



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 2 5 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 7 de septiembre 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 290/2022 IDS)\*.*

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

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 6 de julio de 2022, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 7 de julio de 2022.

2. Ha de advertirse que expediente objeto del presente dictamen trae causa del que dio lugar al Dictamen 254/2021, de 18 de mayo, que concluía que la Propuesta de Resolución no se ajustaba a Derecho procediendo la retroacción del procedimiento, conforme a su Fundamento IV, donde señalábamos:

*«4. Pues bien, como puede observarse, se sustenta, tanto la Propuesta de Resolución como el propio informe del SIP, en la información recabada de los Servicios de Cardiología y Digestivo, que emiten sendos informes el 6 de mayo de 2020 y el 1 de julio de 2019, así como en las testificales realizadas.*

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

*Sin embargo, no se recaba en el expediente, información alguna del Servicio de Radiología, que es, precisamente donde se origina el presunto daño por el que se reclama, tal y como exige el art. 81.1 LPACAP.*

*Y es que, a lo largo del expediente hay una continua contradicción generada por el propio informe del SIP y adoptada por la Propuesta de Resolución, sobre si estábamos ante una posible masa pancreática o ante una real masa pancreática.*

*Así, por un lado, afirma la Propuesta de Resolución que la paciente es diagnosticada de una «posible» masa en páncreas, de forma incidental. Posteriormente se comprueba que no había tal masa, afirmando el SIP que se produjo un falso positivo en cuanto al diagnóstico supuesto.*

*Pero, por otro lado, afirma que no se señaló la presencia de una posible masa, sino que efectivamente había una masa; de hecho, se constató en el informe radiológico su medida: 51 mm x 38 mm, y que el Cardiólogo, el 8 de junio de 2018, le refiere la existencia de tal problema y le indica acudir a su médico de cabecera para que la remita al especialista en digestivo. Igualmente, en el informe de la prueba radiológica en cuestión se insta a realizar Ecografía para valoración de la masa encontrada en cola de páncreas.*

*El informe refiere que no hay más alteraciones en la zona, que hay una «masa en cola pancreática. Resto sin alteraciones significativas».*

Lo cierto es que no se habla de posible masa en el informe radiológico, sino de masa cierta, con exactas medidas, y la valoración a la que se remite es para determinar sus características, no su presencia, que se da por cierta. Tal es así que a lo largo de toda la historia clínica de la paciente se habla de neoplasia de cola de páncreas, entendida la neoplasia como una formación anormal o masa que crece en determinada zona, a pesar de lo cual señala la Propuesta de Resolución:

*«El día 21 de junio, tal y como testimonia el Dr. (...), especialista en Digestivo que atendió a la reclamante durante su ingreso en el HUC (folio n.º 303 y ss) se informó a la paciente de que se le iba a solicitar una prueba para descartar o confirmar si existía esa masa».*

Por otra parte, sin embargo, concluye la Propuesta de Resolución, siguiendo el informe del SIP: «A consecuencia de este hallazgo casual, fue vista por los Servicios de Digestivo y Cirugía General del HUC, descartando un comportamiento maligno de la misma». Pero eso no es exacto, porque lo que se descartó no su fue malignidad, sino su existencia, lo que se justificó por el SIP cuando señaló:

*« (...) se realiza TAC torácico en el que se aprecia imagen compatible con posible masa.*

*El error en Radiología es frecuente y variado. La variación interobservador oscila entre el 6-27 % y la variación intraobservador (del propio observador en cuestión) entre el 10-20 %».*

*Por todo ello, resulta imprescindible en el presente expediente que se recabe informe al Servicio de Radiología para que se pronuncie acerca del caso que nos ocupa, y, concretamente, acerca de cómo es posible que en una prueba de la entidad de un TAC se haya observado el 16 de abril de 2018 una masa en la cola del páncreas de la paciente, con medidas ciertas: 51 mm x 38 mm, y que en la Eco-endoscopia realizada el 21 de junio de 2018 se concluya, así como en todas las pruebas posteriores, la inexistencia de tal masa.*

