.

- En fecha 30/11/18, es valorada por Hematología, a través del Servicio de Urgencias del CHUIMI por presentar episodio febril. Tras exploración física y pruebas analíticas y de imagen (Rx de tórax), fue diagnosticada de Neutropenia febril leve en paciente oncológica. Tras antipirético administrado, se mantuvo afebril, mostrándose durante su estancia, estable y asintomática, causando alta, con las recomendaciones de tratamiento en relación al motivo de consulta y tratamiento a seguir hasta ser vista en Oncología, a la vez que seguimiento por su Médico de Atención Primaria y reacudir en caso de empeoramiento.

- La paciente, según informe del Servicio de Medicina Interna, no acudió a la cita programada en fecha 28/11/18, tuvo ese día una primera visita en Consultas de Oncología del CHUIMI (según informes clínicos de Oncología), realizándose el 05/12/18, control analítico (hemograma, coagulación, bioquímica y estudios serológicos), y Ecocardiografía, estudios necesarios para la continuidad de su tratamiento y seguimiento en Oncología de dicho hospital.

- En fecha 09/12/18, ingresa de forma programada en el Servicio de Oncología del CHUIMI para la administración de quimioterapia, según Esquema R-DA-EPOCH, a través de catéter port a cath, tratamiento que fue administrado (previa firma de consentimiento informado), del 10 al 15 de diciembre, sin incidencias y con buena tolerancia. El 15/12/18, tras culminar ese ciclo de quimioterapia, causa alta, dado su excelente estado general. Al alta se le dan las recomendaciones sobre continuidad de tratamiento y medidas a seguir.

- Tras ingreso de forma programada recibe ciclo dos de quimioterapia según Esquema R-DAEPOCH, administrado entre los días 02 al 06/01/19, sin incidencias, dándose el alta el mismo día 6, dado su excelente estado general. Al alta se le dan las recomendaciones sobre continuidad de tratamiento y medidas a seguir.

- En fecha 22/01/19, se evalúa la respuesta al tratamiento mediante estudio PET-TAC. En el estudio no hay evidencia de enfermedad linfoproliferativa macroscópica metabólicamente activa (probable respuesta metabólica completa, a confirmar), persistiendo ganglios por actividad inflamatoria residual (poco o nada hipermetabólicos) en región supraclavicular izquierda, retroperitoneo paraaórico izquierdo, mesenterio, ambas axilas e ingles. Normocaptación pleuropulmonar, hepatoesplénica, suprarrenal y ósea.

- Del 23 al 27/01/19, recibe tercer ciclo de quimioterapia según Esquema R-DA-EPOCH, sin incidencias ni complicaciones. Es alta el día 27, dándose las recomendaciones sobre continuidad de tratamiento y medidas a seguir.

- Del 13 al 18/02/19, recibe cuarto ciclo de quimioterapia según Esquema R-DA-EPOCH, sin incidencias ni complicaciones. Es alta el día 18, dándose las recomendaciones sobre continuidad de tratamiento y medidas a seguir.

- En fecha 06/03/19, comienza quinto ciclo de quimioterapia según Esquema R-DA-EPOCH (6to ciclo en total). Tras alta del tratamiento, el 11/03/19, se dan las recomendaciones sobre seguimiento en Oncología y Hematología, continuidad de tratamiento y medidas a seguir.

- En fecha 21/04/19, ingresa en el Servicio de Hematología para trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE). La exploración física al ingreso se describe normal. Se le realizan controles analíticos, Ecocardiograma, Espirometría, Copro y hemocultivos (negativos), así como Rx de tórax, TAC de cuello/tórax/abdomen y PET-TAC que son negativos para malignidad, confirmándose la remisión completa tras quimioterapia de primera línea.

- Se realiza acondicionamiento con quimioterapia según Esquema BEAM, administrado sin complicaciones y buena tolerancia entre los días 30 de abril al 5 de mayo/19. El 06/05/19 se realiza infusión de médula ósea (TASPE), sin complicaciones. Procedimientos realizados con el consentimiento de la paciente. Tras evolución satisfactoria, causó alta el 20/05/19 para su seguimiento ambulatorio.

