Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 9 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de octubre 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 (...) en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 402/2025 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. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues, la interesada lo cuantifica en su reclamación, reclamando 500.000,00 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002,

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

de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el afectado la condición de interesado al haber sufrido el presunto daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el día 6 de septiembre de 2023, quedando determinado el daño por el que reclama el día 20 de diciembre de 2022, cuando se le confirmó al interesado el diagnóstico de adenocarcinoma Gleason 4+4 (cáncer de próstata), ello sin perjuicio de los tratamientos médicos posteriores relativos a las metástasis derivada de dicha patología.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En este caso, en el escrito de mejora de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por el representante del interesado se afirma acerca de los antecedentes de hecho lo siguiente:

«SEGUNDO.- Sin perjuicio tanto de las alegaciones que se realicen cuando se incorpore al expediente administrativo la historia clínica completa y del Informe Médico Pericial que se

aportará, una vez se cuente con dicha historia clínica completa, en el momento procesal oportuno por no ser posible su aportación junto con el presente escrito, que dejamos anunciado, y donde serán detallados los hechos en los que se sustenta la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y se valorará la atención sanitaria prestada a mi mandante, se plasman brevemente a continuación algunos hechos relevantes:

1º Mi representado acudía regularmente a la consulta de urología del doctor del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, siendo el facultativo que lo atendía, el doctor (...) desde el año 2019.

2º La evolución PSA del mismo era la siguiente:

diciembre 2019 0,92

11 febrero 2021 0,87

2 mayo 2022 3,74

23 agosto 20227,33

11 octubre 2022 14,6

2º Ha de hacerse constar que el facultativo no prescribió:

• Con valor 3,74 ninguna prueba diagnóstica relevante a pesar de estar muy cerca del máximo recomendable.

• Con valor 7,33 pide resonancia magnética (RM) y analítica. No pide biopsia. Indica ver al paciente en un mes y medio.

Cuando aparece el valor 7,33, en esa consulta, mi representado le pregunta si hay "motivos para preocuparse". Le responde con tono jocoso "¿tú o yo? "Naturalmente tú, que eres el profesional". Con mucha tranquilidad y mirándome responde "tranquilo, no tienes que preocuparte". Efectivamente salgo tranquilo ante tanta seguridad. Se le recrimina cuando aparecen las pruebas negativas y me responde que "la medicina es así".

• Un día antes de la consulta, le cita directamente Radiología para hacer un TAC.

• El 18 octubre 2022 y con valor 14,6 le da los resultados al paciente y, vista la gravedad, es cuando procede a solicitar una biopsia, una Gammagrafía ósea y me da cita para el 22 noviembre 2022.

3º Ya el 22 de noviembre atiende a mi representado la uróloga (...) sin que (...) vuelva a ponerse en contacto con (…) en ningún momento, fecha en la que mi mandante tiene conocimiento de las secuelas.

4º De lo anterior se desprende que mi representado lleva siendo tratado desde el año 2019 por la Unidad de Urología adscrita al Servicio Canario de Salud, debido a un cuadro de incontinencia miccional de muchos años de padecimiento y tratamiento sin mejoría.

No obstante lo anterior, de modo incomprensible dicho Servicio pasó por alto la anomalía de carácter oncológico que padecía mi cliente, desde el cual fue diagnosticado de un cuadro de mala dinámica miccional, no contemplando nunca la posibilidad de que los trastornos padecidos por mi mandante fueran debidos a una patología tumoral que luego se comprobó que padecía, siéndole indicada, además, durante muchos años, una medicación para el cuadro miccional inadecuada para el padecimiento canceroso que presentaba.

Así pues, tras la realización de las pruebas oportunas, el Servicio Canario de Salud detectó que mi poderdante padece múltiples metástasis óseas y de adenocarcinoma, de carácter irreversible.

Lo cual obviamente pudo haberse evitado de haber actuado con tiempo y de manera diligente.

5º De lo expuesto con anterioridad, resulta evidente que el daño producido se debe a la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Urología y Andrología del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

Este retraso en el diagnóstico ha ocasionado la pérdida de oportunidad de una solución exitosa a la patología ya que se diagnosticó el cáncer cuando ya estaba en un estadio muy avanzado, con muy pocas probabilidades de recuperación. En definitiva, una mala praxis y una ausencia de oportunidades merecedora de reproche patrimonial»

2. Además, para efectuar una correcta exposición de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), el día 26 de mayo de 2025, en el que se manifiesta lo siguiente:

«El presente informe tiene como objetivo valorar la existencia o no de un nexo causal entre los daños alegados y la atención sanitaria recibida por (...), con DNI número (...), nacido el 5 de enero de 1959. Igualmente, se analizará el tiempo de aplicación de los recursos y la suficiencia de la asistencia prestada por los servicios sanitarios implicados. Los antecedentes personales del paciente son los siguientes:

• Hipertensión esencial sin especificar – 19/10/2022.