*Asimismo, debe solicitarse además un informe por parte de un Servicio de Radiología, distinto del que emitió el informe de 16 de abril de 2018, valorando esta misma prueba, a fin de determinar si, efectivamente, se trataba de una prueba clara, donde podía verse la masa de 51 mm x 38 mm, o se trata de una prueba donde se observa algún elemento interpretable según el criterio del médico que la analizara, ya que se habla por el SIP de un «falso positivo», todo ello a fin de aclarar si, como alega la reclamante, la prueba era contundente en el sentido de la presencia de una masa cierta, que no correspondía a ella, por cuanto, en posteriores pruebas dirigidas a su estudio no se observa masa alguna, y si, en su caso, es posible que, de haber existido, se haya reabsorbido en el lapso de tiempo transcurrido desde la prueba radiológica hasta la Eco-endoscopia, donde ya no se observa.*

*5. Por las razones expuestas, no es posible entrar en el fondo del asunto sin antes recabar y obtener los informes a los que se ha hecho referencia, debiendo retrotraerse el procedimiento a fin de solicitar aquéllos, otorgando, posteriormente, a los reclamantes nuevamente trámite de audiencia tras dar traslado de la referida documentación, y emitiendo nueva Propuesta de Resolución que deberá remitirse a este Consejo para la emisión del preceptivo dictamen».*

3. Los reclamantes solicitan una indemnización de 40.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar

y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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.

Por su parte, la resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los reclamantes la condición de interesados al haber sufrido en su esfera personal y moral el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], si bien en este caso actúan mediante representación debidamente acreditada (art. 5.1 LPACAP). Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el día 22 de abril de 2019 respecto de un daño que se entiende producido al diagnosticar la ausencia de masa tumoral el 26 de junio de 2018, esto es, dentro del plazo de prescripción de un año señalado por el art. 67 LPACAP. Asimismo, la propia Administración Pública, en el cuerpo de la Propuesta de Resolución, no aprecia extemporaneidad.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

## II

Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a (...)

En este sentido, se fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

*«PRIMERO.- De los antecedentes que traen causa de la presente reclamación.*

*Del error en el diagnóstico y su posterior rectificación.*

*El pasado mes de abril de 2018, (...) acudió al servicio de urgencia por una valvulopatía cardíaca. Tras realizarle varias pruebas médicas, el cardiólogo le informa “que no se preocupe de eso, que acuda de urgencia a su médico de cabecera porque tenía un tumor del tamaño de un huevo en el páncreas”.*

*Ante esta situación, acude a su médico de cabecera el cual la remite directamente a la Unidad Digestiva del Hospital Universitario de Canarias. En dicha unidad, y tras realizarle un TAC torácico cuyo resultado revela una neoplasia en la cola del páncreas, le informan que “le queda tres meses de vida”, siendo ingresada en fecha 21 de junio de 2018, para realizarle la oportuna intervención quirúrgica. En ese momento, su vida personal, social y laboral se desmoronó, desestabilizando todo su proyecto vital, sufrió una rápida pérdida de peso, insomnio unido a lo que creía una corta esperanza de vida.*

*Cinco días después, en fecha 26 de junio de 2018, se le realiza una biopsia por medio de una eco-endoscopia para una mayor visión de la masa encontrada, sin embargo, en esta segunda prueba resulta negativa, comprobando que el resultado realizado en su momento corresponde a otra paciente, procediendo a darme de alta en la misma fecha. Se adjunta a efectos probatorios, como Documento Número Uno, radiografía e historial clínico, en el que se acredita el error cometido.*

*Tras comunicarle el error cometido en el diagnóstico, provocó en mi representada una evidente desesperación y angustia, padecido no sólo por mi representada, que fue tratada con ansiolíticos, sino también por su entorno y en concreto por su hijo (...), que ha tenido que ser tratado igualmente con fármacos. Se acompaña como Documento Número Dos, tratamiento médico de ambos.*

*(...)*

*SEGUNDO- De los daños que justifican la presente reclamación.*

*Los daños producidos consecuencia del error en el diagnóstico pueden ser englobados en daños psicológicos, presentes, pasados y futuros; Asimismo, el daño moral que he sufrido puede extrapolarse tanto a la esfera personal como laboral.*

*En primer lugar, en relación a los daños psicológicos que ha sufrido (...) así como su hijo (...), es preciso poner de manifiesto que si ya de por sí enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad como lo es un Cáncer resulta siempre delicado y muy duro, si a ello añadimos que ha habido un error en su diagnóstico como consecuencia de la negligencia médica, hace que sea aun más difícil de afrontar y superar la situación. Es por ello, que de lo expuesto se deduce que resulta lógico que el error en el diagnóstico ha provocado en mi representada y*

