Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 4 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de septiembre 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 (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 302/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 30 de junio de 2025 -con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 2 de julio-, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...) y (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (419.042,66 euros) determina la preceptividad del dictamen 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 carácter básico, 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. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, como esposa e hijos del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP)], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han probado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado» (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, la esposa e hijos del fallecido están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de su esposo y padre les ha causado.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, por cuanto el fallecimiento se produce el 16 de agosto de 2023, por lo que habiéndose formulado la reclamación el 16 de agosto de 2024, la misma se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado, con creces, el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP, al haber transcurrido casi cuatro años desde la reclamación sin que la misma haya sido resuelta de manera expresa.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

Los reclamantes instan la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, que cuantifican inicialmente en el importe de 250.000 euros, por el fallecimiento de (...), esposo y padre, respectivamente, el día 16 de agosto de 2023, como consecuencia de un carcinoma microcítico de pulmón estadio IV, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en la existencia de un retraso en el diagnóstico de la enfermedad, sobre la base de los siguientes hechos, extraídos de la reclamación:

«- Con fecha 16/08/2023, como consecuencia del anormal funcionamiento del servicio público que presta el Hospital Insular, se produjo el fallecimiento de (...) .

- Entiende esta parte que existe negligencia y pérdida de oportunidades ante el diagnóstico erróneo o tardío practicado por los profesionales sanitarios intervinientes. Así las cosas, a la vista de los antecedentes y la sintomatología observada en el historial clínico del fallecido, cabe concluir que no se llevaron a cabo debidamente los protocolos que rigen la actuación sanitaria; y ello, dado que como queda probado la causa del fallecimiento fue una neoplasia pulmonar de gran tamaño con metástasis ósea y cerebral que se desarrolló de manera abrupta en el corto plazo de un año (existen pruebas que demuestran que apenas un año antes de su fallecimiento solo se observaban algunos nódulos sin importancia), por lo que cabe concluir que de haberse diagnosticado con mayor antelación, las probabilidades de un tratamiento, la esperanza de vida y la calidad de la misma habrían aumentado considerablemente. Sin embargo, dicho diagnóstico anticipado no sucedió pese a las reiteradas visitas del fallecido a urgencias y a su médico de cabecera manifestando dolencias y sintomatología propia de la patología causante de su muerte.

- Especialmente negligente fue la actuación llevada a cabo el día 12 de octubre de 2022 en el servicio de urgencias del Centro de Salud del Puerto, pues el fallecido acudió a las 03:17:49 A.M. refiriendo tos desde hace varios días acompañado de dolor torácico bilateral. Sin embargo, pese a la manifestación de tales motivos, el Dr. (...) se limitó a diagnosticarle TOS, sin realizar ningún tipo de prueba procedente como pudiera ser una radiografía o cualquier otra prueba de imagen, ni tampoco algún tipo de cribado tendente a encontrar infección vírico o bacteriana. El tratamiento pautado fue "beber abundante líquido y control

con su médico". Así las cosas, resulta evidente que dicha actuación fue absolutamente negligente y lesionó no solo el derecho a recibir la asistencia médica como es debido, sino también provocó daños morales y pérdida de calidad de vida y expectativas de tratamiento.

- La evaluación económica a satisfacer por esa Administración se cifra en la cantidad total de DOSCIENTOS CINCUENTA MIL EUROS (250.000,00 €), en concepto de INDEMNIZACIÓN POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS PRODUCIDOS por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de Salud; no solo por el sufrimiento causado al paciente, (...), debido a las mencionadas negligencias hospitalarias y que desembocaron en su fallecimiento el día 16/08/2024, sino por los daños morales causados a su familia (esposa e hijos), ante la impotencia sufrida al constatar que el resultado final hubiese sido distinto si se hubiera seguido una correcta praxis por el personal del Centro de Salud del Puerto y del Hospital Doctor Negrín, donde estuvo ingresado».

«Que en virtud de este escrito INTERPONEN CONJUNTAMENTE LA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL, no solo por el sufrimiento causado al paciente, (...), debido a las mencionadas negligencias hospitalarias y que desembocaron en su fallecimiento el día 16/08/2024, sino por los daños morales causados a su familia (esposa e hijos), ante la impotencia sufrida al constatar que el resultado final hubiese sido distinto si se hubiera seguido una correcta praxis por el personal del Centro de Salud del Puerto y del Hospital Doctor Negrín, donde estuvo ingresado».