• Hiperplasia benigna de próstata (HBP) – 04/10/2022.

• Parálisis facial periférica derecha – 28/10/2022.

• Obesidad adulto grado I – 19/10/2022.

• Cribado para detección del SARS-CoV-2 (COVID-19) – 21/12/2022.

• Anemia Ferropénica – 07/01/2020.

• Prótesis de cadera – 01/02/2016.

- Celiaquía – 18/05/2015.

- Esofagitis – 18/05/2015.

• Necrosis aséptica de cabeza de fémur – 03/01/2007.

• Esteatosis hepática – 02/03/2007.

1.- En septiembre de 2020 consta que acudió a urólogo privado por problema de incontinencia urinaria y le pauta Betmiga® (mirabegron,medicamento utilizado principalmente para tratar la vejiga hiperactiva)50 mg.

2.- El 20 de noviembre de 2020, el paciente fue valorado en consultas externas de Urología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), por clínica del tracto urinario inferior (STUI), encontrándose en tratamiento con mirabegrón 50 mg. El paciente refirió mejoría de la urgencia miccional.

Los síntomas del tracto urinario inferior, comúnmente conocidos como STUI, pueden ser de llenado (urgencia miccional, con o sin escapes, nicturia, aumento de la frecuencia miccional), de vaciado (chorro débil y sin fuerza, sensación de vaciado incompleto), o postmiccionales (goteo terminal). La etiología de los STUI es multifactorial. Cierto es que la hiperplasia benigna de próstata es una de las causas más prevalentes, sin embargo, una litiasis ureteral, un tumor en la vejiga, una infección urinaria, la estenosis uretral, el antecedente de exposición a irradiación pélvica, el síndrome de dolor pélvico crónico, enfermedades neurológicas, o el cuadro de poliuria nocturna, pueden manifestarse como STUI. Su evolución natural es hacia la progresión durante años, aunque existen casos de remisión espontánea.

Dentro de los STUI encontramos una entidad diferenciada, la vejiga hiperactiva. Se define como tal, aquellos pacientes que consultan por aumento de la frecuencia miccional diurna o nocturna, con urgencia miccional, con o sin incontinencia. STUI sin agrandamiento prostático la etiología más probable es: vejiga hiperactiva.

En la exploración física se describieron pene circuncidado y testículos sin alteraciones. Constaba como último PSA un valor de 0,92 ng/ml (dic/2019). En la ecografía urológica de control se objetivó próstata volumen de 32 cc y vejiga sin hallazgos patológicos. Se indicó continuar con medidas higiénico-dietéticas, mantener mirabegrón, y repetir analítica con PSA en tres meses. No se consideró el alta de consultas externas.

3.- El 19 de febrero de 2021, 3 meses después; el paciente fue valorado nuevamente en consultas externas de Urología del CHUNSC por su condición de STUI. Continuaba con mirabegrón y refería satisfacción con su hábito miccional. En la exploración física se confirmaban genitales externos sin hallazgos relevantes. El PSA en control reciente (11/02/2021) fue de 0,87 ng/ml. La ecografía mostró próstata homogénea de 32 cc de volumen y vejiga normal, hay que mencionar que el volumen de la protasta se mantenía sin cambios. Se decidió añadir Tamsulosina (fármaco usado para el crecimiento anormal de la

próstata) y tadalafilo 5 mg en días alternos para tratamiento de disfunción eréctil leve asociada. Como todos los valores eran normales se planificó nueva analítica con PSA al año y se mantuvo seguimiento.

Los valores de referencia del PSA en el tramo de edad 60-69 años es de 0-4.5 ng/ml. Por tanto, ni el PSA estaba elevado, ni en la ecografía prostática el tamaño de la próstata era anormal (el volumen normal de la próstata entre los 50-70 años es de 25-40 cc, ni existían nódulos o áreas sospechosas. Además, la mejoría de STUI con el tratamiento farmacológico pautado no indicaba otra actuación.