*en su hijo una perturbación psicológica, así como una desconfianza hacia los profesionales de la medicina, influyendo todo ello en nuestra vida familiar y laboral.*

*Es necesario recordar que las consecuencias de la negligencia médica que derivó en el error en el diagnóstico, de la que es responsable la Administración pública, son ya irreversibles y le acompañarán a lo largo de su vida, alterándole en lo sucesivo sin que ya nada pueda hacer para disminuir o reducir el efecto de la falta de diligencia del HUNSC.*

*La imposición de una indemnización por daños morales es perfectamente compatible con lo anteriormente expuesto, daños que quedan constatados con el propio padecimiento que sufrió, al sentirse triste, culpable y emocionalmente mal, por la situación desencadenada, incrementándose por la angustia de ver cómo le diagnosticaban erróneamente un cáncer de páncreas, estrés ante la frustración de ver una falta de control y profesionalidad de los médicos que me atendieron. Tanto para (...) como su hijo (...), ha cambiado para siempre su estructura familiar mermando su desarrollo, tanto personal como familiar».*

Por todo ello se solicita una indemnización que se cuantifica en 40.000 euros.

### III

En cuanto a la tramitación del procedimiento administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

- Mediante escrito con registro de entrada el día 22 de abril de 2019 (...), en nombre y representación de (...) y (...), promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

- El 25 de abril de 2019 se identifica el procedimiento y se insta la subsanación de la reclamación mediante la aportación de determinados documentos, de lo que reciben notificación los reclamantes el 30 de abril de 2019, viniendo a aportar lo requerido el 9 de mayo de 2019, acreditando en esa fecha la representación mediante apoderamiento apud acta y solicitando práctica de prueba testifical en su momento.

- Mediante Resolución de 14 de mayo de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, y, con idéntica fecha, se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) la emisión de informe. La citada resolución se notifica a los interesados el día 21 de mayo de 2019.

- El 23 de diciembre de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna (copia íntegra de la Historia clínica de la paciente obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, informe del Servicio de Digestivo sobre los hechos reclamados emitido el 1 de julio de 2019, y copia de la historia clínica de la de la paciente perteneciente a Atención Primaria sobre los hechos reclamados), se emite el informe del SIP.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 9 de enero de 2020 se insta a los reclamantes a determinar los testigos cuya testifical propusieron el 9 de mayo de 2019, así como el pliego de preguntas a formular a cada uno. De ello reciben notificación el 14 de enero de 2020, viniendo a aportar lo requerido el 28 de enero de 2020.

- El 5 de febrero de 2020 se recaba por el SIP informe del Servicio de Cardiología del CAE Norte, que se emite el 6 de mayo de 2020 por la doctora que informó a la paciente de la presencia de masa pancreática en abril de 2018.

- El 23 de septiembre de 2020 se dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada (documental y testifical) e incorporando -como prueba documental- la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción, abriendo periodo probatorio para la práctica de la prueba testifical de los testigos que han sido admitidos.

Respecto de la prueba testifical se admite respecto a la Dra. (...) (especialista en Cardiología CEA Norte), al Dr. (...) (Facultativo especialista del Servicio de Gastroenterología, Unidad de Endoscopia del HUC que realizó la prueba el 26 de junio de 2018), al Dr. (...) (Facultativo especialista del Servicio de Digestivo del CAE Norte), a la Dra. (...) (doctora de cabecera del CS La Guancha), Dr. (...) (Facultativo especialista del Servicio de Hospitalización Digestivo del HUC). Sin embargo, se rechaza la prueba testifical respecto de: (...) (Técnico que realizó el TAC de Tórax el 16 de abril de 2018) y Dr. (...) (Facultativo especialista del Servicio de Digestivo en Urgencias del HUC), por considerarse innecesaria en virtud del art. 77.3 LPACAP.

Respecto a (...), su actuación sanitaria se concretó en la simple realización de la prueba TAC, no siendo responsable del diagnóstico emitido a la vista de las imágenes.

