

D I C T A M E N 6 8 9 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 659/2024 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, pues los interesados solicitan una indemnización de 136.956,18 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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

5. 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona fallecida -(...)- la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se transmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede

con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: “Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure propio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis”.

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, esposa e hijos del fallecido, respectivamente, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

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, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 14 de marzo de 2022, habiéndose producido el fallecimiento del causante de los interesados el día 17 de marzo de 2021.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el Dictamen 106/2024, de 29 de febrero, emitido en relación con este asunto, para así facilitar la plena comprensión del mismo, así, en dicho Dictamen se manifestó que:

«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 dispensada a su esposo y padre en el SCS.

A este respecto, los interesados exponen en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- En abril de 2020 (...), comenzó a padecer un dolor intenso en el cuello, que se fue extendiendo al hombro, brazo y mano izquierda, acompañándose más tarde de calambres, pérdida de fuerza y adormecimiento de los dos últimos dedos de la mencionada extremidad. Progresivamente se produjo la caída del párpado del ojo izquierdo hasta quedar cerrado y sin parpadeo; desequilibrio; dificultad para estar de pie y caminar; pérdida de 20Kg de peso en el último mes, atrofia de mano, brazo y pierna, con deplorable aspecto del estado general.

SEGUNDA.- Al principio, en abril de 2021, (...) acudió al médico de familia, quien le dijo que se trataba de un dolor muscular, por lo que tras su recomendación acudió a varios fisioterapeutas privados, donde solo consiguió un alivio momentáneo. Tras ello consultó por teléfono, dado que no le facilitaban acudir presencialmente, excepto en dos ocasiones, con varios médicos de familia del Centro de Salud de Valtierra, ya que la médico titular que tenía asignada (...), (...), se encontraba de baja y cada vez había un sustituto diferente, que se limitaba a recetarle antiinflamatorios y analgésicos, a pesar de que expresó reiteradamente lo mal que se sentía y que no hallaba mejoría alguna. Uno de los médicos de familia que le atendió le prescribió una radiografía del hombro doloroso, en la que, según le informaron, se veía algo raro, sin interés, que no pareció inspirarlo a continuar estudiando la causa de los fuertes dolores, que iban en aumento.

TERCERA.- El aparente empeoramiento del estado de salud de (...) le impedía dormir y descansar correctamente, lo que le obligó visitar el servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa en múltiples ocasiones, donde se limitaban a recetarle: Tramadol, Lyrica, etc, que solo conseguía un insignificante alivio momentáneo. Pero, los médicos tampoco consideraron que (...) tenía que ser remitido a un especialista que pudiera averiguar lo que verdaderamente estaba pasando.

CUARTA.- El 24 de julio de 2020 (...) acudió a un fisioterapeuta privado, dado que la situación se tornó insostenible y estaba desesperado, allí le recomendaron que se realizara una resonancia magnética del hombro afectado. El radiólogo que intentó hacerla, viendo que el dolor le impedía colaborar, le aconsejó ir a su médico para que le recetara una inyección analgésica y volviera a las dos horas para realizar un nuevo intento, cosa que hizo. Días más tarde, el médico de familia concluyó que, según el informe, los hallazgos obtenidos en la misma no parecían ser la causa de lo que le estaba pasando, y cursó solicitud de interconsulta a Rehabilitación del Hospital Dr. José Molina Orosa, donde nunca fue citado.

(...)

QUINTA.- Ante la incapacidad que le producía la enfermedad, un familiar habló con alguno de los médicos del Centro de Salud de Valterra, insistiendo en el hecho de que (...) le pidió por favor cita presencial para que viera de forma patente el mal estado físico y los signos que presentaba. Por su parte (...) le contestó que no podía ser, porque ella estaba embarazada y no podía arriesgarse a contagiarse del coronavirus, sin plantearle al mismo otra alternativa. Al día siguiente, 01/10/2020, el mismo familiar se personó en nombre de (...) ante la Dirección el Centro de Salud de Valterra, alegando que, a todas luces, él estaba sufriendo una grave enfermedad, volviendo a insistir en la preocupación de que pudiera tratarse de una metástasis en el pulmón. La directora, (...), solicitó sobre la marcha una RX de tórax, que le realizaron esa misma tarde, pero le notificaron en el Servicio de Rayos que el resultado tardaría una semana como mínimo en conocerse, porque es el tiempo que tarda normalmente el radiólogo en informarla.