No figura que acudiera a su médico de atención primaria refiriendo nuevos síntomas urológicos o alteración del hábito miccional y tal como le fue propuesto

4.- El 18 de febrero de 2022, fue valorado nuevamente en Urología del CHUNSC. El paciente refería relativa estabilidad de los síntomas miccionales, aunque con dificultad ocasional para iniciar la micción y chorro miccional flojo. En la exploración física se mantenían genitales normales. Se indicó suspender mirabegrón, y agregar tamsulosina, TOcas® (fármaco que se usa para la hiperplasia prostática benigna), y usar tadalafilo 20 mg a demanda. Durante esta visita se solicitó analítica con PSA y flujometría para la próxima revisión dentro de 3 meses.

Flujometría es el procedimiento para conocer la capacidad de almacenamiento y evacuación de la vejiga y sirve para diagnosticar el estado de funcionamiento de la vejiga y esfínteres.

5.- El 20 de mayo de 2022, el paciente acudió al Serivicio de Urología del CHUNSC tras realización de flujometría, que mostró parámetros compatibles con obstrucción infravesical: (Qmax 6,6 ml/s, volumen 176 ml, tiempo de flujo 63 segundos, RPM 107 ml, con curva en dientes de sierra). El paciente persistía con síntomas miccionales, El PSA se encontraba en 3,74 ng/ml pero sin sobrepasar los 4ng/ml. Al tacto rectal: próstata aumentada de tamaño, fibroelástica, sin nódulos palpables. Se mantuvo tratamiento con Tocas® (tamsulosina), se pautó antibióticos tipo cefuroxima por 14 días (para infecciones del tracto urinario. Se programó analítica y nueva flujometría en 3 meses para seguimiento estrecho de valores.

6.- El 6 de septiembre de 2022, se revisaron los resultados de analítica reciente que mostraban un PSA en ascenso progresivo: 3,74 ng/ml (20/05/2022) y 7,33 ng/ml (23/08/2022). En el tacto rectal, la próstata era de volumen III, fibroelástica y sin nódulos. Acorde a los protocolos se decidió solicitar resonancia magnética multiparamétrica de próstata, cultivo de orina, test de inflamación prostática (QProst) y repetir PSA. No se otorgó el alta.

7.- El 10 de octubre de 2022, se realizó resonancia magnética multiparamétrica de próstata con espectroscopía en el CHUNSC, como parte del estudio diagnóstico por elevación progresiva del PSA. Se objetivó lesión hipointensa en lóbulo derecho con extensión

extracapsular, afectación de vesículas seminales y contacto con ápex rectal. Se identificaron signos de infiltración vesical y afectación ósea pélvica. Se recomendó biopsia y TC de extensión.

El informe concluyó con hallazgos compatibles con neoplasia prostática localmente avanzada con infiltración de vesículas seminales y posible extensión a estructuras adyacentes, así como la asociación de lesiones óseas sugestivas de metástasis. Se recomendó completar estudio con tomografía computarizada de extensión.

8.- El 17 de octubre de 2022, se realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste en el CHUNSC, dentro del estudio de extensión oncológica. El estudio evidenció engrosamiento mural vesical, adenopatías pélvicas y múltiples lesiones óseas líticas en esqueleto axial, compatibles con metástasis óseas en el contexto de carcinoma prostático.

9.- El 18 de octubre de 2022, se revisaron en el Servicio de Urología los resultados de la RM. Se confirmaron hallazgos compatibles con neoplasia prostática localmente avanzada con infiltración de vesículas seminales, pared vesical y contacto con recto. Con un PSA en 14,6 ng/ml. Se asociaban múltiples lesiones óseas sugerentes de metástasis. Se indicó completar estudio con TC de extensión. Se solicitó también estudio histológico mediante biopsia transrectal, y se valoró cistoscopia.

10.- El 21 de octubre de 2022, se realizó una tomografía computarizada (TC) de cráneo sin contraste en el CHUNSC, indicada por el Servicio de Urgencias ante un episodio de cefalea occipital irradiada, de inicio reciente. El estudio no mostró signos de hemorragia ni desplazamiento estructural. Se identificaron hallazgos sugestivos de otomastoiditis derecha y lesión en peñasco compatible con posible metástasis ósea. Se recomendó resonancia magnética para completar estudio.

11.- El 22 de octubre de 2022 se realizó Gammagrafía Ósea a cargo del Servicio de Medicina Nuclear.

12.- El 4 de noviembre de 2022, (...) fue sometido a una uretrocistoscopia en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), como parte del estudio urológico indicado por clínica de obstrucción miccional e hipertrofia prostática. La exploración endoscópica evidenció una próstata bilobulada parcialmente obstructiva, sin lesiones exofíticas sospechosas. La mucosa vesical presentaba trabeculación difusa. Se realizó toma de muestra.