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 el día 16 de agosto de 2024 por (...), (...) y (...), esposa e hijos, respectivamente, del fallecido, solicitando una indemnización por el fallecimiento (...) el día 16 de agosto de 2023, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos expresados en el Fundamento II del presente Dictamen.

2. Con fecha 27 de septiembre de 2024, a requerimiento de la Administración, el interesado mejora la reclamación presentada.

3. Con fecha 8 de octubre de 2024 por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta solicitando informe a través del Servicio de Inspección y Prestaciones informe del órgano causante de la presunta lesión indemnizable.

4. El 13 de febrero de 2025 el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la historia clínica y los informes recabados:

Informes emitidos por dos Médicos de Atención Primaria.

Informe emitido por Médico neumólogo del Servicio de Neumología del HUGCDN.

Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones emitido el 13 de febrero de 2025.

Historia clínica relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN).

Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Hospital (...).

5. Por la Administración se acuerda admitir la prueba documental, testifical y pericial, otorgándole el plazo de 30 días para la práctica de la prueba, sin que dentro del plazo conferido se efectuara propuesta de testigo a interrogar ni se aportara el informe pericial. Por parte de la Administración se propone Documental consistente en la incorporación del Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de fecha 13 de febrero.

6. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se confiere trámite de audiencia a los interesados de conformidad con previsto en el art. 82 LPACAP.

Dentro del plazo conferido los interesados formulan alegaciones ratificando en todos sus extremos la reclamación presentada, y considerando que a través del contenido del informe del SIP quedan acreditados los hechos relevantes que sustentan su reclamación, señalando que tanto el Servicio Canario de la Salud como el Hospital (...) son responsables por la omisión y/o insuficiencia de sus actuaciones. En dicho escrito aumenta la cantidad indemnizatoria inicialmente reclamada, fijándola en el importe de 419.042,66 €, por los siguientes conceptos:

- Perjuicio personal básico: 213.055,92 €

- Perjuicio personal particular: 88.971,66 €

- Perjuicio patrimonial: 117.015,08 €

7. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de

Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 27 de junio de 2025 por la secretaria general, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

9. Mediante oficio de 30 de junio de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 2 de julio, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que «*los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la citada Ley 40/2015, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente , por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis , no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a

los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre

la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente que se alega en la reclamación (retraso en el diagnóstico de la neoplasia pulmonar) y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

Debemos precisar que la valoración de la asistencia sanitaria en cuanto a su conformidad a la *lex artis* se circunscribe a la dispensada por los distintos servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud, pues el paciente estuvo en seguimiento por el Servicio de Neumología del Hospital (...), en régimen privado por convenio con la aseguradora (...) desde el 04/01/2013 hasta el 15/10/2021. El Servicio Canario de la Salud carece de responsabilidad respecto a la asistencia sanitaria dispensada por dicho centro sanitario privado, la cual se llevó a cabo fuera del ámbito de la asistencia sanitaria pública y, por tanto, es ajena al sistema sanitario público competencia del Servicio Canario de la Salud.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se extraen del expediente administrativo remitido:

- En cuanto a los antecedentes médicos del paciente podemos destacar los siguientes, por su posible influencia en el desarrollo de la enfermedad y su tratamiento, así como en el resultado final:

A) Tabaquismo: Fumador de 20 cig/día desde los 7 años de edad, ha recibido asesoramiento por parte de su médico de Atención Primaria para abandonar el hábito:

- 15/12/2011: «*Persiste sin querer dejar de fumar».*

- 13/04/2016: *«Asesoría sobre dejar de fumar»*. Se solicita radiografía de tórax, realizada el 12/05/2016, la cual resulta normal.

- Derivado al Programa de Atención al Fumador de Canarias (PAFCAN), pero no acude el 08/10/2021.

B) Hernias discales a nivel cervical. Seguimiento con el Servicio de Neurocirugía del Hospital (...) (15 de julio de 2021-septiembre de 2022), por cervicobraquialgia recurrente, discopatía degenerativa cervical y artrosis. En agosto de 2021 se realiza cirugía cervical con prótesis cervical. Tras la intervención de neurocirugía, persiste el dolor cervical y la braquialgia derecha (03/10/2021). El 28/09/2022 se documenta que el paciente sigue presentando dolor cervical y limitación para sus actividades de la vida diaria y laboral.