Pero como nada hacía plantearse a alguno de los médicos que atendieron a (...) en el Área de Salud de Lanzarote la necesidad de solicitar estudios dirigidos a la Detección Precoz del Cáncer de Pulmón, recomendados por Protocolo, existente en el Servicio Canario de Salud, y los síntomas/signos que eran cada vez más evidentes, alarmantes e insoportables (atrofia y pérdida de sensibilidad en mano y brazo izquierdo; atrofia y torpeza en pierna izquierda; párpado izquierdo totalmente caído y sin parpadeo, pérdida de 20 Kg de peso, etc.), con nula respuesta a los potentes tratamientos prescritos, no le quedó más opción que solicitar por su cuenta consulta privada al Dr. (...), neurocirujano del Hospital (...) de Gran Canaria, quien le recomendó acudir urgentemente a un especialista en Medicina interna. Este hecho alertó más aún a la familia que, totalmente desesperanzada y sin saber qué hacer ni dónde acudir decidieron solicitar cita urgente en la Clínica Universidad de Navarra, dado el estado en que se encontraba (...) y el hecho de que no era atendido correctamente por el sistema público de salud.

No recibiendo la debida atención médica en la isla de Lanzarote, (...) se vio obligado a desplazarse a la Clínica Universidad de Navarra (CUN), donde fue diagnosticado, según consta en el informe médico, de " (...) Tumor de Pancoast, localizado en el ápice del lóbulo

superior izquierdo infiltrando pleura, mediastino posterosuperior, 1ª y 2ª costilla izquierda, el hemicuerpo vertebral izquierdo de T1 y T2, con posible invasión del canal medular (...) estadio T3 Nx M0 (...) ", que de haber permanecido en Lanzarote, pudiera haberse dado la circunstancia de que en escasos días se hubiera producido un fatal desenlace, según fue informado por el oncólogo de la mencionada clínica.

SEXTA.- El 4 de octubre de 2020, (...) ya totalmente dependiente, en silla de ruedas que tenía que ser manejada por un familiar, pudieron llegar a Pamplona y el 06/10/20 acudieron a la consulta de Hematología de la CUN, porque los internistas no tenían cita disponible hasta el 12/10/20 y tenían todos, incluido él, la sensación de que no llegaría con vida hasta ese día. Según consta en el informe médico, a su llegada presentaba " (...) Anorexia grado 3. Astenia grado 3. Inestabilidad para la marcha, ptosis palpebral (...) ".

SÉPTIMA.- El 8 de octubre de 2020, estando en Pamplona, la médico de familia del Centro de salud de Valterra, (...), llama a (...) por teléfono y le informa que la RX de tórax realizada era rigurosamente normal.

El mismo día le confirmaban a (...) desde la CUN que su diagnóstico era: "Carcinoma de pulmón pendiente de filiar (...) ".

El oncólogo que le comunicó el diagnóstico, le planteó la necesidad de iniciar tratamiento urgente con radioterapia externa y quimioterapia endovenosa, con la intención de evitar la progresión clínica del cuadro de compresión medular que padecía y comprometía seriamente su vida. Así que tuvo que someterse al mismo sobre la marcha.

OCTAVA.- Una vez administradas cinco sesiones de radioterapia y una de quimioterapia, (...) puso todo el empeño en trasladarse a Canarias. Pudo lograrlo cuando los oncólogos de la CUN garantizaron que continuara recibiendo el tratamiento en Gran Canaria de forma ininterrumpida, en especial la radioterapia.

Tras conversaciones entre los oncólogos de la CUN con el Dr. (...), jefe de Oncología Pulmonar del Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria, y ante el retraso que supondría gestionar el traslado y continuar su dilación con las sesiones de Radioterapia, la acogida al Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario Dr. Negrín, y la posibilidad de continuar el tratamiento en el Hospital Universitario (...), ante la necesidad de estar cerca de su familia, no lo dudó.

A su llegada al aeropuerto de Gran Canaria, se dirigieron directamente al Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario (...). Esa mañana planificaron el tratamiento y, esa misma tarde, comenzaron a administrarle la primera sesión del ciclo, continuando ininterrumpidamente hasta el 30 de noviembre de 20, de lunes a viernes, con descanso los fines de semana, como venían haciendo en la CUN.

