Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 4 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de mayo de 2025.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 133/2025 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. Los interesados reclaman una indemnización conjunta que asciende a 167.064,02 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 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.

No obstante, a la Secretaría General del SCS le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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 (LRJSP), 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 la madre de la fallecida y reclamante en nombre propio y en representación del padre y hermana de la misma, habiendo quedado su representación debidamente acreditada (art. 5 LPACAP).

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 626/2024, de 28 de octubre), 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, padres y hermana 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 2 de noviembre de 2020, habiendo quedado determinado el daño por el que se reclama el día 14 de noviembre de 2019, 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

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el Dictamen de este Consejo Consultivo 653/2024, de 12 de noviembre, emitido en relación con este asunto, en el que se manifestó lo siguiente:

«1.1. Que desde el año 2016 la afectada padecía de fuertes dolores de cabeza, cuyos episodios iban en aumento con el transcurrir del tiempo, acudiendo al Centro Médico (...), donde el diagnóstico del médico de familia que la atendía era el de simples episodios migrañosos debidos al estrés, pautando la medicación correspondiente y remitiéndola a su domicilio en todas las ocasiones, siendo ésta la respuesta de los responsables médicos del referido centro en la multitud de visitas efectuadas al mismo a lo largo de los dos años siguientes por el mismo motivo médico.

Posteriormente, a partir de febrero del año 2019, los síntomas se agravaron y la afectada presentó pérdida de visión y fuertes dolores en el ojo derecho, por lo que acudió de forma urgente a dicho Centro Médico, donde se le diagnosticó un posible desprendimiento de retina, para nuevamente remitirla a su domicilio con la indicación de llevarla a Urgencias en caso de empeoramiento. Sin embargo, dado que la paciente no mejoraba, sus familiares acudieron a Urgencias del HUC, siendo remitida a su vez al Servicio de Neurología del CAE «San Benito», donde el día 19 de marzo de 2019 nuevamente se le diagnosticó migraña episódica y migraña con aura visual y es en ese momento, cuando, después de dos años desde que presentó los primeros síntomas, se solicita la realización de una prueba radio magnética cerebral y angiográfica.

1.2. El día 20 de mayo de 2019 se realiza la referida prueba cuyo resultado es «Proceso expansivo tumoral parietooccipital derecho con extensión periventricular y a esplenio de cuerpo calloso, así como desplazamiento coniralateral de la línea medio sugestivo de tumoración glial de alto grado», siendo remitida al servicio de Neurocirugía e intervenida quirúrgicamente el día 23 de mayo del mismo año. Es dada de alta el día 27 de mayo para continuar control ambulatorio. Se cita para el día 31 de mayo con el fin de retirar material de sutura.

1.3. Después del control postoperatorio, acudió en varias ocasiones a los centros médicos por malestar. Así, en primer lugar fue llevada al Centro Médico (...), debido a un bulto que le había aparecido en la zona previamente operada, así como excesiva somnolencia, remitiéndola de nuevo a su domicilio ya que, «se trataba de tensión baja y una lesión normal tras la operación».

El día 2 de julio de 2019 (en esas fechas aún no había sido citada por el servicio de Neurología) acudió a Urgencias del HUC, por fuertes dolores de cabeza, siendo el juicio diagnostico «cefalea retro ocular» y reiterando solicitud de ser vista por el servicio de Neurocirugía.

El día 6 de julio, ante el deterioro del estado general, vuelve la paciente a Urgencias, donde tras exploración, se objetivó «afectación de III par derecho con midriasis arreactiva derecha, así como tumefacción prearicular en región de herida quirúrgica». Es en este último ingreso, donde el servicio de Urgencias, en contraposición al estudio que se efectuó el 24 de mayo de 2019, observó en la secuencia T2 y FLAIR un aumento de la lesión parieto- occipital derecha y esplénica, con mayor extensión ahora a región temporal y restricción en la difusión y se solicitó al Comité de Tumores una valoración con vistas a decidir manejo terapéutico dada la progresión clínica y radiológica de la enfermedad.