C) Polimialgia reumática: El 17/09/2013, su médico de Atención Primaria describe dolores migratorios (cervicales, lumbares, en extremidades superiores e inferiores) e invalidantes de años de evolución. Estudiado por Medicina Interna y Traumatología. Se diagnostica en la historia clínica de Atención Primaria de polimialgia reumática.

D) Fractura costal en el 7.º arco costal derecho en septiembre de 2016. El 17/10/2016, informa a su médico de Atención Primaria que «sigue con dolor en el costado derecho» y que está en estudio con un especialista privado.

E) Ha sido intervenido varias veces por pólipos benignos en las cuerdas vocales en 2008 y 2015. Mantuvo seguimiento con el Servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín entre 2014 y 2022, con diagnóstico de edema de Reinke y laringitis crónica debido al tabaquismo. No consta patología oncológica orofaríngea.

- El paciente estuvo en seguimiento privado por el Servicio de Neumología del Hospital (...), en convenio con la aseguradora (...) desde el 04/01/2013 hasta el 15/10/2021. Durante este período se diagnostica EPOC [Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica] con enfisema centrolobulillar en los lóbulos superiores. Nódulos pulmonares en el segmento apical del lóbulo inferior derecho, en la cisura mayor, de 7 y 3 mm (primera descripción en TAC de fecha 16/01/2013). Se inicia tratamiento. El 28 de octubre de 2013 se repite TAC de tórax donde se aprecia que los nódulos en el segmento apical están estables en tamaño, morfología y localización y se interpretan como adenopatías intrapulmonares. Se describe lesión hepática

compatible con hemangioma. En TAC de tórax realizado el 27/05/2015 se describen nódulos en segmento apical de lóbulo inferior derecho estables respecto al estudio previo (de 7 y 3 mm). Por estabilidad en tamaño, morfología y localización impresionan de adenopatías.

El 15/05/2018 se realiza, en el mismo centro privado, TC volumétrico de tórax sin contraste, en el cual se describen adenopatías en la cisura mayor, milimétricas y estables [los nódulos conocidos y descritos desde 2013]. Además, se describen dos nódulos periféricos nuevos [no descritos en TAC previos]: uno subpleural en el segmento 3 del lóbulo superior derecho, de 5 mm, que se describe estable en comparación con estudios previos (aunque no se encontraba descrito en estudios previos), y otro subpleural periférico sólido en el segmento 2 del lóbulo superior derecho de 3 mm (no presente en estudios previos). Se clasifica como Lungs Rads 2 (casi con certeza benigno). Se recomienda control en 12 meses.

En el último TAC realizado en el (...) el 30 de septiembre de 2021 se objetivan nódulos pericisurales derechos de 4 y 3 mm en la cisura mayor lateral media [los mismos ya conocidos desde 2013]. Además, se observan nodulillos subpleurales de hasta 3 mm en el segmento lateral del lóbulo superior izquierdo. Se describen engrosamientos bronquiales difusos sin evidencia de otra afectación significativa del intersticio. Se menciona la ausencia de afectación adenopática supradiafragmática.

Además del seguimiento por neumología, el paciente ha recibido atención privada en el Hospital (...) por varios especialistas: urología (2012-2015), traumatología (2018; 2023), dermatología (2015-2020), neurocirugía y medicina interna (octubre 2016-septiembre 2021). Asimismo, ha acudido en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del mismo hospital, entre 2011 y junio de 2023.

La última visita realizada al Servicio de Neumología del (...) fue el 15/10/2021, servicio que estaba llevando a cabo el seguimiento de sus nódulos pulmonares y la clínica asociada

- Según informa el SIP no consta que se haya informado a su médico de Atención Primaria ni a otros especialistas del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) sobre la existencia de nódulos pulmonares en vigilancia, ni sobre los resultados de los TAC realizados en el (...). La única excepción es el 17/10/2016, cuando informó a su médico de Atención Primaria que había acudido a un especialista privado por dolor costal, quien había solicitado un TAC dorsal y abdominal, sin informar a su Médico de AP del resultado.

- El 29 de octubre de 2020 acude a su Médico de Atención Primaria por ronquidos y clínica compatible con síndrome de apneas obstructivas del sueño, motivo por el que es derivado al Servicio de Neumología del HUGCDN. En la interconsulta de derivación no consta mención de nódulos pulmonares ni del seguimiento neumológico por hospital privado, el cual el médico de Atención Primaria desconocía

- El 23/02/2021 acude a consulta programada con el Servicio de Neumología del HUGCDN.