En cuanto a (...), se trata de un especialista en Digestivo del Servicio de Urgencias, no siendo tampoco cuestionable -a juicio del SIP- la actuación sanitaria en este Servicio hospitalario. Además, el expediente cuenta ya con un informe

preceptivo del Jefe de Servicio de Digestivo, y obrará en el mismo la prueba testifical admitida en otro especialista del mismo Servicio médico, no siendo, por tanto, necesario el testimonio de más personal correspondiente a esta especialidad, por cuanto la reclamación va dirigida al Servicio de Cardiología

El acuerdo probatorio se notifica a los interesados el día 25 de septiembre de 2020, practicándose las testificales el 20 de octubre de 2020, el 11 de diciembre de 2020, y los días 18 y 26 de febrero de 2021, con el resultado obrante en el expediente.

- El 4 de marzo de 2021 se dicta acuerdo sobre trámite de audiencia, lo que se notifica a los interesados el 5 de marzo de 2021, presentando éstos escrito de alegaciones el 22 de marzo de 2021.

- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias, al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

- Con fecha 5 de abril de 2021 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación formulada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

- El 18 de mayo de 2021 se emite por este Consejo el Dictamen 254/2021, que concluye que la Propuesta de Resolución no se ajusta a Derecho, procediendo la retroacción del procedimiento a fin de recabar los informes señalados en su Fundamento IV.

- El 21 de mayo de 2021 se solicita al SIP la información señalada en el referido dictamen, lo que se reitera el 22 de marzo de 2022.

- El 7 de mayo de 2022 se remiten informes por el Servicio de Radiología del HUC, en los términos señalados en el DCC 254/2021, y, en su virtud, se emite informe complementario del SIP el 8 de junio de 2022.

- El 17 de junio de 2022 se notifica a los reclamantes nuevo trámite de audiencia, presentando aquéllos escrito de alegaciones el 30 de junio de 2022.



- Con fecha 4 de julio de 2022 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación formulada.

## IV

1. Como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación interpuesta por los reclamantes, entendiendo el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. Ante todo, resulta preciso señalar los antecedentes relevantes en relación con este procedimiento que obran en la historia clínica de la paciente, según constan en el informe del SIP emitido el 23 de diciembre de 2019.

*«1.- En enero de 2018 la paciente sufre aborto completo.*

*La paciente en 2018 es valorada por el CAE, en Cardiología, está en estudio por insuficiencia aórtica ligera a moderada. La paciente presenta también astenia, disnea a esfuerzos (...) entre las pruebas que solicita Cardiología hay un TAC de tórax.*

*El 8 de junio de 2018 la paciente acude a consulta de revisión en el Servicio de Cardiología del HUC, refiere la historia clínica escrita por Cardióloga: "informe de TAC: parénquimas pulmonares limpios, masa en cola de páncreas de 5 x 3 cm." el TAC de tórax fue solicitado por Cardiología, y se realiza el 16 de abril de 2018.*

*La Cardióloga escribe en historia clínica: explica a la paciente el hallazgo en la cola del páncreas, le entrego informe para que su MAP cree IC a Digestivo.*

*2.- El 11 de junio de 2018, un lunes a las 8 y media de la mañana, la paciente acude a su médico de cabecera con resultados del TAC y este emite ese día solicitud valoración al especialista de Digestivo, que responde la atenderán lo antes posible.*

*La paciente va al médico de cabecera el 11 de junio de 2018 y "acude sin cita porque le dieron resultado de un TAC solicitado por Cardiología".*

*El resultado del TAC que aporta dice lo siguiente: "en abdomen superior se aprecia aumento de tamaño de cola pancreática que conforma una masa de 58 x 36 mm, sin infiltración grasa adyacente a valorar por Ecografía. Resto de estructuras visibles dentro de la normalidad. Conclusión: imagen de masa en cola pancreática, resto sin alteraciones significativas, la médica de cabecera remite al Digestivo y solicita Ecografía abdominal-pélvica urgente.*

*La exploración física es anodina, no hay pérdida de peso, ni dolor, solo dispepsia de predominio nocturna. El día 18 de junio el Digestivo contesta que citan en CAE a la mayor brevedad. El día 20 de junio la observa en el CAE.*

*3.- El especialista de Digestivo el 20 de junio de 2018 en CAE, la observa, la exploración física expone que es normal. La impresión diagnóstica es de hallazgo radiológico: "posible masa pancreática".*