1.4. Los interesados alegan que desde que su hija y hermana fue intervenida, lo que ocurrió el día 23 de mayo de 2019, no se le hizo seguimiento alguno a pesar de las múltiples visitas a los centros médicos con posterioridad a esa fecha y que, incluso, a día 8 julio de 2019, a pesar de la afección tumoral, no había aún resultados de Anatomía Patológica, ni ha sido citada por el Servicio de Neurocirugía, ni tampoco había noticias del comité de tumores.

1.5. Finalmente el día 16 de julio de 2019 (casi dos meses después de la intervención), el servicio de Neurocirugía llegó a la misma conclusión que en el examen previo de fecha 23 de mayo y es la de que «los hallazgos morfológicos plantean la posibilidad de glioblastoma pero ofrecen negatividad de los marcadores inmunohistoquímicos característicos de glioblastoma Se realiza diagnostico diferencial también con ependimoma anaplásico RELA fusión. Al no disponer de este marcador molecular y ante el diagnostico diferencial se remite a centro de referencia. En ambos casos se trata de una lesión de alto grado», por lo que a su vez, el servicio de Radioterapia pautó el primer ciclo de sesión de quimioterapia entre los días 16 de julio de 2019 a 23 de agosto de 2019, no llegando los resultados de anatomía patológica hasta septiembre de 2019 (y comunicado a la familia en noviembre), en lo que se calificó la enfermedad como «Glioblastoma multiforma grado IV».

Desde el mes de julio se le aplicaron diversos ciclos de quimioterapia, así como también tuvieron lugar varias visitas al Hospital, falleciendo finalmente el día 14 de noviembre de 2019.

2. Los interesados consideran que ha concurrido una mala praxis médica que se concreta, por un lado, en el diagnóstico inicial de la patología, que se retrasó durante años, pues desde 2016 hasta el 20 de mayo de 2019 no se le practicaron las pruebas oportunas, dándose un diagnóstico erróneo de la patología de la afectada, que fue el de migrañas, y, por otro lado, en el retraso en el inicio de las sesiones de quimioterapia, pues dependía de

los resultados de las pruebas diagnósticas de la patología de la interesada efectuadas durante la intervención quirúrgica y que no llegaron hasta septiembre de 2020.

3. Así parece deducirse que el objeto de reclamación es la pérdida de oportunidad sufrida por las demoras sufridas en relación con el diagnóstico de un tumor glial de alto grado y su correspondiente demora en la aplicación del tratamiento de quimioterapia.

También reclaman por la falta de información a la que se vieron sometidos durante todo el proceso médico. Por ello, solicitan una indemnización conjunta de 167.064, 02 euros.

4. A la hora de completar los antecedentes de hecho, es preciso reproducir parcialmente lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), emitido el día 8 de julio de 2024, en el que se afirma que:

«1.- El día 15 de marzo de 2018 (…) acude a consulta en su Centro de Salud en Finca España, refiriendo dolor de cabeza desde hace 2 meses, previo a la regla, de carácter pulsátil sin foto o fotofobia.

En esta visita se realizó examen físico neurológico sin impresión de patología, no obstante se solicitó analítica completa en la cual sólo aparecía fuera de límites normales los valores de la ferritina.

El día 20 de noviembre de 2018 la paciente vuelve a consultar por Cefalea en el Centro de Salud de Finca España, habiendo pasado 8 meses desde su última visita por este motivo de consulta. Esta vez el cuadro se presentó con dolor bitemporal desde la noche anterior, fotosensibilidad, fonofobia y sin datos neurológicos añadidos.

Se realizó examen físico con todos los parámetros dentro de límites normales, incluyendo la parte neurológica que no arrojaba focalidad.

En esta oportunidad se indicarían Enantyum con Triptanes como lo recomiendan los consensos para el tratamiento en contexto de Migraña Clásica.