- El 26/01/2022, se realiza cita de seguimiento con el Servicio de Neumología del HUGCDN. En la nota clínica del 26/01/2022 del Servicio de Neumología se registra: Espirometría con obstrucción leve al flujo aéreo. Radiografía de tórax (realizada el 11/01/2022): muestra afectación parenquimatosa pulmonar con evidencias de enfisema y engrosamiento de las paredes bronquiales [cuadro compatible con su EPOC/enfisema]. No se describen nódulos/masas ni derrame pleural. Poligrafía respiratoria: estudio no sugerente de apnea del sueño. Diagnósticos: síndrome de apnea-hipopnea del sueño leve posicional. EPOC con obstrucción leve. Se recomienda abandono del hábito tabáquico y control en un año.

- Hasta el 10/06/2022, no consulta a su médico de Atención Primaria por motivos relacionados con clínica respiratoria ni sospecha de enfermedad pulmonar, ni acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por síntomas respiratorios.

El 10/06/2022, el paciente solicita telefónicamente en Atención Primaria la realización de un test de antígenos por sintomatología. No constan signos de alarma ni necesidad de tratamiento (antibiótico o corticoide), ni persistencia en el tiempo de la clínica según la historia de Atención Primaria.

- El 12/10/2022, acude al Servicio de Urgencias del centro de salud por tos de días de evolución, acompañada de dolor torácico. Se describe un paciente con buen aspecto general, sin signos de enfermedad grave. Exploración: piel y mucosas de tinte normal (sin cianosis ni palidez). Paciente colaborador. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos [auscultación pulmonar normal]. Auscultación cardíaca normal. Frecuencia cardíaca normal, Saturación de oxígeno del 98% [normal], afebril.

Se administra corticoide intramuscular y se pauta tratamiento antitusígeno (codeína). Se recomienda cita con su médico de Atención Primaria.

- Al día siguiente, el paciente acude nuevamente al Servicio de Urgencias solicitando un cambio de medicación, ya que no puede adquirir la prescrita. Exploración: murmullo vesicular conservado, crepitantes en base pulmonar derecha, sin tiraje [sin signos de dificultad respiratoria].

Diagnóstico: infección respiratoria.

Se inicia tratamiento con antibiótico oral (levofloxacino).

Se recomienda cita con su médico de Atención Primaria.

- El 10/11/2022, el paciente acude al Servicio de Urgencias del HUNGCDN por dolor en el costado derecho de inicio brusco mientras caminaba, sin antecedente de trauma previo, asociado a disnea y dolor a la inspiración profunda. Refiere un cuadro de aproximadamente 10 días de evolución con tos y expectoración verdosa, tratado con antibioticoterapia. Niega fiebre, náuseas, vómitos y palpitaciones.

Se explora paciente con buen estado general, con ligera ictericia, hemodinámicamente estable, afebril, eupneico [respira normalmente]. Auscultación cardiopulmonar normal (Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos).

En la Radiografía de tórax (realizada el mismo día, 10/11/2022) se describe masa parahiliar derecha de aproximadamente 5,4 cm de diámetro. Discreto derrame pleural derecho asociado.

Se decide ingreso en el Servicio de Neumología para estudio de la masa pulmonar. Se describe al paciente como clínicamente estable y hemodinámicamente estable, asintomático, sin dolor, con constantes vitales normales, incluyendo saturación de oxígeno.

- Estuvo ingresado en el Servicio de Neumología del HUNGCDN desde el 13/11/2022 al 22/11/2022.

El médico de guardia que lo ingresa recoge que el paciente refiere un cuadro de un mes de evolución tras una infección respiratoria, caracterizado por sensación de disnea, opresión torácica, sibilancias autoescuchables de predominio nocturno y aumento de tos y secreciones habituales. Presenta además dolor pleurítico intermitente que empeora con la inspiración. El cuadro ha ido empeorando progresivamente, lo que motiva su consulta. Asocia dolor dorsal, que describe como una sensación de quemazón y acorchamiento intermitente en los miembros superiores, que él mismo relaciona con patología vertebral, dado su antecedente laboral en una ferretería con carga de grandes pesos. Refiere que desde hace años

conoce la existencia de un nódulo pulmonar y que ha realizado controles radiológicos periódicos en (...), aunque no aporta informes.

Durante el ingreso se realizan pruebas complementarias:

A) TAC (16/11/2022) que muestra:

- Enfisema moderado.

- Ganglio subpleural en segmento lateral del lóbulo medio.

