Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 9 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de diciembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), en nombre y representación de (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 655/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto 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. Los interesados reclaman conjuntamente una indemnización, cuya cuantía total asciende a 195.117,15 euros**,** por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

---

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

No obstante, a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que se reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], actuando el esposo e hijos de la fallecida mediante representante, cuya representación ha resultado debidamente acreditada (art. 5 LPACAP).

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que 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 trasmite 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 si 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, le esposo e hijos de la fallecida, poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el día 19 de octubre de 2022,

habiendo quedado determinado el daño por el que se reclama el día 19 de octubre de 2021, momento en el que el falleció la causante de los interesados.

7. 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

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por la reclamante, se exponen en los siguientes términos:

«Primero.– Desde el mes de diciembre del año 2003, (...) residía junto con su marido, mi mandante, (...), ambos de nacionalidad italiana, en Costa Calma, Fuerteventura, tal y como se puede desprender de NIE de ambos que acompañamos como Documento número 2.

Entre los años 2017 y 2021, la señora (...) acudió en innumerables ocasiones a su médico de cabecera con motivo de la sintomatología que se repetía de manera constante y entre los que se encontraba síntomas tales como cansancio anormal, dolor lumbar, tos persistente, episodios de anemia y repetitivas infecciones pulmonares, sin que se diese solución a los motivos de sus constantes consultas. Si bien a lo largo del presente escrito expondremos en mayor detalle el cuadro clínico presentado por (...), adelantamos que la inacción por parte del Servicio Canario de Salud tuvo como resultado el tardío diagnóstico de tumores primarios malignos del hígado y tumores malignos secundarios de pulmón, lo que le provocó la muerte en fecha 19 de octubre de 2021. Se adjunta como Documento número 3 el certificado de defunción de (...).

Segundo.– Tal y como adelantábamos en el hecho anterior, desde principios del año 2017, (...) comenzó a presentar un cuadro clínico caracterizado por fuertes dolores en la zona lumbar, cansancio anormal y tos persistente. Prueba de ello son las consultas que se hacen constar en su historial médico, el cual se adjunta como Documento número 4, y en el que se constata que en fecha 13 de febrero de 2017 acude a consulta con su médico de cabecera, que en ese momento era la Dra. (...), a consecuencia del dolor de espalda que padecía. De igual manera, podemos comprobar en su historia médica que en fecha 18 de abril 2017 acude nuevamente a consulta debido al cansancio anormal que estaba experimentando, además de una persistente tos, y la doctora decide solicitar que se le realice una radiografía de tórax y una analítica urgente.

En fecha 25 de abril de 2017, (...) acude nuevamente a consulta en el centro de salud de Costa Calma puesto que la tos, a pesar de mejorar ligeramente, aún persistía y en la radiografía de tórax realizada se apreciaba un engrosamiento de hilios.

(...)

En este punto, es absolutamente necesario resaltar que entre las causas que pueden explicar la presencia de un hilio pulmonar aumentado de tamaño se encuentran los tumores y linfadenopatías. Así, las enfermedades oncológicas como el cáncer de pulmón o las lesiones metastásicas de otros tumores primarios, pueden producir masas voluminosas en las regiones hiliares. No obstante, la doctora (...) no dio mayor relevancia al cuadro clínico presentado por (...) y no estableció ningún plan de actuación.

Por si la sintomatología anterior presentada por (...) no evidenciaba de manera suficiente la existencia un problema real de salud, una analítica de sangre realizada en fecha 24 de abril de 2017 reveló que además presentaba unos niveles de VSG (velocidad de sedimentación globular) moderadamente elevados, considerándose como niveles normales entre 1 y 20mm/h y presentando (...) un valor de 76mm/h.

Sin embargo, una vez más, la doctora (...) no estableció ningún plan de actuación, tal y como se refleja en el historial médico, concretamente en fecha 8 de mayo de 2017, cuando la paciente acudió nuevamente a consulta para obtener los resultados de esta analítica.

Consideramos de especial relevancia resaltar que la presencia de niveles moderadamente elevados de VSG pueden deberse a múltiples motivos como infecciones, enfermedades autoinmunes o diversos tipos de cáncer.

En los meses posteriores (...) continuó acudiendo a la consulta de su médico de cabecera puesto que, no solo la tos, el dolor de espalda y la sensación de cansancio anormal persistían, sino que además sufrió de numerosas infecciones en las vías respiratorias entre los meses de noviembre de 2017 y junio de 2018:

(...)