- En fecha 18/11/19, en el marco de actividades preventivas y de prevención de la salud, acudió a Atención Primaria para recibir la vacuna de la gripe, en la anamnesis niega estar enferma.

Sobre esta base, el SIP, asimismo, formula las siguientes conclusiones:

1.- El dolor abdominal agudo es aquel de reciente aparición (horas generalmente), de comienzo brusco y que obliga a descartar patología quirúrgica.

2.- La exploración física es fundamental para el diagnóstico, sobre todo para confirmar o descartar patología quirúrgica, no pudiendo ser sustituido por ninguna prueba complementaria.

3.- Así vemos que la paciente en la valoración realizada en el Servicio de Urgencias en fecha 28/09/18, a la que acude por dolor abdominal, presenta buen

estado general, sus constantes vitales y temperatura son normales. Está normohidratada y normocoloreada (no hay signos de deshidratación, ni de desnutrición, ni de déficit de perfusión, ni lesiones cutáneas como hematomas, exantemas o petequias). A la exploración abdominal no se describe distensión abdominal, ni ninguna alteración de la piel; los ruidos hidroaéreos son normales (no hay sospecha de peritonitis, obstrucción intestinal o íleo paralítico); aunque el abdomen es doloroso a la palpación difusamente, a la palpación profunda no presenta masas (tumores palpables) ni megalias (los órganos no se palpan aumentados de tamaño); tampoco hay signos a la palpación abdominal que sugieran abdomen agudo: (Blumberg o signo de apendicitis negativo), tampoco se describe que presente defensa o contractura abdominal, ni signos de peritonismo o irritación peritoneal, y el signo de Murphy indicativo de colecistitis (inflamación de la vesícula biliar) es negativo.

4.- Si la paciente no presentaba, dolor abdominal de reciente aparición, ni de comienzo brusco, a la vez que estaba con buen estado general, manteniéndose en todo momento con estabilidad clínica, y buena respuesta a la analgesia administrada en el Servicio de Urgencias; la exploración física realizada no era compatible con un abdomen agudo (no signos de irritación peritoneal), y las pruebas diagnósticas tanto analítica como de imagen (RX abdominal), descartaban la presencia de un proceso séptico o un cuadro abdominal agudo, que requiriese cirugía de urgencia, considero que la paciente no reunía criterios para la realización de una Ecografía de Urgencia, así como tampoco precisaba de ninguna otra actuación urgente. Las actuaciones realizadas durante su estancia en Urgencias fueron adecuadas y proporcionales a la clínica manifestada.

5.- Asimismo, su Médico de Familia, de forma conveniente, el 25/09/18, le había solicitado para el estudio de dolor abdominal tipo cólicos y diarreas, la realización de Ecografía abdominal, la cual tenía programada para el día 23/10/18. El dolor abdominal tipo cólicos en epigastrio/flanco izquierdo, es un síntoma inespecífico, que puede estar relacionado con múltiples patologías como una litiasis renal o al asociar diarreas con variedad de patologías digestivas como el Síndrome de intestino irritable o la Enfermedad diverticular, patologías que aunque han de ser estudiadas, no precisan de una Ecografía con carácter urgente. El proceder del Médico de Atención Primaria, ante la consulta de la paciente, fue adecuado, al solicitar según la clínica manifestada, la realización de Ecografía abdominal, prueba que al no tener criterios de urgencia, estaba programada para una fecha concreta.

6.- Siete días después de la solicitud de estudio ecográfico, la paciente, voluntariamente decide realizarse la Ecografía de forma privada, en fecha 02/10/18; en la misma se apreció en el riñón izquierdo una lesión sólida, heterogénea, sugestiva de proceso neoplásico (tumor). Ese mismo día acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, siendo valorada por el Servicio de Urología, que luego de su exploración, y con el juicio clínico de Neoplasia renal izquierda informa a la paciente de los resultados de la valoración, posible diagnóstico y tratamiento, que comprende y acepta, a la vez que solicita TAC de estadiaje muy preferente. La actuación del especialista es adecuada al pedir un estudio más específico, detallado y de extensión de forma preferente.