Por otro lado, el tratamiento con quimioterapia seguido en el Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria constaba de una dosis semanal,

hasta el 26 de noviembre de 2020, inclusive. En consulta externa de oncología el 2 de diciembre de 2020, el oncólogo Dr. (...) solicitó TAC, analítica, y programó cita para nueva consulta el 22 de diciembre de 2020, con la finalidad de concluir si podía iniciar tratamiento con inmunoterapia.

NOVENA.- (...), no pudo utilizar oportunamente los recursos del Servicio Canario de Salud por no haberlos puestos este Organismo a la disposición del mismo, pese a las múltiples consultas y asistencias al Centro de Salud de Valterra y Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, por lo que se vio obligado a solicitar asistencia sanitaria en la medicina privada, sin que esto constituyera una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Consideramos importante mencionar que el desmedido sufrimiento que supuso para él y su familia esta historia, y que a día de hoy sigue suponiendo, con los consecuentes daños físicos, psicológicos y económicos derivados del mismo, son imponderables, y por ello irreparables.

(...)

DUODÉCIMO.- Desafortunadamente, a pesar de todo el esfuerzo, (...) falleció el 17 de marzo de 2021, en el Hospital Dr. José Molina Orosa a causa de la enfermedad de base " (...) Tumor de Pancoast, localizado en el ápice del lóbulo superior izquierdo infiltrando pleura, mediastino posterosuperior, 1ª y 2ª costilla izquierda, el hemicuerpo vertebral izquierdo de T1 y T2, con posible invasión de canal medular (...) estadio T3 Nx M0 (...) ", y con toda probabilidad de haberse tenido un diagnóstico a tiempo, hubiera podido sobrevivir, toda vez que como consta en los informes médicos, concretamente obrante su historio clínica del día 28 de enero de 2021 se hace constar "me pongo en contacto telefónico con Dr. (...); oncólogo del paciente en Gran Canaria. Me indica que la respuesta del adenocarcinoma al tratamiento ha sido excelente y se encuentra en situación de remisión con tratamiento de mantenimiento por lo que se trata de un paciente candidato a UCI"».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos que obra en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), de 28 de noviembre de 2023, en el que se expone lo siguiente:

«A.-El paciente con fecha de nacimiento 18.04.54 entre sus antecedentes contaba con: Diabetes, hipertensión, carcinoma de paladar en 2013 en remisión completa, Leucemia linfática crónica desde abril de 2018 en revisiones periódicas por Hematología sin necesitar tratamiento.

B.- Manifiesta por primera vez ante su médico de Atención primaria dolor e impotencia funcional de hombro izquierdo el 22 de junio de 2020. Se califica de bursitis y se pauta tratamiento.

El día 05.07.20 en el Centro de Salud: “Acude paciente por dolor en hombro izquierdo con sensación de calambres y dolor hacia antebrazo. Hoy refiere que el dolor no le permitió descansar. No dolor a la movilización activa del brazo. No dolor centrotorácico, no cuadro vegetativo acompañante, no disnea. Refiere dolor en reposo en momentos puntuales que llega como en descarga desde la axila.”

A la exploración: Hombro No deformidad, no tumefacción, no hematoma. no Dolor a palpación zona manguito rotadores. Dolor a la abducción/rotación externa activa o pasiva. Maniobras contrarresistencia no dolorosas. No Impotencia funcional. No alteración neurológica ni vascular distal. Columna cervical: No deformidad, no tumefacción, no hematoma. No apofisalgias (...).

Se indica analgesia y Radiografía de columna, sin hallazgos de interés.

C.- 17 de julio de 2020: Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa. Única vez que acude a dicho Servicio de Urgencias hospitalario.

Motivo de consulta: Dolor de hombro izquierdo de varios meses de evolución, pautada analgesia en su centro de salud. Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado. Dolor a la movilización de hombro izquierdo. No signos inflamatorios.

Los servicios de urgencias hospitalarios prestan la asistencia sanitaria necesaria para atender la causa que ha llevado al enfermo a acudir al mismo. Si se trata de patologías graves, en las cuales peligra la vida del paciente, la asistencia debe ser inmediata y con la extensión que precise. Sin embargo, en otras circunstancias se trata el síntoma para, una vez estabilizado, derivar al paciente a su médico habitual para ampliar estudio y continuar el tratamiento, como sucedió en este caso.