- Infiltrados nodulares en:

• Segmento posterior del lóbulo superior derecho (1,3 cm) [se corresponde al segmento II]

• Segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho (2,3 cm), subpleural, con otro nódulo satélite adyacente (0,9 cm)

• Lesión dudosa en vidrio deslustrado (6 mm) en el segmento basal anterior del lóbulo inferior izquierdo (posible hipoventilación).

- Grandes masas adenopáticas [ganglios patológicos] conformando conglomerados subcarinal, peribronquial e hiliar derecho. Impresión diagnostica: estadio T3-T4, N2, M0.

B) El 21/11 se realiza una broncoscopia con toma de biopsia, en la que se observan discretos signos de compresión extrínseca de la rama anterior del bronquio lobar inferior derecho (BLID). Diagnóstico: infiltrado grado III. Estenosis compresión extrínseca.

C) TAC cerebral (22/11/2022): No se evidencian signos de diseminación al sistema nervioso central.

El paciente recibe el alta el 22 de noviembre de 2022 en situación de estabilidad clínica (no requiere oxigenoterapia, hemodinámicamente estable). Refiere molestias dorsolumbares intermitentes y cambiantes, que no precisan la analgesia prescrita según el propio paciente.

Diagnóstico principal: Neoplasia pulmonar en estadio cIIIB (T3-T4, N2, M0).

- Se cita para seguimiento con Neumología del HUGCDN y para realización de PET/TC el 2/12/22 donde se concluye como impresión diagnóstica:

Masa hipermetabólica en segmento medial del LID compatible con proceso neoproliferativo pulmonar, nódulo subpleural hipercaptante en segmento posterior del mismo lóbulo y afectación nodal hiliar derecha y subcarinal y ósea múltiple.

Áreas de opacidad en vidrio deslustrado con hipermatabolismo difuso, múltiples nodulillos y engrosamiento peribroncovascular sugestivo de linfangitis.

- En seguimiento por Oncología Médica desde el 13 de diciembre de 2022, cuando se describe buen estado general, con dolor en el hemitórax derecho controlado. Se diagnostica carcinoma microcítico de pulmón derecho cT4N2M1c (múltiples metástasis óseas según PET).

- Caso presentado en el Comité de Tumores el 16/12/2022. Se informa al paciente sobre la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y sus posibles efectos secundarios. Inicia quimioterapia e inmunoterapia el 27/12/2022, bajo supervisión del Servicio de Oncología Médica.

- En la prueba de imagen de control (TAC) de marzo de 2023 se observa una respuesta parcial a nivel pulmonar y ganglionar, con enfermedad ósea estable. Se detectan dos metástasis en el sistema nervioso central, por lo que se deriva a Radioterapia, iniciándose el 20/04/2023 radioterapia holocraneal paliativa.

- A pesar de los tratamientos instaurados, el paciente presenta progresión de su enfermedad oncológica, con desenlace fatal. Fallece el 16/08/2023 en la Unidad de Cuidados Paliativos por empeoramiento clínico de su condición oncológica (carcinoma microcítico de pulmón estadio IV).

3. Los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial en la existencia de un retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón, al considerar que a pesar de los antecedentes personales y de la sintomatología que (...) esperanza y calidad de vida, privándole de un diagnóstico precoz y, por tanto, de un tratamiento dirigido a evitar la extensión de la enfermedad.

Las pruebas practicadas en el procedimiento consisten en la documental que obra en el expediente al que se incorpora la historia clínica del paciente, tanto en el ámbito de la sanidad pública (Centro de salud y HUNGCDN) como en la sanidad privada ((...)), y los informes de los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente, así como el informe del SIP.

Pues bien, analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas, y la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo, no se detecta ninguna acción que sea contraria a la *lex artis.* De los informes obrantes en el

expediente, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el desgraciado resultado final del proceso no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

Del detallado informe emitido por el SIP se pueden extraer las siguientes conclusiones:

A) En cuanto a los antecedentes personales, era un paciente que presentaba tabaquismo crónico, EPOC y enfisema pulmonar diagnosticados en 2013 por el servicio de Neumología del Hospital (...), con seguimiento en régimen privado, por tanto se trató de una asistencia sanitaria ajena al Servicio Canario de la Salud, al señala lo siguiente:

«Se trata de un paciente con antecedentes de tabaquismo crónico, asociado a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y enfisema pulmonar, diagnosticados en 2013 por el servicio de Neumología del Hospital (...), con seguimiento en modalidad privada. La EPOC y el enfisema pulmonar son afecciones respiratorias crónicas caracterizadas por alteraciones en las vías aéreas y/o los alvéolos que provocan una obstrucción persistente del flujo aéreo. Los síntomas más comunes incluyen tos con o sin expectoración, disnea (dificultad para respirar), que tiende a empeorar con el ejercicio y se desarrolla progresivamente, limitando las actividades cotidianas. Además, los pacientes pueden presentar sibilancias, opresión torácica y dolor en los costados, entre otros síntomas (cansancio, pérdida de peso).