13.- El 7 de noviembre de 2022, se emitió informe de anatomía patológica en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), a partir de la biopsia prostática realizada el 04/11/2022. El estudio confirmó la presencia de un adenocarcinoma acinar de próstata bilateral Gleason 3+4 (grupo pronóstico 2), con afectación del 30% y 40% del

volumen glandular respectivamente, e infiltración peri neural. El diagnóstico fue comunicado al Servicio de Urología.

14.- El 22 de noviembre de 2022, en el Servicio de Urología se revisaron los resultados de imagen tras completar el estudio de extensión. En la TC realizada el 17/10/2022 se identificaron múltiples lesiones óseas líticas compatibles con metástasis localizadas en calota craneal, columna cervical (C1, C3,7), columna dorsal (D1, D3,4,12), columna lumbar (L1, L5), pelvis, parrilla costal y fémur izquierdo. Se organizó la recogida de nuevas muestras para su análisis genético (BRCA BReast CAncer gene 1 y 2) y se programó la inclusión del caso en sesión clínica multidisciplinar.

15.- El 24 de noviembre de 2022, fue revisado el caso en sesión clínica multidisciplinar Comité de Tumores con el Servicio de Urología y el Servicio de Oncología. Se ratificó el diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 3+4 bilateral, con infiltración peri neural, afectando al 70% del volumen glandular. La gammagrafía ósea (22/10/2022) evidenció más de 10 focos hipercaptantes compatibles con metástasis. Se completó TC y RM craneal que confirmaron afectación ósea del cóndilo occipital derecho. Se decidió remitir a Oncología Médica para inicio de tratamiento sistémico y se solicitó estudio genético BRCA.

16.- El 20 de diciembre de 2022, el paciente fue valorado en Oncología Médica. Se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 4+4 con enfermedad metastásica ósea diseminada. Se indicó inicio de tratamiento con docetaxel en combinación con bloqueo androgénico (ADT + antiandrógeno oral). Se programó ciclo inicial de quimioterapia con revaloración clínica y bioquímica. El paciente presentaba ECOG 1 la más baja clasificación del estado funcional del paciente oncológico, quiere decir que presenta síntomas pero está en capacidad de realizar actividades físicas ligeras y estado general conservado. Se iniciaron además trámites para prueba genética y ajuste de medicación coadyuvante (ácido zoledrónico, calcio, vitamina D).

17.- El 23 de diciembre de 2022, se realizó resonancia magnética de base de cráneo sin contraste en el CHUNSC, solicitada por Urgencias ante la sospecha de otomastoiditis derecha o metástasis ósea. El estudio evidenció sustitución de la señal ósea en hueso petroso derecho, celdillas mastoideas y cóndilo occipital ipsilateral, hallazgos compatibles con metástasis óseas. Se indicó el alta médica y se recomendó seguimiento clínico oncológico.

18.- El 28 de diciembre de 2022, se emitió un nuevo informe anatomopatológico en el CHUNSC, como parte del estudio complementario solicitado por Oncología Médica. Se revisó la biopsia prostática con resultado de adenocarcinoma acinar Gleason 4+4 (grupo pronóstico 4) con invasión peri neural. Se completó además estudio genético BRCA, que no evidenció mutaciones patogénicas relevantes. El índice de tumor celular fue del 40%.

19.- En febrero de 2023 consta que sigue siendo atendido por urólogo privado.

20.- El 3 de marzo de 2023, (...) fue valorado en consulta de Oncología Médica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC). En dicha consulta se revisaron resultados de analítica y evolución clínica tras el tratamiento con docetaxel. Se constató tolerancia adecuada al tratamiento y estabilidad clínica. Logrando la reducción en los niveles de PSA hasta 1,32 ng/dl. Se programó nuevo ciclo de quimioterapia, recomendándose continuar seguimiento en el mismo servicio.

21.- El 8 de mayo de 2023, el paciente fue sometido a una gammagrafía ósea en el Servicio de Medicina Nuclear del CHUNSC, como control evolutivo tras tratamiento oncológico con docetaxel y antiandrógenos. El estudio evidenció mejoría respecto al control previo (22/10/2022). Por lo que se recomendó seguimiento clínico y radiológico.

22.- El 2 de junio de 2023, el paciente acudió nuevamente a revisión por parte del equipo de Oncología Médica, CHUNSC. Refiriendo que se encontraba bien, y había terminado el docetaxcel (quimioterapia). Se valoraron pruebas de imagen y analítica, destacando estabilidad en la evolución del PSA y ausencia de progresión en el estudio radiológico. Se indicó continuar con seguimiento periódico, pautándose nueva consulta en tres meses.