D.- El dolor de hombro es responsable la tercera causa de todas las consultas de patología musculoesquelética, con una incidencia anual de 15 episodios por 1000 pacientes en consultas de atención primaria. Se estima que su prevalencia es de aproximadamente el 16-26%. Las principales causas de dolor son las degenerativas, inflamatorias o traumáticas y, con menor frecuencia, las manifestaciones locales de enfermedades sistémicas.

Las causas de dolor más frecuentes relacionadas con la articulación del hombro son:

- Periarticulares: tendinitis del manguito de los rotadores, rotura del tendón del manguito de los rotadores, tendinitis bicipital, bursitis subacromiodeltoidea.*
- Articulares: artrosis, artritis inflamatorias, artritis séptica, artritis por cristales, capsulitis adhesiva, luxación-subluxación.*
- Óseas: Traumatismos, neoplasias óseas, osteomielitis, necrosis ósea avascular.*
- Entre las causas extrínsecas o patrón referido:*

Neurológicas: compresión de raíces cervicales, lesiones en el plexo braquial.

Abdominales: enfermedad hepato-biliar, absceso subfrénico.

Cardiovasculares: isquemia miocárdica, trombosis de vena axilar, disección aórtica.

Torácicas: neumonía, tumores pulmonares, neumotórax, embolismo pulmonar.

Otras: fibromialgia, distrofia simpáticorefleja, herpes zóster. Se sospechará de un patrón referido, en función de los antecedentes personales del paciente y al descartar la existencia de los patrones anteriores.

E.- 24.07.20: Se realiza Resonancia Magnética privada con resultado de Discopatía cervical múltiple, lo que justificaría la clínica presentada considerando la implicación cervical en el dolor de hombro con una alta prevalencia.

05.08.20: Desde atención Primaria se cursa interconsulta con Traumatología y Rehabilitación.

F.- 11.08.20: Consulta con Neurocirujano privado Dr. (...) en Clínica (...) en Las Palmas. Este a la vista de la exploración y de la Resonancia Magnética aportada solicita entonces Electromiograma (EMG) también con carácter privado que se realiza el 2 de septiembre de 2020 en (...).

En la consulta del 31.08.20 el médico de familia describe: " (...) ha sido visto por neurocirujano en Las Palmas privado que ha confirmado el tratamiento pautado desde esta consulta con Lyrica de 75 cada 12 horas. Se le realizará próximamente una electromiografía y le volverá a ver de forma privada, (...) .".

En el EMG de 02.09.20 se observó polineuropatía sensitivo motora en relación con diabetes mellitus y radiculopatía crónica C6-C7. Justificaría igualmente los síntomas manifestados dolor hombro irradiado a brazo.

No se ha aportado informe del Neurocirujano a pesar de haberlo solicitado por este Servicio de Inspección.

La clínica presentada y las pruebas exploratorias realizadas no permitieron que tampoco por especialista neurocirujano privado se indujera sospecha diagnóstica sobre proceso pulmonar.

G.- 30.09.20: Por la médico de Atención Primaria se cursa interconsulta a Hematología, por alteraciones analíticas. El 1 de Octubre se solicita radiografía de tórax.

H.- Adquiere billetes el 2 de Octubre para desplazarse el día 4 de octubre a Pamplona.

Inicia consultas en la Clínica (...) Servicio de Hematología el día 06.10.20 por Leucemia linfática crónica ya conocida desde 2018. Se realiza analítica a este fin. Se solicita interconsulta con Traumatología y por parte de este Servicio el día 07.10.20 remite al paciente a Neurología.

Neurología en consulta del día 07.10.20 describe: “Desde hace un mes aproximadamente nota pérdida de fuerza en mano y brazo izquierdo (...) desde hace el mismo tiempo nota caída del párpado izquierdo (...) .En el último mes ha adelgazado 20 kg manteniendo la ingesta (...) .En las últimas dos semanas ha comenzado a notar inestabilidad para caminar, con lateropulsiones hacia ambos lados (...) .” El Juicio clínico es: afectación de plexo cervical y de raíces.

Ese mismo día 7 se realiza TAC cervical, torácico y abdominal que determina entonces la existencia de masa pulmonar iniciando consultas y tratamiento con quimioterapia y radioterapia en Oncología desde el 08.10.20. hasta el 21.10.20 por Adenocarcinoma de pulmón Tumor de Pancoast Estadío -IIIB.

PET/TAC 16-10-20: Gran masa tumoral en el ápice del lóbulo sup izq, que infiltra la pleura, tejidos blandos, costillas, cuerpos vertebrales y sospecha de infiltración canal medular. No se evidencia metástasis a distancia.