El día 6 de febrero de 2019 acude al Servicio de Urgencias del CHUC por presentar Cefalea nuevamente, en esta ocasión se diagnostica Cefalea retro-orbitaria con aura visual y tras realizar examen físico en donde no impresionaron criterios de gravedad se le dio de alta recomendando consultar el caso con el Servicio de Neurología.

El día 13 de febrero de 2019 acude la paciente con su madre a consulta por su Médica de Atención Primaria aportando el informe de Alta de Urgencias del día 6 de febrero en donde refería que:

"Paciente de 19 años atendida en urgencias del CHUC, con pérdida de visión del ojo derecho, con diagnóstico de Jaqueca /Migraña" "Solicitar valoración con Neurología".

Por lo que se solicitó interconsulta desde Atención Primaria al Servicio de Neurología del CHUC.

La misma fue respondida de forma expedita, tan solo un mes después, citando a la paciente para valoración presencial en el Centro de Atención Especializada (CAE) de La Laguna el día 19 de marzo de 2019.

El día 19 de marzo de 2019 (...) es valorada por el Servicio de Neurología en el CAE de La Laguna en el contexto de:

"Paciente femenina de 19 años en estudio por Cefalea que impresiona migraña con aura visual prolongada".

En ese sentido se realizó examen físico neurológico especializado sin signos de focalidad. Se inspeccionaron igualmente todos los pares craneales dentro de límites normales.

También se realizó fondo de ojo para visualizar la papila del nervio óptico y descartar aumento de la presión intra-craneal. Asimismo se solicitaron Resonancia Magnética Nuclear Cerebral y Angio-Resonancia dejando constancia de avisar incidencias mediante consulta de integración.

En esta ocasión se recomendó tratamiento preventivo con Tryptizol (triptan, antidepresivo de primera generación para el tratamiento de la migraña) y rescate con AINEs orales.

2.- El día 15 de mayo de 2019 acude al Centro de Salud de Finca España refiriendo cefalea diaria desde iniciar el día. Por lo que se le administra medicación en contexto de Migraña Clásica en estudio de por Neurología, tipo; Urbason y Nolotil vía intramuscular y se da el alta por mejoría, se recomienda además seguimiento por su Médica para control del tratamiento.

El día 17 de mayo de 2019 acude nuevamente al Centro de Salud de Finca España, en donde vuelven a realizar la anamnesis refiriendo la paciente que presentaba;

"Cefalea hemicraneal izquierda con nauseas, sin alivió con triptanes, pero solo ha tomado uno en 24h. No toleró amitriptilina, coincide la agudización de crisis con inicio de anticonceptivo oral."

Siguiendo la sospecha diagnóstica del Equipo de Neruología, pensando que la paciente podría tener una Crisis Migrañosa se practicó exámen físico neurológico el cual resultó normal.

Se indicó asimismo para las náuseas Primperan y luego Urbason vía intramuscular con la recomendación de seguimiento del caso por su Médica.

3.- El día 20 de mayo de 2019 se realizó estudio de radiología tipo Resonancia Magnética Nuclear solicitada por El Servicio de Neurología la cual arroja los siguientes resultados:

"Proceso expansivo tumoral parieto-occipital derecho con extensión periventricular y a esplenio de cuerpo calloso, así como desplazamiento contralateral de la línea media sugestivo de tumoración glial de alto grado"

PEIC: Proceso expansivo intracraneal.

Esto lleva a la impresión diagnostica de que la paciente cursa con un Tumor Maligno del tejido conectivo cerebral.

Por lo que se remite con carácter urgente al Servicio de Urgencias del CHUC.

El mismo día 20 de mayo de 2019 acude la paciente a Urgencias del CHUC en donde es valorada cínicamente para luego solicitar hemograma, bioquímica sanguina y radiografía de Tórax.

También se solicitó de manera inmediata interconsulta al Servicio de Neurocirugía por hallazgos patológicos en la RM realizada. Al evidenciar los hallazgos compatibles con PEIC se decidió su ingreso a cargo de El Servicio de Neurocirugía.