Asimismo, tal y como se muestra en las analíticas de sangre de fechas 17 de noviembre de 2017 y 24 de abril de 2018 que se adjuntan como Documento número 4, los niveles de VSG continuaban siendo más alto de lo normal tras haber pasado un año.

Tras continuar durante todo el año 2019 con una sensación anormal de cansancio y debilidad y persistir tanto la tos como el dolor en la zona lumbar de manera continuada, a finales de 2019 (...) se realiza una analítica que muestra como resultados que tiene anemia, la cual persiste todavía a fecha 30 de junio de 2020, cuando se realiza más analíticas.

Además de la anemia, (...) continuó sufriendo de un dolor en la zona lumbar que se iba agudizando con el paso del tiempo, y muestra de ello eran las continuas consultas con su médico de cabecera, que ahora era el Dr. (...), quien tampoco le dio solución a la sintomatología que presentaba la paciente.

El cuadro clínico que presentaba (...) no mejoró en ningún momento, sino que, muy al contrario, experimentó una peor evolución, volviendo a mostrarse niveles altos de VSG en las

analíticas que se realizó en agosto de 2021 y sufriendo un dolor inaguantable en la región lumbar y en el abdomen.

Tercero. – En el mes de octubre de 2021, la señora (...) viaja a Italia, su país de origen, y allí acude nuevamente al médico debido al insoportable dolor que padecía. Concretamente, acude al servicio de urgencias del Policlínico Universitario Agostino Gemelli, Roma, en fecha 4 de octubre de 2021 y tras la realización de diversas pruebas médicas se le deriva al Instituto Dermopático Dell'Inmmacolata, donde se le diagnostica una hepatocarcinoma.

(...)

Cuarto. - Finalmente, (...) fallece en fecha 19 de octubre de 2021 a las 07:35 horas debido a una insuficiencia hepática producida por un carcinoma diseminado con metástasis hepática».

2. En el escrito de reclamación se alega acerca de los motivos en los que se fundamenta y la cuantía de las indemnizaciones solicitadas por el esposo e hijos de la afectada, lo siguiente:

«En el presente caso queda patente la realidad del daño sufrido por mis mandantes, que viene a ser el fallecimiento de la señora (...) como resultado del tardío diagnóstico médico como consecuencia del normal o anormal funcionamiento de los servicios públicos, en este caso, el Servicio Canario de Salud, tal y como consta acreditado con los informes médicos que se acompaña como Documento número 4, en los que se constatan las diferentes consultas médicas a las que acudía la señora (...) sin que se le procurase solución a la sintomatología que presentaba.

Dichos daños se han podido determinar económicamente de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 08/2004, de 29 de octubre, ascendiendo estos a la suma de 120.525,90€ para el señor (...), 21.492,37€ para el señor (...) y 53.098,880€ para el señor (...), que se corresponden con las cantidades reclamadas».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 19 de octubre de 2022.

El día 11 de noviembre de 2022, se dictó la Resolución n.º 2.833/2022 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

- El presente procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), emitido el día 28 de agosto de 2024. Además, obra en el expediente los informes de los doctores que atendieron a la afectada, el doctor (...), médico de la Unidad de Atención Básica y la doctora (...), médico de Atención Primaria.

- Además de todo ello, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba laguna.

Así mismo, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, quienes no formularon alegaciones.

- Tras todo ello, se emitió Propuesta de Resolución el día 16 de octubre de 2024.

- Finalmente, acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, se afirma en dicha Propuesta de Resolución que «La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Además, se concluye en ella, con fundamento en el extenso y pormenorizado informe del SIP, manifestando que:

«Conforme lo expuesto, analizados todos los documentos que obran en el expediente, se considera que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

Finalmente, debe concluirse que, no se ha probado por la parte reclamante que la asistencia prestada fuera incorrecta o deficitaria, incumpliéndose así el deber de carga de la

prueba que le corresponde al reclamante toda vez que, tal y como reiteradamente ha señalado el Consejo Consultivo de Canarias (…) »

2. En el ya mencionado Dictamen de este Consejo Consultivo 640/2024, de 6 de noviembre, entre otros, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial, que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

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

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

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento».

Por otro lado, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)», siendo esta doctrina plenamente aplicable al presente asunto.