Se denomina tumor de Pancoast al cáncer de pulmón localizado en el vértice pulmonar, siendo en su mayoría un adenocarcinoma. Puede no presentar síntomas respiratorios: tos, dificultad para respirar, etc pero sí se caracteriza por presentar: dolor de hombro con debilidad y atrofia de los músculos de la mano, caída del párpado, (...) Esta sintomatología la presenta desde septiembre de 2020.

I.- Realiza desplazamiento desde Pamplona a Gran Canaria el día 22.10.20 y acude a la Clínica (...) a fin de recibir tratamiento de Radioterapia en régimen privado entre el 23 de Octubre y el 30 de noviembre de 2020.

Informa el Servicio de Oncología del CHUIMI: “ (...) el paciente decide comenzar el tratamiento de forma privada en Hospital (...) y nos informa de su decisión. Se informa al paciente en nuestra primera visita que existe la posibilidad de hacer el tratamiento en servicio radioterapia del Hospital Negrín pero el paciente nos informa que ante la prisa de comenzar lo prefiere hacer en Hospital (...) con el Dr. (...) ”

J- Simultáneamente al tratamiento radioterápico que decidió realizar en régimen privado en (...), por oncología del CHUIMI desde el 2 de noviembre hasta el 22 de febrero se somete a seguimiento y tratamiento de quimioterapia e Inmunoterapia.

Recibe también atención por la unidad de cuidados paliativos y por psiquiatría del CHUIMI.

K.- Ingresa en el HJMO entre el 23.01.21 y el al 11.02.21 por Neumonía bilateral por SARS-COV-2 acompañado de insuficiencia respiratoria

No consta situación de remisión a la vista del PET realizado el 22.02.21 donde se describe una situación de persistencia y progresión tumoral: “ (...) . disminución de tamaño y captación de la lesión apical en lóbulo superior izquierdo, que persiste con captación patológica. Aumento de tamaño de los nódulos pulmonares en lóbulo inferior izquierdo y en

lóbulo medio que asocian captación patológica sospechosos de malignidad. Hallazgos en cuerpo vertebral y arco posterior D1 y canal medular sospechosos de malignidad (...) ”.

El 28.02.21 reingresa en el HJMO y consta: En TAC torácico realizado hay signos de neumonía bilateral, con derrame pleural bilateral y progresión de la afectación neoplásica pulmonar con mayor afectación ósea y nódulo pulmonar de mayor tamaño».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 14 de marzo de 2022 en el ámbito del SCS.

El día 6 de abril de 2022, se dictó la Resolución n.º 898/2022 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya referido de 28 de noviembre de 2023, el informe de la Directora de la Zona Básica de Salud Arrecife II - Centro de Salud Valterra- y el informe del Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), así como la historia clínica en Atención Primaria y en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de los interesados.

Además, se otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, que presentaron escrito de alegaciones.

4. Tras esta tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 19 de enero de 2024, la cual fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 106/2024, de 29 de febrero, como ya se expuso, requiriéndose a la Administración la emisión de un informe complementario del SIP y la emisión de un informe de especialista en la materia en el que se pronunciara sobre diversas cuestiones relativas a la cuestión de fondo, lo cual se hizo convenientemente, a través del informe del SIP de 28 de mayo de 2024 y del informe del especialista en neumología, doctor (...), de 12 de abril de 2024.

Posteriormente, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, que formularon nuevas alegaciones.

Por último, el día 16 de octubre de 2024 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

5. Así mismo, como se manifestó en el Dictamen anterior, en el presente expediente obra, la Resolución de la Dirección del SCS por la que se desestima la solicitud de reintegro de los gastos originados por asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud en relación con el afectado y causante de los interesados (Resolución 2.807/2021, de 3 de junio) y la Resolución de la Dirección del SCS por la que se desestima la reclamación previa a la vía jurisdiccional social interpuesta por los interesados en el presente procedimiento, en solicitud de reintegro de los gastos originados por asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud en relación con el afectado y causante de los mismos (Resolución 3.449/2021, de 28 de julio).