7.- En fecha 19 de octubre le es realizado TAC de estadiaje (TAC de Tórax/abdomen/pelvis). Como resultado del estudio, Radiología informa el 24 de octubre, la presencia de imágenes de afectación supraclavicular izquierda, retroperitoneal, mesentérico, esplénica y renal; imágenes muy sugestivas de linfoma. Ese mismo día queda ingresada en el Servicio de Medicina Interna para continuar con su estudio y tratamiento para el manejo del dolor, actuación conforme al contexto clínico actual de la paciente.

8.- Durante su estancia hospitalaria se realizó TAC de cuello, con resultado de adenopatías en cadenas laterocervicales, y se realizó biopsia de adenopatía laterocervical, quedando pendiente de resultado histopatológico en el momento del alta, dada en fecha 02/11/18, con el diagnóstico de Probable Síndrome Proliferativo. Al alta, decidida tras presentar mejoría en el control de los síntomas, se le facilitaron las recomendaciones sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas, así como la siguiente cita, en fecha 28/11/18, en previsión de ya tener el resultado de confirmación histopatológica, es decir del diagnóstico preciso de la enfermedad, tras lo cual pueden plantearse otros estudios, a la vez que se decide el plan de tratamiento más adecuado para la paciente.

9.- De la información anterior se desprende que la paciente, tras la sospecha de neoplasia renal, se le había realizado adecuadamente estudio de extensión mediante TAC, de forma preferente, cuyas imágenes sugerían la presencia de un Síndrome linfoproliferativo. Tras el resultado del TAC, la paciente fue ingresada y durante su estancia le fue realizado biopsia de adenopatía cervical, con el objeto de confirmar la sospecha diagnóstica y de conocer el diagnóstico exacto (tipo de linfoma) mediante la confirmación histopatológica (incluidos análisis histoquímico,

citogenético y moleculares), estudios que son realizados por el Servicio de Anatomía Patológica y que son necesarios para clasificar y tipificar el linfoma, permitiendo tener criterios para decidir el esquema de tratamiento específico a seguir. La paciente ya tenía un estudio de extensión realizado, y al no tener el resultado histopatológico de confirmación diagnóstica, se decidió prudentemente no solicitar ningún otro estudio. A la paciente de forma adecuada se le dio el alta hospitalaria, dado que estaba clínica y hemodinámicamente estable y con control de los síntomas, dando las recomendaciones oportunas sobre medidas y tratamiento analgésico a seguir, además de la cita siguiente en menos de un mes, para evaluar su evolución y resultados de la prueba de biopsia realizada, análisis que requiere de algunos días para la obtención de los resultados, y que estaba previsto obtener y valorar dentro de un período que se puede considerar razonable dentro de los tiempos habituales que se manejan en la sanidad pública, y ajustado a la estabilidad clínica de la paciente.

10.- Tras el alta hospitalaria, sin que exista constancia de empeoramiento clínico, ni de haber realizado ninguna gestión para petición de segunda opinión dentro del Servicio Canario de la Salud, la paciente decide voluntariamente pedir una segunda opinión en la Clínica (...).

11.- En dicha Clínica, a voluntad de la paciente, se le realizaron estudios de biopsia y PET-TAC\*, que resultaron con el diagnóstico definitivo de \*Linfoma B difuso de alto grado, triple hit, estadio IV-B, RIPI 4.

Según informe de dicha Clínica, dado la gran extensión, y el empeoramiento rápido, se decidió con aceptación de la paciente, administrar el primer ciclo de tratamiento con quimioterapia.