3. En este caso, los interesados reclaman porque consideran que a la paciente fallecida se le diagnosticó el cáncer de hígado de forma tardía a consecuencia de una mala praxis médica, concretada en no actuar de forma adecuada a los síntomas que fue presentando a lo largo de todo el proceso clínico relatado en su reclamación, parcialmente reproducida en el Fundamento II de este Dictamen.

4. En el informe del SIP se analiza y contesta a lo manifestado en la reclamación sobre la actuación de los servicios sanitarios dependiente del SCS de forma concreta, extensa y pormenorizada, en los siguientes términos:

«1.- Como se evidencia en el relato de los hechos, se trata de una paciente pluripatológica (obesa, hipertensa, con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] y antecedentes de tabaquismo) que, años antes de los acontecimientos reclamados, ya había consultado a su médico de atención primaria por dolores osteomusculares en varias partes del cuerpo, infecciones de las vías respiratorias bajas y molestias gástricas, a veces asociadas a estados de ansiedad o a gastritis.

• La paciente ha consultado en diversas ocasiones a su Médico de AP por dolor en distintas áreas del cuerpo. Por ejemplo, en 2008 por dolor en el hombro, en 2010 por dolor en la espalda, en 2013 por lumbociática, y en 2016 por dolor lumbar y cervical. Las radiografías de la columna realizadas en 2016 mostraron signos degenerativos (artrosis) a nivel lumbar y cervical, hallazgos que justificaban un origen osteoarticular del dolor.

Para tratar sus dolencias, a partir de 2012, fue evaluada en el Servicio de Traumatología y desde 2016, en el Servicio de Rehabilitación.

Es importante destacar que la paciente trabajaba como limpiadora, una actividad que implica esfuerzo físico y que frecuentemente está relacionada con la degeneración osteoarticular y/o contracturas musculares.

En la tomografía computarizada (TAC) de octubre de 2021, no se detectó evidencia de tumor óseo.

• A partir de enero de 2005, consta en su historia clínica el diagnóstico de bronquitis aguda en atención primaria. A lo largo de su historial, se han realizado varias radiografías de tórax, ninguna de las cuales ha revelado nódulos o lesiones pulmonares. Algunas de estas radiografías fueron revisadas por especialistas en medicina interna, ya que, desde 2015, tras un ingreso hospitalario en la planta de Medicina Interna, la paciente ha sido evaluada periódicamente por este servicio y fue diagnosticada con EPOC de manera definitiva en julio de 2015.

El EPOC es una enfermedad crónica caracterizada por un estado inflamatorio persistente y una evolución progresiva, cuyas exacerbaciones no siempre pueden ser evitadas o prevenidas, siendo el abandono del tabaquismo la única medida efectiva para su prevención. Las exacerbaciones, tanto infecciosas como no infecciosas, suelen manifestarse con tos y un empeoramiento de la disnea (dificultad respiratoria).

En atención primaria, recibe apoyo para dejar de fumar. Su médico de atención primaria maneja las exacerbaciones con antibióticos cuando es necesario, así como con mucolíticos y nebulizaciones aplicadas en el centro de salud, lo que posteriormente se traduce en una

mejoría clínica y en la auscultación pulmonar. Los síntomas residuales, como la disnea, son atribuibles a la naturaleza crónica del EPOC y a la persistencia del hábito de fumar.

2.- El hallazgo radiológico de "hilios engrosados" (bilateral), descrito en la radiografía de abril de 2017, se observó en el contexto de un episodio agudo de tos con expectoración, en una paciente diagnosticada con EPOC y con antecedentes de tabaquismo. Este hallazgo es perfectamente atribuible a una reagudización infecciosa, que su médico trató con antibioticoterapia, resultando en la mejoría de los síntomas (desaparición de la tos). Además, la ausencia de nódulos y la conservación de los ángulos costofrénicos en la radiografía ayudan a descartar patologías graves como tumores pulmonares o derrames pleurales significativos.

Como se explicó anteriormente, el engrosamiento de los hilios es un hallazgo inespecífico que puede observarse frecuentemente en pacientes con EPOC, fumadores, personas con problemas cardíacos crónicos, o en aquellos con infecciones/inflamaciones actuales, las cuales aumentan la congestión vascular y pueden causar linfoadenopatías (agrandamiento de los ganglios). Este hallazgo no es patognomónico de patologías oncológicas si no se acompaña de otros signos radiológicos como nódulos o derrames pleurales.