Asimismo, y en relación con la segunda de las Resoluciones referidas anteriormente, obra en el expediente la Sentencia núm. 91/2022 del Juzgado de lo Social n.º 3 de Arrecife, de 24 marzo, por la que se estima la demanda relativa al reintegro de los gastos originados por la asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud, así como la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, con sede en Las Palmas, núm. 001175/2023, de 14 de septiembre, por la que se estima el recurso de suplicación interpuesto por la Secretaría General del SCS, contra la sentencia de fecha 24 de marzo de 2022 dictada por el Juzgado de lo Social N.º 3 de Arrecife, ya mencionada, desconociéndose si la misma fue o no recurrida.

IV

1. La nueva Propuesta de Resolución, nuevamente, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por los herederos de (...), puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

En cuanto a la cuestión de fondo se afirma en la Propuesta de Resolución que *«Así pues si los síntomas no orientaban hacia el diagnóstico final (cáncer) no resulta exigible la realización de pruebas distintas de las que aconsejaban la sintomatología que presentaba y relataba el paciente. Quien incluso simultáneo la asistencia sanitaria privada (tal y como ha relatado), que tampoco halló ningún elemento que hiciera sospechar patología oncológica.*

Por otra parte en el caso que nos ocupa se ha acreditado que en este tipo de cáncer, cuando se manifiesta el dolor en el hombro, nos encontramos ante un tumor clasificado T III , esto es de alto grado, lo cual implica que incluso si se hubiese detectado con anterioridad, no se podría asegurar un mejor pronóstico.

Ninguna prueba se ha aportado por los reclamantes que refute estos extremos.

Este Organismo ha procedido a aportar los medios de prueba necesarios para acreditar la existencia del actuar médico conforme a la “lex artis”.

En definitiva, la reclamación debe ser totalmente rechazada por falta de prueba respecto de la citada antijuricidad del daño por el que se reclama, pues en el presente caso se ha constatado, a través de los medios de prueba que obran en el procedimiento, que la actuación médica no hubiera en ningún caso, de haber sido otra, garantizado que se hubiera evitado el daño por el que se reclama».

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), 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)

3. En el presente asunto, a la hora de resolver la cuestión de fondo, se ha de partir de una serie de hechos indubitados que son los siguientes:

- Que la Administración sanitaria conocía sobradamente los antecedentes del paciente afectado, especialmente, que había sufrido con anterioridad al cáncer pulmonar que aquí nos ocupa, un cáncer de paladar, el cual con toda probabilidad debe tener el mismo origen que el cáncer pulmonar, es decir, el tabaquismo del afectado, como se explicará posteriormente.

Así, resulta evidente la importancia del tabaquismo en este caso, y, en relación con ello, cabe señalar que la Administración conocía no solo que el interesado era un gran fumador, que consumió, al menos, dos paquetes de cigarrillos diarios desde los quince años (ello consta en el informe clínico de visita externa, primera consulta, Servicio de Hematología del Hospital Dr. José Molina Orosa, página 850 del expediente remitido a este Consejo Consultivo), sino que el afectado había continuado fumando hasta menos de un año antes del inicio del proceso médico que aquí nos ocupa (así obra en el informe clínico de traslado del Servicio de Neumología de dicho Hospital, página 821 del expediente remitido a este Consejo Consultivo), hechos estos incontrovertibles.

Además, el afectado, según la historia clínica obrante en el expediente, ya había sido intervenido con anterioridad de un cáncer de paladar, lo que tampoco ha sido tenido en cuenta al objeto de descartar otras patologías oncológicas con origen en el tabaquismo. En relación con esta cuestión constituye un hecho notorio para cualquier ciudadano, debido a las campañas sanitarias en medios de comunicación, que ambos tipos de cáncer -cáncer de paladar y cáncer de pulmón- tienen, normalmente, por origen común el tabaquismo, es decir, el argumento de este Consejo Consultivo parte de la siguiente premisa: si el tabaquismo del interesado pudo haber provocado su cáncer de paladar, también pudo haber provocado el cáncer de pulmón que aquí nos

ocupa, dato este que debió ser tenido en cuenta a la hora de valorar un dolor de hombro, que pese a la medicación no remitía, al contrario empeoraba, máxime, cuando una de las posibles causas de un dolor de hombro como el del interesado, gran fumador, como ya se dijo, puede ser un tumor pulmonar, como el que finalmente se le diagnosticó en el ámbito de la medicina privada.