Desde el inicio del seguimiento neumológico privado en enero de 2013, el paciente reportó disnea asociada al esfuerzo, sibilancias y dolor dorsal (infraescapular), sin presentar otros síntomas de alarma ni signos adicionales. Estos síntomas fueron atribuidos a su tabaquismo y a la EPOC-enfisema, por lo que se instauró un tratamiento farmacológico orientado a contrarrestar la obstrucción del flujo aéreo secundaria a estas afecciones respiratorias».

B) Por su parte, también el hallazgo de nódulos pulmonares y su seguimiento radiológico se llevó cabo por el (...), y por tanto, en régimen de asistencia sanitaria privada, no conociendo los profesionales sanitarios del SCS, tanto del ámbito de Atención Primaria, como del HUGCDN, su existencia y su evolución, al no haber comunicado el paciente a los mismos los resultados de las pruebas practicadas hasta noviembre de 2022. En relación con ello el SIP informa:

«Además, consta que el paciente estaba bajo vigilancia radiológica por indicación del servicio de Neumología del (...) debido al hallazgo de nódulos pulmonares. La última prueba radiológica se realizó el 30/09/2021 y la última consulta con Neumología tuvo lugar el 15/10/2021, con indicación de seguimiento en un año.

El paciente conocía la existencia del "nódulo pulmonar", que estaba siendo monitoreado por un especialista privado, tal como refirió durante su acceso al Servicio de Urgencias del Hospital Negrín en noviembre de 2022. Sin embargo, este dato no había sido comunicado a los profesionales de Atención Primaria ni a los especialistas del Hospital Dr. Negrín hasta ese momento.

Si bien los nódulos pulmonares identificados en 2013 en la cisura mayor (pericisurales) fueron descritos como estables y con características benignas (interpretados como adenopatías intrapulmonares), en 2018 la tomografía computarizada (TAC) mostró, además de dichas adenopatías en la cisura mayor del lóbulo inferior, la aparición de dos nuevos nódulos en el lóbulo superior derecho. En ese momento, se recomendó continuar con la vigilancia radiológica con control anual. Sin embargo, las notas clínicas del neumólogo privado no mencionan la aparición de nuevos nódulos ni plantean la necesidad de estudios adicionales para profundizar en el diagnóstico.

Es relevante destacar que, a pesar de que el paciente estaba en seguimiento radiológico mediante tomografía computarizada (TAC), un examen mucho más sensible que la radiografía de tórax y capaz de detectar nódulos más pequeños, y supuestamente controlado por el Servicio de Neumología, el cáncer y/o nódulos sospechosos no fueron identificados de forma temprana.

Por un lado, se puede explicar que el tipo de tumor pulmonar diagnosticado en 2022 es un cáncer microcítico (de células pequeñas), caracterizado por su alta agresividad, rápido crecimiento y diseminación metastásica precoz.

Por otro lado, considerando la dimensión de la masa pulmonar observada en la PET-TC de diciembre de 2022 (aproximadamente 4 × 4 × 4 cm) y teniendo en cuenta que un tumor microcítico duplica su volumen en promedio 31 veces en un año, se estima que en septiembre de 2021 su diámetro habría sido de aproximadamente 0,96 cm, una dimensión que debería haber sido detectable mediante una tomografía computarizada (TAC) de tórax.

Es importante resaltar que la interpretación de las imágenes obtenidas mediante pruebas radiológicas es subjetiva y depende del criterio del profesional encargado de su valoración. Existen limitaciones inherentes tanto a la técnica utilizada (el TAC de septiembre de 2021 no especifica el uso de técnicas más sensibles, como alta resolución o cortes finos) como al proceso de interpretación de las imágenes, especialmente en pacientes con enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), como en este caso.