*Remiten a urgencias hospitalaria para ingreso y estudio con cita inmediata en Consultas Externas del HUC.*

*El 21 de junio de 2018 la paciente ingresa en la planta de Digestivo, y se solicita estudio completo, analítica con marcadores tumorales, Eco-Endoscopia, con intención de PAFF en caso de lesión, el resultado es de es que no existen lesiones en cola de páncreas, la analítica es normal, marcadores tumorales negativos, ante ausencia de clínica de alarmas, y estabilidad clínica se la da el alta hospitalaria.*

*Aun así, se decide por el Servicio de Digestivo un seguimiento. Se piden pruebas en la próxima consulta de Digestivo. Se solicita TAC abdominal el 1 de julio de 2017.*

*El 20 de julio de 2018 cita en Cirugía General y Digestiva y no acude. El 26 de julio tiene cita para TAC abdominal y no acude.*

*El 6 de septiembre de 2017 (sic) cita en Digestivo y no acude.*

*El 24 de septiembre muy alterada refiere al médico de cabecera que decidió no hacerse las pruebas del Digestivo, entonces la médica de cabecera vuelve a hacerle una solicitud de ECO abdominal-pélvica.*

*El 2 de octubre de 2018 se realiza ECO pélvica y ECO de abdomen, no se encuentran masas ni lesiones. El 8 de octubre la médica de cabecera comunica resultados de ECO a la paciente, vuelve a remitir al especialista de Digestivo del CAE por dispepsia con la prueba realizada. El 11 de octubre le contestan que la citaran para valoración».*

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la

actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

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

4. Pues bien, sentado lo anterior, a raíz de nuestro Dictamen 254/2021, de 18 de mayo, se recabaron informes del Servicio de Radiología del HUC que, como bien señala la Propuesta de Resolución, no solo confirmarían la correcta actuación de los servicios sanitarios, sino que, de hecho, demostrarían que se extremaron realmente todas las precauciones, agotando los medios para descartar patología maligna en la paciente, a la vista de la observación de masa pancreática de forma incidental en TAC realizado a solicitud del Servicio de Cardiología.

Así, efectivamente, tal y como señala la Propuesta de Resolución, en primer lugar, en contra de lo alegado por la interesada, ha de refutarse que la prueba Angio TAc informada de «*posible masa en cola de páncreas*», corresponda a otro paciente, pues se ha constatado a lo largo de la historia clínica de la reclamante que corresponde a ella.

En segundo lugar, ha de señalarse que la realización del Angio TAC responde a la debida diligencia por parte del Servicio de Cardiología, que es quien la solicita, por estar en 2018 en estudio por insuficiencia aórtica ligera a moderada y presentar también astenia, disnea a esfuerzos (...) Entre las pruebas que solicita Cardiología hay un TAC de tórax. Pero, además, también forma parte de la especial diligencia que se ha puesto en este caso el que, a raíz de un hallazgo incidental en órgano distinto de aquel al que iba dirigida la prueba y no en el estudio multifase específico para la evaluación de ese órgano, se activara todo el protocolo preciso para el estudio del hallazgo por el Servicio de Digestivo. Así consta en la historia clínica de la paciente que *«El 11 de junio de 2018, un lunes a las 8 y media de la mañana, la paciente acude a su médico de cabecera con resultados del TAC y este emite ese día solicitud valoración al especialista de Digestivo, que responde la atenderán lo antes posible»*. Sucesivamente se realiza el seguimiento que consta en la historia clínica.

Así informe del SIP de 23 de diciembre de 2019 aclara:

*« (...) incidentalmente, de modo incidental, accesorio, secundario, episódico, circunstancial, accidental, anecdótico y ocasional, se entiende una situación que puede ocurrir, suceder o acontecer en algún asunto y que se relaciona directamente con él. En medicina, un incidentaloma es un tumor encontrado de forma casual (incidental) en ausencia de síntomas y signos específicos al realizar una exploración radiológica a un paciente»*.

Por ello explica el Dr. (...):

*« (...) En el informe de radiología al respecto, no se hace alusión a neoplasia, y se propone confirmación en la escalada diagnóstica, al tratarse de una enfermedad potencialmente letal.*

*(...) se describió un hallazgo incidental, potencialmente letal, en prueba de imagen dirigida a otro órgano, y se indicó por el radiólogo la escalada diagnóstica con otra prueba diagnóstica más específica que descartó malignidad»*.