- Además, constituye un hecho indubitado, que alega la propia Administración, y que además se puede observar en el historial médico (página 200 del expediente remitido a este Organismo consultivo), que el interesado acudió el día 22 de junio de 2020 al SCS por dolor de hombro que le afectaba al cuello e incluso al brazo y a una de sus manos, y que no es hasta el día 7 de octubre de 2020, cuando en el ámbito de la medicina privada, tras efectuarle la oportuna prueba diagnóstica, se le diagnosticó el tumor referido y, lógicamente, es imposible conocer cuanto habría tenido que esperar el paciente para que se le realizara dicha prueba en el ámbito del SCS.

- Así mismo, también constituye un hecho incontrovertible la necesidad de una detección temprana de este tipo de cáncer, pues en el informe del especialista en neumología se afirma que:

«Con respecto al pronóstico e influencia sobre el resultado final del momento del diagnóstico del tumor, de forma general en el carcinoma pulmonar no de células pequeñas se sabe que cuanto más bajo es el estadio TNM (sistema internacional de clasificación y estadiaje del cáncer de pulmón) en el momento del diagnóstico, mejor pronóstico vital y de supervivencia tendrá el paciente. Sin embargo en el presente caso, el síntoma inicial fue el dolor en el hombro que a posteriori se evidenció que estaba provocado por compresión de estructuras nerviosas en el contexto de un tumor pulmonar de sulcus superior (tumor de Pancoast), que desde el punto de vista de la clasificación TNM corresponde con un tumor T3 y que correspondía con un estadio IIIB. Según los datos de la 8ª Edición de la clasificación TNM de estadiaje del cáncer de pulmón, la mediana de supervivencia de los pacientes con este estadio es de 11 meses desde el momento del diagnóstico, con una supervivencia a los 24 meses del 23%. Desgraciadamente la mayoría de los cánceres de pulmón se siguen diagnosticando en estadios avanzados (IIB, III y IV) dado que en los estadios iniciales (I y IIA) raramente existe sintomatología que haga sospechar su existencia. En el presente caso es difícil asegurar que hubiese habido una mejoría pronóstica si el diagnóstico del cáncer de pulmón se hubiese efectuado en los meses previos, una vez que ya se había iniciado la sintomatología de dolor en el hombro debida a la

localización anatómica del tumor y que directamente lo etiqueta como un tumor T3 en la clasificación TNM».

4. Así, teniendo en cuenta lo anterior, procede argumentar razonablemente que, en este caso, después del 22 de junio de 2020, ante la persistencia del dolor de hombro del interesado y su mala evolución, teniendo presente siempre los antecedentes del interesado, a los que ya se hizo referencia, se debieron realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias para, al menos, descartar un origen cancerígeno de su patología de hombro, lo que en ningún momento se hizo por el SCS, sino que se efectuó en una Clínica privada en octubre de 2020, por lo que ni siquiera la supervivencia del paciente llegó al mínimo de la media en estos casos, desde el momento del diagnóstico, según el informe complementario del especialista en neumología citado.

Por tanto, tal omisión privó al afectado de la oportunidad de tratar su cáncer de pulmón con mayor premura, lo que, en atención a lo informado por el especialista, habría podido alargar su tiempo de supervivencia, constituyendo este retraso diagnóstico y la consecuente ausencia de tratamiento de la patología oncológica una pérdida de oportunidad terapéutica que minoró las posibilidades de una expectativa de vida superior.

5. Como hemos manifestado en reiteradas ocasiones (entre otros, Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre, 450/2017, de 5 de diciembre, 324/2018, de 17 de julio, 239/2019, de 20 de junio, 287/2019, de 30 de julio, y 377/2023, de 28 de septiembre), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial, hoy ya plenamente consolidada, favorable a dar valor a la llamada «*pérdida de oportunidad*» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. Concretamente, se ha pronunciado en los siguientes términos:

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6.ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4.ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1.º, rec. Casación n.º 1247/2014).

Asimismo, sobre la pérdida de oportunidad, la STS de 21 de diciembre de 2015 (RJ 2016\55) o 16 de febrero de 2011 (RJ 2011,1490), argumenta que *«basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».*

6. Asimismo, acerca de la cuantificación de la indemnización en supuestos como éste se ha señalado, entre otros, en los Dictámenes de este Consejo 398/2021, de 28 de julio, 336/2021, de 17 de junio, o 317/2021, de 10 de junio, lo siguiente:

«En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños», lo que también es de aplicación a este caso».