12.- \*El PET-TAC es un estudio de imagen de extensión que se realiza de rutina en los Linfomas Difusos (como el diagnosticado mediante biopsia a la paciente). Existen otro tipo de linfomas donde este estudio tiene un papel limitado y no está determinada su utilidad real.

13.- \*El Linfoma B difuso es la neoplasia linfoide más frecuente en adultos. Su nombre de debe a que tiene su origen en las células de línea B, las células tumorales son linfocitos (célula presente en la sangre y tejido linfático), por lo que la enfermedad es sistémica, teniendo dichas células un patrón difuso de invasión de los ganglios linfáticos. Es un tumor que aunque de crecimiento rápido, en general responde bien a los esquemas terapéuticos actuales, curando en gran parte de ellos.

14.- De la información anterior se desprende que, sin constancia de empeoramiento clínico por el Hospital que hacía el seguimiento, y a la espera del resultado de la biopsia para su confirmación diagnóstica, la paciente voluntariamente, sin solicitar segunda opinión dentro del propio sistema y sin autorización del Servicio Canario de la Salud (siendo esto la norma), decidió continuar con su asistencia en el medio privado, lo cual la apartó voluntariamente de la asistencia sanitaria pública.

15.- A su regreso de la Clínica de Navarra, continúa con su correspondientes controles y tratamiento, con los oportunos ciclos de quimioterapia por el Servicio de Oncología del CHUIMI, y tras la confirmación de la remisión de la enfermedad, el apropiado trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE), con buena respuesta.

16.- El historial médico y el resultado satisfactorio de los tratamientos y de las pruebas diagnósticas realizadas tanto en la sanidad pública, como en la privada (a voluntad de la paciente) nos llevan a considerar que no hubo mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a lo que el caso clínico requería en cada momento, sin que exista constancia de complicaciones o incidencias que pudieran atribuirse a la asistencia prestada, o que establecieran un nexo causal con una inadecuada atención.

3. En período probatorio, se incorpora como prueba la documental la historia clínica y los informes recabados durante la instrucción del expediente que se mencionan en el citado acuerdo.

4. Ultimada la instrucción del procedimiento se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada sin que se presentaran alegaciones.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del SCS.

### III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- indispensable

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, en cambio, 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 sede jurisprudencial, como botón de muestra de la doctrina establecida en dicho ámbito, valga la cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007, y que, como tantísimas otras, 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, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

2. En relación con las reclamaciones de solicitud de reintegro de gastos, por otra parte, por ejemplo, en nuestro Dictamen 477/2021, de 14 de octubre, decíamos:

*«La solicitud de reintegro de gastos a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial, ha sido tratada, entre otros, en el Dictamen de este Consejo Consultivo de*

*Canarias n.º 380/2013, de 5 de noviembre, que explica que el reembolso de los gastos puede solicitarse mediante una reclamación de reintegro de gastos, siguiéndose entonces un procedimiento ad hoc, con unos requisitos y condicionantes particulares o bien, a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños (económicos en este caso) consecuencia del funcionamiento anormal o normal de los Servicio Públicos, aclarando lo siguiente: " (...) puede reclamarse el reintegro del gasto, como se indica en este caso, a través del procedimiento de responsabilidad patrimonial, como daño material derivado del funcionamiento de la Administración en el ámbito sanitario. En estos casos se estimará la pretensión indemnizatoria si la reclamante prueba la concurrencia de los requisitos genéricos de la responsabilidad patrimonial y los específicos de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria". Por su parte, el Dictamen del Consejo Consultivo 161/2012, de 28 de marzo señala: "Ahora bien, si aquel reintegro puede exigirse y analizarse por la vía de la responsabilidad patrimonial, ello sólo podrá fundarse en motivos justificados de denegación de asistencia médica o error de diagnóstico por parte de la Sanidad pública (Sentencia de la Audiencia Nacional de 26 de mayo de 2004), situaciones, en fin, que justifiquen que se acuda por el particular a la sanidad privada, admitiéndose, en estos casos, incluso tras haberse obviado el procedimiento administrativamente previsto para obtener asistencia privada sin coste para el particular"».*

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que hubo una «*indebida aplicación de los medios disponibles para la obtención de resultados médicos de diagnóstico*», por lo que la indemnización solicitada habría de corresponder en este caso con los gastos médicos de pruebas y tratamientos en Hospital (...) y la Clínica (...).