Finalmente, y lo que constituye el eje de la reclamación, no puede decirse que haya habido error de diagnóstico. Nunca se diagnosticó neoplasia maligna ni cáncer, siendo la referencia hecha por la paciente a que se le dijo que le quedaban tres meses de vida una afirmación no constatable.

Todo lo contrario, el diagnóstico de masa en cola de páncreas fue correcto, y nunca se emitió otro más gravoso, sino que se sometió a la paciente a estudios para completar y definir el carácter de la masa.

Así, como informa el Dr. (...) el 22 de abril de 2022, tras valorar de nuevo el Angio TAC que nos ocupa, efectivamente, en tal prueba se confirma el resultado vertido originalmente, por lo que no es incorrecto:

*«Revisado el caso que nos ocupa, efectivamente en la serie de 3 imágenes 86 a 94 del estudio referido Angio-TC de tórax con contraste del 16 de abril de 2018, se confirma la presencia de ese aumento focal o masa de la cola de pancreas (51 x 36mm en eje axial) frente a un espesor anteroposterior de 20mm en cola pancreática proximal, a la que se hace referencia en el informe».*

Y así se confirma también en informe emitido por la Dra. (...), especialista en Radiología del HUC, a la vista de la misma prueba, corroborando la valoración de las imágenes del TAC realizada en la historia clínica de la paciente, y es que en nuestro Dictamen se solicitaba *«informe por parte de un Servicio de Radiología, distinto del que emitió el informe de 16 de abril de 2018, valorando esta misma prueba, a fin de determinar si, efectivamente, se trataba de una prueba clara, donde podía verse la masa de 51 mm x 38 mm, o se trata de una prueba donde se observa algún elemento interpretable según el criterio del médico que la analizara (...)»*.

Ciertamente, no se emitió este informe de valoración de la prueba nuevamente por otro Servicio de Radiología, como solicitaba este Consejo, sino por otro facultativo del mismo Servicio que la valoró previamente, pero, en todo caso, este informe corrobora una valoración objetivable.

Así pues, como señala el Dr. (...), es lógico que, como consecuencia de lo observado en esta prueba, y ante la posibilidad de que se tratara de un tumor maligno, se decidió completar el estudio, sin haberse vertido en ningún momento diagnóstico de malignidad, pues la neoplasia determina una masa anormal de tejido, pero puede ser de carácter benigno o maligno, lo que debe descartarse con pruebas más específicas.

Así, coherentemente, consta en la historia clínica de la reclamante:

*«2.- El 11 de junio de 2018, un lunes a las 8 y media de la mañana, la paciente acude a su médico de cabecera con resultados del TAC y este emite ese día solicitud valoración al especialista de Digestivo, que responde la atenderán lo antes posible.*

*La paciente va al médico de cabecera el 11 de junio de 2018 y “acude sin cita porque le dieron resultado de un TAC solicitado por Cardiología”.*

*El resultado del TAC que aporta dice lo siguiente: “en abdomen superior se aprecia aumento de tamaño de cola pancreática que conforma una masa de 58 x 36 mm, sin*

*infiltración grasa adyacente a valorar por Ecografía. Resto de estructuras visibles dentro de la normalidad. Conclusión: imagen de masa en cola pancreática, resto sin alteraciones significativas, la médica de cabecera remite al Digestivo y solicita Ecografía abdominal-pélvica urgente.*

*La exploración física es anodina, no hay pérdida de peso, ni dolor, solo dispepsia de predominio nocturna. El día 18 de junio el Digestivo contesta que citan en CAE a la mayor brevedad. El día 20 de junio la observa en el CAE.*

*3.- El especialista de Digestivo el 20 de junio de 2018 en CAE, la observa, la exploración física expone que es normal. La impresión diagnóstica es de hallazgo radiológico: "posible masa pancreática".*

*Remiten a urgencias hospitalaria para ingreso y estudio con cita inmediata en Consultas Externas del HUC.*

*El 21 de junio de 2018 la paciente ingresa en la planta de Digestivo, y se solicita estudio completo, analítica con marcadores tumorales, Eco-Endoscopia, con intención de PAFF en caso de lesión, el resultado es de es que no existen lesiones en cola de páncreas, la analítica es normal, marcadores tumorales negativos, ante ausencia de clínica de alarmas, y estabilidad clínica se la da el alta hospitalaria.*