Como consecuencia de todo lo expuesto procede ahora determinar el modo y forma del resarcimiento del daño causado, que como es obvio no puede consistir sino en una indemnización pecuniaria, pese a la naturaleza del daño causado, que es la privación de la oportunidad de la conservación de una vida humana.

Y, a la hora de determinar la cuantía indemnizatoria no solo se ha de tener en cuenta la doctrina expuesta acerca de la pérdida de oportunidad, sino la doctrina general relativa al reparación integral del daño.

Así, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 451/2024, de 25 de julio, se señaló que:

«En todo caso, el principio de reparación integral de la víctima constituye uno de los elementos basilares sobre los que se asienta el régimen jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración en España y viene recibiendo en consecuencia el constante respaldo de nuestra jurisprudencia (así, por ejemplo, la STS de 27 de marzo de 2007 RC 1840/2003, con cita de otras anteriores; al igual que poco después hace también la STS de 14 de julio de 2009 RC 2346/2005). Como afirmábamos, por ejemplo, en este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen 69/2021, de 18 de febrero, entre otros muchos: « (...) señala la sentencia de 6 de noviembre de 1998, “la aplicación del principio de la reparación integral implica que la misma comprende, dentro del ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración, los daños alegados y probados por el perjudicado, lo que supone la inclusión de los intereses económicos evaluables, partiendo de reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, las sentencias de 7 de octubre y 4 de diciembre de 1980, 14 de abril y 13 de octubre de 1981, 12 de mayo y 16 de julio de 1982, 16 de septiembre de 1983, 10 de junio”», y esta doctrina es de aplicación al presente asunto.

Así, pues, los daños irrogados por los que se reclama en este caso y cuya efectividad la interesada haya podido llegar a acreditar, en la medida en que a la postre han sido ocasionados a resultas del funcionamiento de los servicios públicos, han de ser íntegramente resarcidos por la Administración (al no pesar sobre la víctima el deber de jurídico de soportar tales daños, ni tampoco puedan imputarse a su propia conducta o eventualmente al «hecho de un tercero»; lo que en su caso, de ser así, podría modular, e incluso hacer quebrar, el requerido nexo causal para la emergencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Pues bien, para considerar que la indemnización que corresponda a los perjudicados repara de verdad y resarce el daño sufrido de forma íntegra, es preciso no solo tener presentes las posibilidades de supervivencia del interesado, siempre inciertas por su propia naturaleza, sino la totalidad de las circunstancias del caso, incluida la deficiente prestación de los servicios sanitarios, expuesta con anterioridad.

No debe olvidarse que la utilización de las tablas y baremos previstos para accidentes de tráfico (Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación), aunque aceptada sin reservas por este Consejo tanto como por la doctrina, la jurisprudencia y la práctica judicial, no obliga a un ajuste automático y mecánico a sus previsiones en los casos concretos en que [excluidos los casos de circulación o tráfico] se utilice como referencia auxiliar y para evitar la arbitrariedad de la actuación administrativa y proporcionar a esta un sustento y una motivación que sean razonables, pues tal condición auxiliar u orientadora permite que exista un margen de corrección o acomodo a las circunstancias de cada caso, tal y como confirma la Disposición Adicional Tercera de la Ley 35/2015, al establecer que *«El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria»*.

Es oportuno recordar la doctrina que, específicamente sobre esta materia, puede encontrarse en anteriores dictámenes nuestros. Así, en el Dictamen 317/2021, de 10 de junio, se dijo:

«En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños», doctrina que se reprodujo en el Dictamen 398/2021, también sobre la indemnización procedente en casos de pérdida de oportunidades de tratamientos o terapias».

Esta doctrina resulta ser aplicable al presente asunto y determina, por el motivo referido, la existencia de responsabilidad patrimonial imputable a la Administración, correspondiendo a los interesados el 30 % de la cuantía reclamada por cada uno de ellos, tanto por ciento que se establece en atención a las circunstancias del caso, es decir, los claros antecedentes del paciente en relación con el tabaquismo, la facilidad y medios con los que cuenta el SCS para haber realizado en el momento debido la prueba diagnóstica necesaria para determinar el concreto origen de su

dolencia de hombro y la posibilidad de alargar el periodo de supervivencia con un pronto diagnóstico y tratamiento.

Así mismo, las cantidades resultantes se han de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo prevenido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración Pública sanitaria se considera que no es conforme a Derecho, pues procede la estimación parcial de la reclamación por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.