La paciente es llevada a planta de hospitalización en donde se practica examen físico exhaustivo resultando pérdida de visión periférica en el campo temporal del ojo izquierdo, lo que significaría afectación del primer par craneal.

El día 23 de mayo de 2019 es llevada a sala de operaciones previa explicación verbal del procedimiento, firma de consentimiento informado y valoración pre-anestésica.

Y se practica mediante régimen de anestesia general una craneotomía temporal posterior derecha y exéresis total de la lesión captante de contraste que posteriormente se remitió al Servicio de Anatomía Patológica.

4.- El día 24 de mayo de 2019 tras la cirugía de cráneo se solicitó Resonancia Magnética de Seguimiento la cual impresiona:

"En la secuencia T1 se observa imagen de alta señal en relación con cambios hemáticos en región parietal derecha adyacente a zona de craneotomía. Persiste en la secuencia T2 y Flair imagen de alta señal que restringe en difusión y con extensión peri-ventricular occipital derecha así como a esplenio de cuerpo calloso, con desplazamiento contra-lateral de la línea media." Esto podría indicar que hay cambios en el tejido tras la resección del tumor y que pudiera quedar alguna lesión residual.

El día 27 de mayo de 2019 es dada de alta por el Servicio de Neurocirugía debido a que el post-operatorio cursó sin complicaciones, para continuar con el tratamiento en función del resultado de Anatomía Patológica.

Se pautó medicación oral tipo Dexametasona, Omeprazol y Paracetamol con citas para revisión a cargo de Enfermería y de Neurocirugía.

El día 31 de mayo de 2019 acude a su primera revisión del post-operatorio refiriendo que ha cursado sin complicaciones y evolucionando favorablemente. Acude clínicamente muy bien, con herida quirúrgica en buen estado y sin presentar Cefalea.

En esta visita se realiza retirada de grapas y también interconsulta al comité de tumores por los hallazgos de RM de control y para discutir los resultados de la anatomía patológica.

El día 4 de junio de 2019 acude a su Centro de Salud de Finca España para control tras cirugía sin impresión de complicaciones.

El día 18 de junio de 2019 acude de nuevo a su Centro de Salud de Finca España para renovación de tratamiento médico sin mención de complicaciones.

El día 2 de julio de 2019 acude nuevamente por Urgencias del CHUC por presentar Cefalea que se describió como cefalea retro-ocular, punzante, coincidente con menstruación. No coincide con disminución de terapia con corticoides, sigue con dexametasona 4 mg en desayuno. No ha tomado analgesia.

Se realizó examen físico sistemático en el cual se objetiva lenguaje normo-articulado, movilidad facial sin alteraciones, balance muscular disminuida fuerza en el miembro superior izquierdo (residual tras intervención quirúrgica) y movilidad en ambos miembros inferiores conservada, sensibilidad también conservada de forma global.

Se deriva con carácter Urgente al Servicio Neurocirugía, quienes la valoran in situ y pautan: Control por su equipo de Atención Primaria y si aumento de síntomas o cambio de clínica, solicitar nueva valoración.

Y también para el dolor se prescribió: Paracetamol 1 gramo cada 8 horas.

El día 4 de julio de 2019 se le realiza a cargo del Servicio de Radiología RNM con contraste, previa firma del consentimiento informado y sin incidencias. La cual concluye:

"Con respecto al estudio previo de 24 de mayo del 2019 se observa en la secuencia T2 y FLAIR un aumento de la lesión parieto-occipital derecha y esplénica, con mayor extensión ahora a región temporal y restricción en la difusión. Discreto aumento del desplazamiento contralateral del sistema ventricular a 14 mm., con borramiento parcial de la cisterna ambiens derecha y compresión mesencefálica. Sigue sin evidenciarse realce tras la administración del medio de contraste. Área de encefalomalacia quística post-quirúrgica parietal derecha con discreta herniación transcraniectomia".

El día 6 de julio de 2019 (…) es llevada al Servicio de Urgencias del CHUC por presentar cefalea intensa con somnolencia y hemiparesia izquierda. Cumpliendo esquema de dexametosona.