Cabe destacar que, durante un episodio previo de reagudización de EPOC, registrado en una radiografía durante un ingreso en el Servicio de Medicina Interna en 2014, también se describió engrosamiento, en ese caso, del hilio derecho.

Además, correlacionado con el informe del TAC de octubre de 2021, la lesión pulmonar identificada se localiza en el ápice del pulmón izquierdo y se extiende hacia la zona paramediastínica, es decir, al lado del hilio izquierdo. Esto indica que no está relacionada con el engrosamiento bilateral de los hilios observado en la radiografía de 2017.

3.- El cansancio, también conocido como fatiga o astenia, es una sensación de agotamiento o disminución de la energía que puede afectar tanto a nivel físico como mental. El término "cansancio" es bastante inespecífico y debe ser contextualizado y correlacionado con otros síntomas o signos clínicos.

Por ejemplo, en la solicitud de derivación al Servicio de Salud Mental del 21 de abril de 2016, se menciona que la paciente tiene una situación familiar y económica problemática y se "encuentra muy cansada" y con ideación autolítica. En este caso, el término "cansancio" se refiere a que la paciente está sobrecargada, desesperanzada y desgastada.

Más adelante, el síntoma de "cansancio" se registra de forma puntual en dos ocasiones en la historia clínica de atención primaria durante el año 2017: en abril, en el contexto de clínica respiratoria (tos), y en noviembre, en el contexto de una reagudización de EPOC, con

persistencia de debilidad post-infecciosa, referida al médico internista a los pocos días de la recuperación.

No se menciona en la historia de atención primaria o especializada (por ejemplo, en la cita con medicina interna de mayo de 2018) que la paciente haya referido cansancio en otras ocasiones, hasta el 20 de septiembre de 2021, cuando se presenta acompañado de sintomatología digestiva.

Incluso en la cita de control con el médico internista en mayo de 2018, la paciente refiere encontrarse mejor, sin disnea al caminar y sin exacerbaciones clínicas de su EPOC en meses. Asimismo, en enero de 2019, la paciente le comunica a su médico de atención primaria que "se siente bien".

Incluso en la cita de control con el médico internista en mayo de 2018, la paciente refiere encontrarse mejor, sin disnea al caminar y sin exacerbaciones clínicas de su EPOC en meses. Asimismo, en enero de 2019, la paciente le comunica a su médico de AP que se siente bien.

Es importante considerar que cualquier persona puede experimentar cansancio como resultado de tos, fiebre o infecciones respiratorias, y puede presentar debilidad tras una infección respiratoria.

No sería sorprendente que la paciente experimentara cansancio incluso fuera de los episodios registrados, dado su historial médico, que incluye obesidad y EPOC, condiciones que típicamente se asocian con fatiga y dificultad respiratoria. Además, presenta un rasgo talasémico que, en ocasiones, se relaciona con una leve anemia, y tiene antecedentes de ansiedad y depresión, donde el cansancio y la falta de energía son síntomas comunes. Por último, padece de un síndrome de apneas nocturnas, lo cual, al impedir un descanso óptimo, se asocia típicamente con cansancio diurno.

Por lo tanto, el cansancio es un síntoma inespecífico que debe contextualizarse con el cuadro clínico y correlacionarse con signos y síntomas acompañantes. No se puede considerar por sí solo como un síntoma de alarma o indicativo de cáncer.

4.- La elevación de la velocidad de sedimentación (VSG), un reactante de fase inflamatoria aguda, es un signo muy inespecífico que puede estar relacionada con infecciones (tanto respiratorias como no respiratorias, como un simple forúnculo), obesidad, edad y patologías inflamatorias agudas o crónicas (como EPOC). Según las notas clínicas de ingreso en Medicina Interna (2014), la paciente ha presentado valores elevados de la VSG desde 2008, y el informe preceptivo indica que estos valores han fluctuado sin grandes variaciones y sin síntomas de alarma acompañantes.

Por lo tanto, en el caso de la paciente, la elevación de la VSG, con una evolución de más de una década, tenía escasa relevancia clínica, ya que no se acompañaba de signos o síntomas de alarma, y podía explicarse por su edad, obesidad y patología inflamatoria crónica (EPOC).