Sin embargo, lo cierto es que sin la constatación de que esa falta de medios diagnósticos sea consecuencia de la infracción de la «*lex artis*» es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la (deficiente) asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y la necesidad de acudir a la realización de pruebas fuera del sistema público sanitario. Esto es, sin la determinación del nexo causal entre los daños patrimoniales por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de la Administración.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante.

Así, en el informe del SIP se afirma que la paciente no presentaba dolor abdominal de reciente aparición, ni de comienzo brusco, a la vez que estaba con buen estado general, manteniéndose en todo momento con estabilidad clínica, y buena respuesta a la analgesia administrada en el Servicio de Urgencias; la

exploración física realizada no era compatible con un abdomen agudo (no signos de irritación peritoneal), y las pruebas diagnósticas tanto analítica como de imagen (RX abdominal) descartaban la presencia de un proceso séptico o un cuadro abdominal agudo, que requiriese cirugía de urgencia, por lo que no reunía criterios para la realización de una ecografía de urgencia, así como tampoco precisaba de ninguna otra actuación urgente. Las actuaciones realizadas durante su estancia en urgencias, entonces, fueron adecuadas y proporcionales a la clínica manifestada.

Días después de la solicitud de estudio ecográfico por parte de los facultativos que la asistían, la paciente, voluntariamente, decide realizarse la ecografía de forma privada.

Una vez detectada la enfermedad, y estando en continuo seguimiento por los distintos servicios que la atendían en el SCS, sin que exista constancia de empeoramiento clínico, ni de haber realizado ninguna gestión para petición de segunda opinión dentro del propio SCS, la paciente vuelve a decidir voluntariamente la realización de pruebas externas, esta vez en la Clínica (...), donde, a voluntad de la paciente, se le realizaron estudios de biopsia y PET-TAC, que resultaron con el diagnóstico definitivo de \*Linfoma B difuso de alto grado, triple hit, estadio IV-B, R-IPI 4. Según informe de dicha Clínica, dado la gran extensión, y el empeoramiento rápido, se decidió con aceptación de la paciente, administrar el primer ciclo de tratamiento con quimioterapia.

De la información anterior se desprende que, sin constancia de empeoramiento clínico por el hospital que hacía el seguimiento, y estando a la espera del resultado de la biopsia para su confirmación diagnóstica, la paciente voluntariamente, sin solicitar segunda opinión dentro del propio sistema y sin autorización del SCS (siendo esto la norma), decidió continuar con su asistencia en un centro privado, lo cual la apartó voluntariamente de la asistencia sanitaria pública.

Concluye el SIP conque el historial médico y el resultado satisfactorio de los tratamientos y de las pruebas diagnósticas realizadas en la sanidad pública les lleva a considerar que no hubo mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a lo que el caso clínico requería en cada momento, sin que exista constancia de complicaciones o incidencias que pudieran atribuirse a la asistencia prestada, o que establecieran un nexo causal con una inadecuada atención.

De lo anterior se desprende, en efecto, que la reclamante no ha probado lo que alega (a saber, que hubo una *"indebida aplicación de los medios disponibles para la*

*obtención de resultados médicos de diagnóstico”, como ya sabemos, por lo que solicita que le reintegren los gastos de pruebas y tratamientos médicos realizados en centros privados), pues para que ello sea posible ha de concurrir la infracción de la «lex artis», circunstancia que no se ha producido, ya que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que se le realizaron las pruebas necesarias de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible, por lo que se descarta una inadecuada asistencia.*

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *«lex artis»* rompe el imprescindible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y la realización de pruebas fuera del sistema público sanitario, y, por ende, impide, al tratarse un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de 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, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera ajustada a Derecho.