En la exploración se objetivó además afectación del tercer par craneal derecho con midriasis arreactiva derecha y se palpa tumefacción pre-auricular en región de herida

quirúrgica sugestiva de seroma. Por lo que se ingresa a la paciente y se mantuvo en observación.

El día 8 de julio de 2019 la paciente estando en post-operatorio mediato, el Servicio de Urgencias del CHUC solicitó interconsulta con carácter urgente con el Comité de Tumores. Aquí se resuelve que pese a que faltaría los resultados de la Anatomía Patologíca, los hallazgos clínicos y de imágenes era sugestivos de Glioma de Alto Grado, proponiendo a la paciente como candidata a recibir tratamiento coadyuvante (Radioterapia y Quimioterapia tras Cirugía para reducir el tumor).

El día 10 de julio de 2019 es ingresada a cargo de La Unidad de Radiotrapia con el diagnostico de Glioma de Alto Grado para recibir tratamiento sintomático.

Se indicó tratamiento con quimioterapia precoz mediante Temodal 120 mg vía oral cada 24 horas y control sintomático. Asimismo se solicitó Tomografía Computarizada para protocolizar la terapia de Radioterapia la cual se llevaría a cabo.

El día 12 de julio de 2019 es dada de alta con pauta de Fortecortin 4 mg, Zofrán 4 mg , Temodal 120 mg (Quimioterapia) y Paracetamol. Quedando pendiente el inicio de la Radioterapia.

El día 16 de julio de 2019 acude al Servicio de Radioterapia del CHUC para recibir su primera sesión y así iniciar esquema de radioterapia coadyuvante concomitantemente con la quimiotarpia recibiendo entonces; campo de fotones colimado con multilaminas. Este mismo día se emiten los resultados de anatomía patológica concluyendo que los hallazgos morfológicos plantean la posibilidad de Glioblastoma pero ofrecían negatividad de los marcadores inmuno-histoquímicos característicos de Glioblastoma.

Al no disponer de este marcador molecular (L1CAM/ FISH RELA) y ante el diagnóstico diferencial se remite a centro de referencia.

En ambos casos se trataría de una lesión de alto grado (con necrosis e hiperplasia endotelial).

El día 30 de julio de 2019 Desde centro de referencia se comunicó respuesta telefónica como Glioblastoma.

La Radioterapia se extendió hasta la fecha 23 de agosto de 2019, recibiendo un total de 6 sesiones, siendo éstas bien toleradas, dándose de alta con la indicación de seguimiento por consultas externas.

En esta fecha también se solicitó Interconsulta con el Servicio de Rehabilitación para dar terapia de fisiatría tras tratamiento coadyuvante (Radio y quimioterapia).

El día 29 de agosto de 2019 se emite el informe del Servicio de Anatomía Patológica del Centro Concertado en donde consta que:

Se realizó la detección de las mutaciones del exón 2 del gen H3F3A (región cromosómica 1q42.12). Resultando mutado el análisis mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y secuenciación directa detecta una mutación en el exón 2 del gen H3F3A y sin mutaciones en el gen RELA.

Dada la presencia de mutación en el gen H3F3A distinta a la mutación en K27 recogida como entidad diferenciada en la clasificación OMS de 2016, se cataloga la entidad como Glioblastoma, NEC. Lo que significaría que era un tumor raro no clasificable.

El día 5 de septiembre de 2019 se realiza seguimiento telefónico de la paciente, refiriendo su madre que (…) se encontraba bien, sin dolor ni molestias, con mejoría en la piel, y manteniendo buen apetito.

El día 27 de septiembre de 2019 es trasladada desde su domicilio habitual en ambulancia medicalizada hasta El Servicio de Urgencias del CHUC por Crisis Convulsiva. En esta ocasión la paciente se mostraba nerviosa y agitada. Se realizó examen físico el cual impresionaba con hipertensión arterial y taquicardia.