5.- En cuanto a la anemia, como se explicó anteriormente, se trata de un hallazgo que data de 2008 y se debe a una predisposición genética (rasgo talasémico). Esta condición provoca la presencia de glóbulos rojos más pequeños y con menor contenido de hemoglobina, resultando en valores de hemoglobina que suelen ser normales o ligeramente bajos. En 2014, la paciente tenía valores cercanos a 11 g/dL. Es relevante destacar que, al ingresar al Hospital Gemelli en octubre de 2021, sus niveles de hemoglobina estaban dentro del rango normal. A lo largo de las analíticas realizadas, no se han observado fluctuaciones significativas en los niveles de hemoglobina. Por lo tanto, la anemia, por sí sola, no es un signo específico de hepatocarcinoma.

6.- Respecto al diagnóstico final de hepatocarcinoma, recordamos que se trata de un cáncer de hígado que generalmente no presenta síntomas hasta etapas muy avanzadas. Esto se debe a que el hígado no tiene terminaciones nerviosas capaces de provocar dolor, permitiendo que el tumor se desarrolle considerablemente antes de que aparezcan síntomas. En casos excepcionales, tumores pequeños pueden causar síntomas si obstruyen la vía biliar, provocando ictericia. Sin embargo, en el caso de esta paciente, nunca se presentó ictericia (coloración amarilla de la piel), un signo evidente que habría sido notado por el médico o mencionado por la paciente.

La hepatocarcinoma tiende a volverse sintomático a medida que aumenta de tamaño, presentando síntomas como falta de apetito, pérdida de peso, cansancio intenso, y cambios en el color de la orina y las heces, síntomas que la paciente manifiesta solo a partir del 20/09/2021.

Este tipo de cáncer suele desarrollarse sobre una enfermedad hepática preexistente, como la cirrosis, que no era conocida en la paciente. Las analíticas previas siempre mostraron una función hepática conservada, mostrando variaciones a partir de septiembre de 2021.

En cuanto a la clínica digestiva de la paciente, a partir de 2008 ha estado tratada por molestias gástricas menores, a veces asociadas a ansiedad y desde esa fecha recibe tratamiento con gastroprotectores.

En agosto de 2020, la paciente manifiesta dolor lumbar que irradia al abdomen. La radiografía de abdomen muestra abundantes gases y heces, y la paciente reporta estreñimiento, por lo que se inicia tratamiento con enemas para la constipación, resolviendo satisfactoriamente el problema, de hecho, posteriormente, la paciente consulta por otros motivos sin mencionar dolor abdominal hasta septiembre de 2021.

El 9 de septiembre de 2021, refiere un episodio único de vómito asociado a dolor abdominal, lo que lleva a solicitar una analítica que se valora el 20 de septiembre de 2021. Los resultados muestran elevación de las transaminasas (enzimas hepáticas) y la paciente manifiesta síntomas digestivos de pocos días de evolución: dolor localizado en la zona del

hígado (área infracostal derecha), náuseas, pérdida de apetito y peso, cansancio y cambios en la orina. Se palpa una masa en el hígado y se propone derivarla al Servicio de Urgencias, pero la paciente se niega por circunstancias familiares, optando en su lugar por una derivación preferente a digestivo con la hipótesis de una patología oncológica.

De forma similar, el 4 de octubre de 2021, en el SU hospitalario en Italia, la paciente refiere síntomas de 15 días de evolución, incluyendo náuseas, vómitos, pérdida de peso y apetito.

Antes de septiembre de 2021, la paciente no había referido nunca síntomas de alarma ni signos sugestivos de cáncer hepático, como pérdida de apetito o peso, cambios en el color de las heces y de la orina, ictericia o dolor crónico en el cuadrante abdominal superior derecho (hipocondrio).

En cuanto al diagnóstico de hepatocarcinoma, es importante destacar que el tratamiento curativo es viable solo cuando la enfermedad se detecta en una fase asintomática. El diagnóstico se realiza principalmente mediante ecografía abdominal, un examen que se solicita generalmente en presencia de síntomas clínicos o hallazgos durante la exploración física que sugieren la necesidad de descartar una patología a nivel abdominal o si el paciente presenta una condición conocida, como la cirrosis, que requiere un seguimiento periódico. No existen pruebas serológicas efectivas para detectar el tumor en etapas tempranas; por ejemplo, el marcador tumoral AFP ha demostrado tener un bajo rendimiento en tumores iniciales, siendo más útil en fases avanzadas de la enfermedad.