*Aun así, se decide por el Servicio de Digestivo un seguimiento. Se piden pruebas en la próxima consulta de Digestivo. Se solicita TAC abdominal el 1 de julio de 2017.*

*El 20 de julio de 2018 cita en Cirugía General y Digestiva y no acude. El 26 de julio tiene cita para TAC abdominal y no acude.*

*El 6 de septiembre de 2017 cita en Digestivo y no acude.*

*El 24 de septiembre muy alterada refiere al médico de cabecera que decidió no hacerse las pruebas del Digestivo, entonces la médica de cabecera vuelve a hacerle una solicitud de ECO abdominal-pélvica.*

*El 2 de octubre de 2018 se realiza ECO pélvica y ECO de abdomen, no se encuentran masas ni lesiones. El 8 de octubre la médica de cabecera comunica resultados de ECO a la paciente, vuelve a remitir al especialista de Digestivo del CAE por dispepsia con la prueba realizada. El 11 de octubre le contestan que la citaran para valoración."*

*Así pues, y en respuesta a las alegaciones vertidas por los reclamantes el 30 de junio de 2022, no se contradice el Dr. (...) al señalar que hubo un falso positivo y luego señalar que no lo hubo, pues lo que afirma en su informe es que sí hubo un falso positivo para malignidad, por lo que se siguió estudiando a la paciente y sometiéndola a más pruebas para confirmarlo o descartarlo, dado el carácter potencialmente letal de un cáncer de páncreas, pero no hubo falso positivo en cuanto a la visualización de una anomalía anatómica compatible con masa*

en la cola del páncreas, pues analizada de nuevo esta prueba por el Dr. (...) y también por la Dra. (...), se constata la existencia de tal anomalía.

Así señala entre sus conclusiones la Propuesta de Resolución:

1.- La paciente es diagnosticada de una posible masa en páncreas, de forma incidental. Posteriormente se comprueba que no había tal masa. Se produjo un falso positivo en cuanto al diagnóstico supuesto.

2.- Importante es que el Cardiólogo, el 8 de junio de 2018, le refiere la existencia de tal problema y le indica acudir a su médico para que remita al Digestólogo. Igualmente, en el informe de la prueba radiológica en cuestión se insta a realizar Ecografía para valoración de la masa encontrada en cola de páncreas.

El informe refiere que no hay más alteraciones en la zona, que hay una “masa en cola pancreática. Resto sin alteraciones significativas”.

No se habla de cáncer en el informe radiológico, otro tema es que dado este informe se suponga la existencia del mismo y hay que hacer pruebas para comprobarla, valorar y estudiar dicha masa. Es lo indicado.

3.- A consecuencia de este hallazgo casual, fue vista por los Servicios de Digestivo y Cirugía General del HUC, descartando un comportamiento maligno de la misma, y planificando un seguimiento ambulatorio posterior. Este seguimiento no se llevó a cabo por incomparecencia de la paciente a las citas programadas.

4.- No se comprueba que el estudio correspondiera a otro paciente. La duda sí está presentada para comprobación y diagnóstico definitivo, que es lo importante, y por eso se realizaron posteriores pruebas diagnósticas. El Dr. (...) confirma la presencia de anomalía anatómica en cola de páncreas compatible con imagen de masa, por lo que, efectivamente, la presentaba.”

Tal y como señala la Propuesta de Resolución, todo el proceso asistencial ha sido conforme a la lex artis, señalando al respecto:

«Con fecha 6 de mayo de 2020 informa la Dra. (...), especialista en Cardiología que atendió a la paciente en el CAE de Icod de los Vinos (folio n.º 264), y expone que el día 8 de junio de 2018, al valorar el TAC torácico que se le había solicitado con objeto de descartar patología isquémica, observa que se informa del aumento del tamaño de la cola pancreática, conformando una masa de 58x36mm (folio n.º 195). Le entrega el informe para que se lo haga llegar a su médico de Atención Primaria. Esta afirmación la corrobora en la práctica de la prueba testifical, al exponer que no le comentó que tenía “un tumor del tamaño de un huevo”, sino que no se demorara en asistir a su médico a fin de poder comenzar cuanto antes el estudio por el Servicio de Digestivo (folio n.º 287)