Se solicitaron Pruebas de imágenes tipo Radiografía y Tomografía computarizada, además de pruebas de laboratorio. Este mismo día se solicitó Interconsulta a la Unidad de Radioterapia quienes previa valoración indican terapia con dexametasona y anticonvulsivantes.

El día 28 de septiembre de 2019 se decide el alta médica por la Unidad de Radioterapia, indicando corticoides orales, anticonvulsivantes y se recomendó que ante una nueva crisis debía acudir a urgencias.

Posteriormente el 4 de octubre de 2019 consta que La Unidad de Radioterapia realizó interconsulta con el Comité de Tumores para hacer seguimiento y definir el curso de la Radioterapia en donde se define que el tamaño del tumor se ha reducido y que se debería seguir con el mismo tratamiento.

El día 9 de octubre acude al Servicio de urgencias del CHUC por Artralgia para lo que se le pauta AINE oral y control por su Médico de Atención Primaria.

El día 23 de octubre de 2019 Acude fuera de hora de Rehabilitación a la Unidad de Raidoterapia, refiriendo taquicardia. Acudió en silla de ruedas y al exámen físico presentó, además de la taquicardia y desaturación de oxígeno una auscultación pulmonar que impresionaba hipoventilación en ambas bases, por lo que se derivó al Servicio de Urgencias para realizar TC tórax urgente para descartar Tromboembolismo Pulmonar.

4.- El día 23 de octubre de 2019 se realizó estudio de Radiología tipo Tomografía Axial Computarizada con contraste con carácter urgente solicitada por el Servicio de Oncología Médica del CHUC la cual concluiría:

"Trombo en ambas arterias pulmonares principales, lobar superior derecha e inferior izquierda, en relación con tromboembolismo pulmonar." Confirmando así el diagnóstico de trombo-embolismo Pulmonar bilateral sin sobrecarga derecha del corazón y sin signos de gravedad.

En este contexto se pauto tratamiento a la paciente de tipo Heparina de Bajo Peso Moelcular, para ser administrada de forma subcutánea permaneciendo ingresada a cargo del Servicio de Neumología para recibir el tratamiento e intentar estabilizar la patología.

5.- El día 24 de octubre de 2019 se realiza a cargo del Servicio de Cardiología una estudio de imágenes tipo eco-cardiograma, con problemas para realizar el estudio por lo elevada de la frecuencia cardíaca paro sin impresión de signos de gravedad.

El día 4 de noviembre de 2019 es valorada por el Servicio de Neumología quienes refiere situación clínica de estancamiento, puntualizan que de empeorar su estado derivar directamente a Unidad de Cuidados Intensivos UCI.

El día 5 de noviembre de 2019 es valorada por el Servicio de Digestivo y se realizó electro- cardiograma.

El día 6 de noviembre es valorada nuevamente por el Servicio de Cardiología quienes realizan nuevo eco-cardiograma y se mantuvo la indicación de que si empeoraba se debía trasladar a UCI.

El día 7 de noviembre de 2019 el Servicio de Oncología Médica definiría que debido al diagnóstico de Glioblastoma Multiforme tratado con intención paliativa mediante radio-quimio, actualmente en tratamiento quimioterápico adyuvante con Temodal.

Por lo que a pesar de la respuesta radiológica parcial en la última resonancia, se trata de una patología oncológica con mal pronóstico a corto-medio plazo. Por ello, la paciente no sería reanimable en caso de parada cardio-respiratoria.

El día 11 de noviembre de (…) comienza a empeorar vertiginosamente, comenzando por la función ventilatoria, mostrándose agitada y con las constantes fuera de límites normales por lo que se contactó con la Unidad de Cuidados Paliativos quienes previo consentimiento de su familia iniciarían medidas de confort para la sedación paliativa con el objetivo de conducirla para así evitar la agonía.

Finalmente el día 14 de noviembre de 2019 falleció la paciente (...)».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 3 de noviembre de 2020.