7.- Conociendo el resultado final y realizando un análisis retrospectivo de la asistencia médica prestada, se plantea el caso hipotético de que la tos y los síntomas respiratorios que presentaba la paciente en 2017 podrían haber sido atribuidos, además del diagnóstico de EPOC, a la presencia de enfermedad metastásica derivada de una hepatocarcinoma, que se diagnosticó posteriormente. En este contexto, se consideraría que, ya en 2017, la paciente estaría en un estadio tumoral IVB (según la estadificación TNM, estadio que indica que el tumor se ha extendido más allá del hígado, alcanzando otras partes del cuerpo, como los huesos o los pulmones). En cualquier caso, el pronóstico sería infausto, con una tasa relativa de supervivencia a los cinco años del 3%, independientemente de los tratamientos administrados.

Cabe resaltar que, hasta septiembre de 2021, la paciente no había presentado síntomas asociados a hepatocarcinoma, tales como:

- *Pérdida de peso sin causa justificada.*
- *Falta persistente de apetito (anorexia).*
- *Agrandamiento o abombamiento de la región superior derecha del abdomen.*
- *Dolor persistente en la zona central superior del abdomen.*

- *Coloración amarillento-verdosa de la piel y los ojos (ictericia).*
- *Náuseas, vómitos, y sensación de saciedad precoz tras ingerir alimentos.*
- *Coloración oscura de la orina (coluria) y heces blanquecinas (acolia).*
- *Confusión o somnolencia excesivas»*

5. en el presente asunto, ha resultado demostrado mediante los informes emitido y la documentación médica obrante en el expediente, que los servicios sanitarios dependientes del SCS pusieron a disposición de la paciente la totalidad de los medios materiales y personales con los que cuenta el SCS, incluido los medios diagnósticos, durante la totalidad del largo proceso médico padecido por la misma.

Además, en todo momento se dieron diagnósticos adecuados a los síntomas y resultados de las pruebas diagnósticas que se le fueron efectuando, síntomas que se correspondían con las diversas patologías previas que sufría y que determinaban su estado de salud, patologías que no guardaban relación con el tipo de cáncer que finalmente sufrió, cáncer de hígado.

Los interesados no han demostrado que se le hubiera dado un diagnóstico tardío, pues como se explica en el informe anterior, el tipo de cáncer que padecía la interesada suele ser asintomático salvo en su fase final, cuando ya es imposible su curación, como ocurrió en este caso.

Además, cuando concurre con síntomas es, principalmente, con ictericia, que en este caso no presentaba cuando acudía al SCS, pero otros síntomas propios de este cáncer, que podían solaparse fácilmente con la sintomatología de otros padecimientos que sufría la afectada, pese a las pruebas realizadas, no los presentó en ninguna de sus visitas al ámbito sanitario del SIP.

A su vez, no se debe olvidar que los síntomas de índole respiratoria y pulmonar, a los que hacen referencia específica los interesados, como por ejemplo el engrosamiento bilateral de los hilios, se debían a su patología respiratoria previa, EPOC, derivada del tabaquismo, y no a la metástasis del cáncer de hígado en el pulmón, como queda acreditado en el informe del SIP, no siendo, además, tal síntoma indicativo *per se* del cáncer de pulmón.

6. En conclusión, los interesados no han aportado prueba alguna que demuestre la veracidad de sus alegaciones acerca de que la actuación del SCS fuera contraria a la *lex artis*, como tampoco han desvirtuado lo manifestado en el informe del SIP y el resto de los informes obrantes en el expediente que determinan la plena corrección

del actuar de los servicios sanitarios dependientes del SCS, sin haber demostrado que los diagnósticos emitidos a lo largo del proceso clínico hubieran sido incorrectos.

7. A mayor abundamiento, este Consejo Consultivo, en supuestos en el que, como este, se aduce por los interesados errores de diagnósticos, que aquí se concreta por los mismos como un diagnóstico tardío, ha mantenido de forma reiterada y constante la doctrina de la «*prohibición de regreso*», como, por ejemplo, en el ya referido y reciente Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre, en el que se señala que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)"», doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto, en virtud de los razonamientos expuestos con anterioridad.

8. Por todo lo expuesto, los interesados no han demostrado la concurrencia de relación de causalidad entre el adecuado funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por ellos, procediendo adoptar la siguiente:

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial iniciado por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del Dictamen.