*El Dr. (...) testifica que el día 20 de junio atendió a la paciente en consulta, en la que se le hizo Historia clínica, exploración física y valoración de las pruebas complementarias, objetivas, en las que se basa el facultativo para emitir un diagnóstico (folios n.º 288 y ss). Tras valorar a la reclamante, se le informa de la existencia de una posible masa en el páncreas, por lo que se decidió su traslado al HUC (folio n.º 223), para que pudiera ser estudiada allí lo antes posible y así evitar la demora que supondría si solicitase interconsulta con Digestivo.*

*El día 21 de junio, tal y como testifica el Dr. (...), especialista en Digestivo que atendió a la reclamante durante su ingreso en el HUC (folio n.º 303 y ss) se informó a la paciente de que se le iba a solicitar una prueba para descartar o confirmar si existía esa masa. En ningún momento se le habló de que tenía un tumor en la cola del páncreas, sino que se le explicó a la paciente que iba a procederse a realizar una segunda prueba, de mayor especificidad y sensibilidad, para completar el estudio de la masa*

*En su informe, el SIP explica que cuando en medicina se hace referencia a la exactitud de una prueba médica, los estadísticos usan las palabras sensibilidad y especificidad. La sensibilidad se refiere a la proporción de las veces en que un resultado muestra verdaderos positivos. Cuando la sensibilidad se acerca al 100%, es más probable que un resultado signifique que un paciente padece una enfermedad.*

*La especificidad se refiere a la proporción en la que un resultado da negativos verdaderos. Cuando la especificidad se acerca al 100%, es más probable que un resultado signifique que un paciente no tenga una enfermedad.*

*Una prueba perfecta sólo daría verdaderos positivos y verdaderos negativos, y la peor prueba posible sería lo mismo que adivinar. Todas las pruebas usadas en medicina caen en algún lugar entre estos dos extremos. Esta incertidumbre genera algunas dificultades. Una prueba que da un resultado positivo usualmente lleva a la ejecución de una segunda prueba, más exacta.*

*Un resultado falso positivo es el que lleva a un médico a sospechar que una enfermedad o condición se presenta cuando NO está realmente ahí. Hay muchas razones por las que un examen o prueba pueda indicar la presencia de una condición que no está realmente ahí. Esto incluye el error humano y las limitaciones de las técnicas que se usan.*

*Una de cada tres evaluaciones por Tomografía Computarizada para la detección del cáncer de pulmón, por ejemplo, produce resultados falsos positivos, se ha comprobado tras estudios que llegan estos al 33% de los casos. En las pruebas diagnósticas en medicina, los falsos positivos existen hasta en los estudios celulares tras una biopsia.*

*El Dr. (...) realiza Eco-endoscopia el día 26 de junio de 2018, a fin de confirmar o descartar la existencia de la masa pancreática, y testifica que en la misma prueba no se identifica ninguna lesión, informando de ello a la paciente, y exponiendo que lo correcto es*



realizar un nuevo escáner para confirmar la ausencia de la lesión pancreática (folio n.º 301 y ss).

*En esta prueba, se valora el páncreas y ante la existencia de masa, se realizaría PAFF. Prueba indicada al caso en cuestión. En esta prueba se examina detenidamente la glándula pancreática sin identificar lesiones focales. No hay lesiones pancreáticas. No es necesario puncionar.*

*Los Marcadores tumorales en analítica son igualmente negativos. No hay clínica de alarma. Ante ello cursan alta hospitalaria.”*

Así, como puede verse, el proceso de pruebas realizadas a la paciente en busca de un adecuado y definitivo diagnóstico implicó el agotamiento de todas las pruebas disponibles, para descartar una posible patología grave, como sería el cáncer de páncreas, sin que sea reprochable a la Administración responsabilidad patrimonial alguna. Así, dado que se sospechaba una patología potencialmente letal, a la vista del TAC que objetivaba una alteración anatómica compatible con una masa en cola de páncreas masa, lo indicado era la realizaron escalonadamente de todas las pruebas posteriores para descartar su malignidad, tal y como se hizo.

Por todo lo expuesto, es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución al concluir que la actuación de la Administración es conforme a la *lex artis*, por lo que procede desestimar la pretensión indemnizatoria.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación de los interesados.