Por lo tanto, no se puede afirmar con certeza que el cáncer se haya "desarrollado de manera abrupta en el corto plazo de un año", ya que durante el seguimiento privado no se realizaron pruebas para caracterizar con mayor precisión la situación pulmonar en un paciente de alto riesgo de neoplasia (fumador, antecedentes oncológicos familiares) y teniendo conocimiento de la existencia de nódulos pulmonares».

Por tanto, a diferencia de lo que alegan los reclamantes en el trámite de audiencia, el posible reproche que realiza el SIP en su informe sobre un posible retraso diagnóstico, va dirigido a la actuación del Servicio de Neumología del (...), respecto de la cual el Servicio Canario de la Salud carece de legitimación pasiva en relación con la posible responsabilidad derivada de la asistencia sanitaria dispensada en dicho centro sanitario privado. El SIP considera que teniendo en cuenta el tipo de tumor, se estima que en septiembre de 2021, fecha en que se realiza el último TAC en el (...), tendría una dimensión que debería haber sido detectable mediante una tomografía computarizada (TAC) de tórax, pero que existen limitaciones inherentes tanto a la técnica utilizada (el TAC de septiembre de 2021 no especifica el uso de técnicas más sensibles, como alta resolución o cortes finos) como al proceso de interpretación de las imágenes, especialmente en pacientes con enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), como en este caso. Y Finalmente afirma el SIP que durante el seguimiento privado no se realizaron pruebas para caracterizar con mayor precisión la situación pulmonar en un paciente de alto riesgo de neoplasia (fumador, antecedentes oncológicos familiares) y teniendo conocimiento de la existencia de nódulos pulmonares.

C) En cuanto a la asistencia sanitaria prestada por Atención Primaria previo al diagnóstico de cáncer pulmonar, por cuanto los reclamantes sugieren que las negligencias fueron cometidas principalmente por su médico de Atención Primaria (diagnóstico tardío) y el servicio de urgencias del Centro de Salud (CS), en el informe del SIP se concluye:

« (...) durante su seguimiento con el médico de Atención Primaria, el paciente solo presentó episodios autolimitados de tos, sin síntomas o signos de alarma que sugirieran la presencia de cáncer pulmonar microcítico. No se registraron síntomas como hemoptisis, disnea, tos persistente, pérdida de peso ni debilidad. El dolor torácico fue breve y se limitó al contexto de la sintomatología relacionada con la tos, como se explicó anteriormente.

En concordancia con esto, en el informe de alta del 22 de noviembre de 2022, correspondiente al ingreso en el que se diagnosticó el cáncer pulmonar, se describe la

ausencia de hemoptisis, disfagia, disfonía, pérdida de peso, edemas, síntomas nocturnos de falta de aire (como ortopnea o disnea paroxística nocturna), debilidad y cefalea.

Es importante señalar que el paciente tenía un diagnóstico previo de EPOC y continuaba fumando, por lo que síntomas como tos, disnea o dolor torácico no eran, por sí mismos, sugerentes de cáncer pulmonar.

En general, los síntomas iniciales del cáncer pulmonar son frecuentemente inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico temprano (en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza cuando el cáncer ya ha metastatizado). La detección precoz del cáncer de pulmón se complica aún más en pacientes con comorbilidades, como la EPOC, debido a la superposición de síntomas. Los principales síntomas de la EPOC incluyen disnea, fatiga, tos y, en ocasiones, dolor torácico.

Por otro lado, los síntomas del cáncer de pulmón microcítico incluyen tos con sangre o expectoración, disnea, disfagia, disfonía, dolor torácico, pérdida de apetito y peso, y sibilancias.

Los tumores microcíticos, que generalmente se originan en las vías respiratorias centrales (como fue el caso que nos compete), tienden a infiltrar y reducir la luz bronquial, lo que provoca síntomas evidentes cuando la masa tumoral crece y comprime las estructuras respiratorias y mediastínicas.

En este paciente, la clínica respiratoria (tos con secreciones, disnea, sibilancias y opresión torácica), asociada a dolor torácico y lumbosacro, se hizo persistente solo en el mes anterior a su acceso al Servicio de Urgencias hospitalario del 10/11, tras una infección respiratoria para la cual había recibido tratamiento antibiótico y antitusivo.

En relación con la consulta del paciente al servicio de urgencias del Centro de Salud del 12/10/2022, este fue su primer acceso al Servicio de Urgencias del centro durante el periodo al que nos referimos, y fue motivado por tos de días de evolución y dolor torácico, sin que se hayan registrado consultas en los días previos en Atención Primaria por el mismo motivo.