El día 3 de noviembre de 2020, se dictó la Resolución n.º 2.188/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, emitido el día 8 de julio de 2024. Además, obra en el expediente diversos informes de los servicios sanitarios actuantes, entre ellos informe del servicio de neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y el informe de la Directora de Atención Primaria de Tenerife.

3. Además de todo ello, se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se propusiera la práctica de prueba alguna

Asimismo, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, quienes formularon alegaciones; después del mismo se emitió el referido informe del SIP y, tras él, nuevamente se les otorgó el trámite de vista y audiencia, presentado nuevas alegaciones

4. Tras todo ello, se emitió Propuesta de Resolución el día 2 de octubre de 2024, la cual fue objeto del Dictamen 653/2024, de 12 de noviembre, como ya se señaló, por el que se requirió a la Administración un informe complementario por el que se aclararan dos cuestiones que se consideran fundamentales para que este Consejo Consultivo se pronuncie acerca de la cuestión de fondo, lo cual se planteó en los siguientes términos:

«- Es necesario que se aclare si el tiempo transcurrido desde que la paciente fue examinada por primera vez, al menos desde 2018, y el 20 de mayo de 2019, cuando se le efectúa la prueba diagnóstica que determina que padecía un tumor cerebral, es excesivo o no. En caso de considerar que tal plazo fue inadecuado, es decir, que ello constituye un retraso indebido, es necesario que se pronuncie acerca de si dicho retraso pudo haber tenido influencia en el resultado final o no.

- Asimismo, también es preciso que tal informe aclare si el periodo de tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica del tumor, efectuada el 23 de mayo de 2019, y el momento en el que se inició el tratamiento de quimioterapia, el día 10 de julio de 2019, fue un periodo de tiempo adecuado o, por el contrario, si fue excesivo; en este último caso se ha de pronunciar acerca de si tal circunstancia tuvo influencia en el resultado final».

5. El SIP emitió informe complementario contestando a estas dos cuestiones el día 14 de febrero de 2025, tras ello se les otorgó el trámite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones reiterándose en lo manifestado sobre este asunto con anterioridad.

El día 18 de marzo de 2025 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

Además, acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, se afirma nuevamente en la misma 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 del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.*

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

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.

2. En el reciente Dictamen 133/2025, de 27 de marzo, se ha manifestado 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», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. Además, en dicho Dictamen de este Consejo Consultivo ha señalado también que «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 también plenamente aplicable al presente asunto.

3. En el informe complementario del SIP anteriormente referido, se manifestó acerca de la dos cuestiones esenciales en el presente asunto, afirmando lo siguiente:

«ALEGACIONES

1. Valoración del tiempo transcurrido entre la primera consulta y el diagnóstico definitivo (febrero 2019 - 20 de mayo de 2019).

La paciente acudió en varias oportunidades al Centro de Salud de Finca España en el año 2018 por cefaleas de tipo migrañoso, siendo tratada con analgesia y tratamiento específico para la migraña según los protocolos vigentes.

Posteriormente, en febrero de 2019, se realizó una nueva consulta por cefalea, lo que motivó la derivación al Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). La cita fue otorgada el 19 de marzo de 2019, dentro de un plazo razonable para una consulta ambulatoria en patologías sin signos de alarma inmediatos. En dicha consulta, se indicó la realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) que fue practicada el 20 de mayo de 2019, fecha en la que se confirmó la presencia de un Proceso Expansivo Intracraneal (PEIC).

De acuerdo con la evidencia clínica y los tiempos asistenciales en patologías neurológicas no urgentes, el lapso transcurrido entre la primera consulta y la confirmación diagnóstica mediante RMN (tres meses) no es considerado excesivo dentro de los estándares habituales. No existían signos de alarma evidentes que justificaran una derivación urgente inicial, por lo que el tiempo transcurrido no representa un retraso indebido en la atención.

Adicionalmente, el glioblastoma multiforme grado IV es una neoplasia altamente agresiva y de rápida evolución, por lo que es poco probable que una detección unas semanas o meses antes hubiera modificado el desenlace final de la paciente, dada la baja supervivencia media de esta patología incluso con tratamiento precoz.