Se describió que el paciente se encontraba en buen estado general, sin signos de enfermedad grave, con auscultación cardiorrespiratoria normal y constantes vitales dentro de los valores normales, incluida la saturación periférica de oxígeno. Es decir que el paciente respiraba bien y no tenía aparentemente lesiones pulmonares que pudieran sugerir la presencia de líquido/infecciones.

Se inició tratamiento sintomático para la tos, y al día siguiente, cuando el paciente acudió nuevamente al servicio de urgencias, se añadió tratamiento antibiótico debido al cambio objetivado en la auscultación pulmonar (crepitantes en la base pulmonar derecha), aunque sin dificultad respiratoria (sin tiraje). Se aconsejó un seguimiento por su médico de Atención Primaria.

(...)

El 12 de octubre se actuó de manera correcta: se exploró al paciente y, en base a la clínica y los datos anamnésticos proporcionados por el paciente, se decidió proceder con la pauta de tratamiento. En cuanto a la recomendación de realizar seguimiento con su médico de Atención Primaria es adecuada, ya que es crucial para evaluar la evolución del cuadro y determinar si es necesario realizar pruebas adicionales. En este caso, se sugirió la revisión para valorar si la clínica persistía o empeoraba, lo que justificaría la realización de pruebas diagnósticas».

Por otra parte, el SIP concluye que aunque se hubiera realizado una radiografía de tórax el 12 de octubre (un mes y medio antes de la estadificación del cáncer en estadio IV con múltiples metástasis óseas y ganglionares), incluyendo un tiempo preciso para el estudio de la enfermedad (pruebas de imagen y estudio anatomopatológico), esto no habría tenido un impacto significativo en su esperanza ni en su calidad de vida, ya que el cáncer ya se encontraba en fase metastásica. El tipo de cáncer diagnosticado (microcítico) se caracteriza por su alta agresividad y el desarrollo temprano de metástasis generalizadas; de hecho, la mayoría de los casos se diagnostican ya en fase metastásica.

D) Finalmente en cuanto a la valoración de la asistencia sanitaria en el HUGCDN, el SIP informa que no constan ingresos en el servicio de urgencias entre el 20 de septiembre de 2016 y noviembre de 2022, momento en el cual se le diagnosticó una masa pulmonar. En esa ocasión, se actuó correctamente, diagnosticándose la masa pulmonar el mismo día de su ingreso en el servicio de urgencias, indicándose el ingreso hospitalario y confirmándose su naturaleza maligna durante el posterior ingreso en el Servicio de Neumología, mediante las pruebas complementarias realizadas.

Con respecto al Servicio de Neumología del HUGCDN, el SIP considera que el diagnóstico y el procedimiento diagnóstico y terapéutico fueron adecuados. Se atendieron los síntomas clínicos del paciente, quien no requirió oxigenoterapia ni presentó disnea, lo que indica la ausencia de insuficiencia respiratoria o compromiso funcional significativo. Además, no requirió la analgesia prescrita (dolor controlado).

En un plazo de un mes y medio se realizó el diagnóstico histológico, la estadificación, el seguimiento por el Servicio de Oncología, la discusión en el comité de tumores y se inició el tratamiento sistémico, todo dentro de los plazos técnicos adecuados para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias y la obtención de los resultados.

El Servicio de Oncología indicó los tratamientos adecuados para el caso (quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia holocraneal paliativa), utilizando incluso la combinación de quimioterapia con inmunoterapia, lo cual ha demostrado ser más efectivo que la quimioterapia sola, aunque sigue siendo un tratamiento innovador.

Según informa el SIP, los tiempos medios de supervivencia desde el diagnóstico de un cáncer pulmonar microcítico en estadio IV, con enfermedad diseminada, son de 8 a 13 meses. A pesar de encontrarse en estadio IV y presentar múltiples metástasis óseas (donde el número de localizaciones metastásicas está inversamente relacionado con el pronóstico), el paciente sobrevivió 9 meses, es decir, dentro del rango esperado para este tipo de cáncer y su estadio avanzado.

4. Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, se ha puesto a disposición del paciente los medios adecuados según las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada. Debemos tener en cuenta que la obligación del médico no es la de obtener la curación del paciente, sino proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y de la *lex artis ad hoc.*

Los reclamantes no han incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen en la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como bien afirma la SAN de 24 de mayo de 2000 «*la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido técnico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión*».

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV de este Dictamen.