2. Valoración del tiempo transcurrido entre la cirugía y el inicio del tratamiento quimioterápico (23 de mayo de 2019 - 10 de julio de 2019). La cirugía de exéresis tumoral se realizó el 23 de mayo de 2019 con un posoperatorio sin complicaciones. Posteriormente, la paciente fue remitida a la Unidad de Oncología Radioterápica, ingresando el 10 de julio de 2019 para iniciar quimioterapia con Temodal.

El intervalo de seis semanas entre la cirugía y el inicio de la terapia coadyuvante es concordante con las recomendaciones de las guías clínicas actuales para el tratamiento del glioblastoma multiforme. La demora estuvo en parte influenciada por el tiempo necesario para obtener el informe anatomopatológico definitivo, el cual confirmó el diagnóstico y permitió establecer el esquema de tratamiento más adecuado.

No existen evidencias que indiquen que este intervalo haya tenido un impacto significativo en la progresión de la enfermedad o en el desenlace final, considerando la agresividad intrínseca del tumor y su pronóstico altamente desfavorable.

CONCLUSIONES

1.- No se considera que haya existido un retraso indebido en el diagnóstico, ya que la paciente fue atendida según los protocolos establecidos, sin presentar signos de alarma iniciales que justificaran una actuación más expedita. Realizándose la prueba de imágenes en los lapsos esperados para el contexto clínico.

2.- El intervalo entre la cirugía y el inicio de la quimioterapia se ajusta a las recomendaciones clínicas internacionales para el manejo del glioblastoma multiforme, por lo que no se considera excesivo ni determinante en el desenlace.

3.- A la paciente se le brindaron los recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados conforme a la lex artis ad hoc.

4.- Pese a esto la evolución natural de la enfermedad no habría cambiado significativamente. El glioblastoma multiforme grado IV es un tumor de alta agresividad con una mediana de supervivencia de aproximadamente 15 meses desde el diagnóstico, a pesar

de los tratamientos disponibles. Su alta tasa de recurrencia y su comportamiento infiltrante hacen que el pronóstico sea desfavorable incluso con intervenciones terapéuticas precoces.

5.- Por lo tanto, en base a la información disponible, no se puede establecer una relación causal entre los tiempos asistenciales y el resultado final de la paciente, por lo que se reitera la ausencia de indicios de mala praxis, pérdida de oportunidad o funcionamiento anormal del servicio sanitario».

4. En este asunto, ha resultado acreditado, especialmente por el informe reproducido con anterioridad, que en ningún momento de todo el proceso médico hubo un diagnóstico tardío o erróneo, pues los mismos se fueron dando en consonancia con los síntomas que iba presentando la afectada.

Además, se puso a su disposición todos los medios materiales y humanos con los que cuenta el SIP, sin que se pueda considerar que en ningún momento se produjera una tardanza a la hora de actuar que diera lugar al resultado final, pues el fallecimiento de la paciente se produjo como consecuencia exclusiva de su propia patología, que por sus características era de gran agresividad y de muy difícil curación e incluso, como alega el SIP al respecto, aún en caso de intervenciones quirúrgicas precoces no es posible evitar el fallecimiento de las personas que padecen tal patología (glioblastoma multiforme grado IV).

Los interesados, por el contrario, no han presentado prueba alguna que permita desvirtuar lo alegado por el SIP o que demuestre que el resultado final se debió a un mal funcionamiento del SCS.

5. Por último, cabe reseñar que este Consejo Consultivo, en supuestos en el que, como éste, se aduce por los interesados errores de diagnósticos o diagnósticos tardíos, ha mantenido de forma reiterada y constante la doctrina de la «*prohibición de regreso*», como, por ejemplo, se hace en el Dictamen anteriormente referido (DCC 133/2025), 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.

6. Por todo ello, procede señalar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre la prestación del servicio sanitario y los daños reclamados por la interesada, procediendo la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, es conforme a Derecho, de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.