23.- El 1 de septiembre de 2023, fue valorado en consulta Externa del Servicio de Urología del CHUNSC. En esta valoración se discutió el resultado de gammagrafía ósea de control, que no evidenció progresión significativa de la enfermedad metastásica ósea. Los niveles de PSA descendieron hasta 0,07 ng /dl. Se decidió mantener vigilancia clínica activa sin nuevas líneas de tratamiento, dada la buena respuesta.

24.- El 15 de septiembre de 2023, se realizó tomografía computarizada (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste en el CHUNSC, dentro del protocolo de control oncológico. Se describieron lesiones osteoblásticas No se objetivaron cambios significativos respecto al estudio previo, en esqueleto axial, adenopatías iliacas, lesiones en tejido graso pelviano y próstata con evidencia de enfermedad metastásica ósea diseminada.

25.- El 18 de septiembre de 2023, se realizó nueva gammagrafía ósea en el Servicio de Medicina Nuclear del CHUNSC. El estudio mostró persistencia de la captación patológica en múltiples localizaciones óseas, sin cambios relevantes con respecto al control previo del 08/05/2023. El resultado fue compatible con enfermedad metastásica ósea diseminada en el contexto de adenocarcinoma prostático.

26.- El 4 de diciembre de 2023, (...) asistió a control rutinario en el servicio de Oncología Médica. Se mantuvo el criterio de estabilidad clínica y analítica. Se programó revisión en seis meses, con realización previa de analítica con PSA y control radiológico, salvo aparición de síntomas nuevos.

27.- El 10 de junio y el 16 de diciembre de 2024, tuvo lugar la consulta de revisión programada en El Servicio de Oncología Médica en CHUNSC. El paciente se encontraba

asintomático. Se revisaron resultados analíticos, donde se observó mantenimiento de niveles estables de PSA. No se identificaron signos clínicos ni analíticos de progresión. Se recomendó continuar seguimiento con control en seis meses.

28.- El 3 de marzo de 2025 se solicitó analítica control de seguimiento desde la Consulta de Atención Primaria

La cual reportó un PSA de -0,02 ng/dl».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 6 de septiembre de 2023, como ya se dijo. El 13 de septiembre de 2023 se le requirió al interesado la subsanación y mejora de su escrito de reclamación, aportando el 5 de octubre de 2023 el correspondiente escrito de mejora.

El día 10 de octubre de 2023, se dictó la Resolución n.º 537/2023 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y el informe del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria.

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

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, formulando alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 3 de septiembre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«De acuerdo con lo previsto en el art. 20. j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, será preceptivo el informe de los Servicios Jurídicos, entre otros, en el siguiente supuesto: "Reclamaciones por responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración autonómica, en las que se susciten cuestiones de Derecho no resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Secretaría General Jurídico." Por lo anterior, la Asesoría Jurídica Departamental únicamente informará sobre las cuestiones que no se hayan resuelto previamente.*

A la vista de lo anterior, no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que es de aplicación, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes del Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, por ser correcta la actuación sanitaria prestada al interesado.

Así, en dicha Propuesta de Resolución se manifiesta que *«En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que el desenlace es consecuencia de una patología cuyo foco no fue detectado antes a pesar de haberse aplicado las técnicas oportunas y de acuerdo a los protocolos establecidos, y se le dispensó un tratamiento acorde con los medios disponibles en el actual estadio de la ciencia, sin que quepa suplantar el parámetro de la lex artis por el de una obligación de resultado».*

2. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 424/2025, de 13 de octubre, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, 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 con 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. En este supuesto, tal y como se expone con claridad en el escrito de mejora ya mencionado, el interesado reclama porque entiende que el diagnóstico de su

patología fue tardío y ello originó la pérdida de oportunidad de un tratamiento exitoso de la misma, lo que constituye, a su juicio, una *mala praxis*.

4. Pues bien, resulta de especial interés lo manifestado al respecto por el SIP acerca de la cuestión de fondo planteada, manifestándose en su informe que:

«1.- Existe suficiente evidencia documental que sustenta la progresión del PSA del paciente fue controlada y documentada. Y fue precisamente su ascenso progresivo entre mayo y agosto de 2022 (de 3,74 a 7,33 ng/ml), lo que motivó la solicitud de RM multiparamétrica, todo ello en un corto intervalo.

El PSA debe interpretarse de forma individualizada y siempre en correlación con el resto de los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos.

Hay que resaltar que el Servicio de Urología inició tratamiento de forma continuada para el crecimiento prostático anormal o hiperplasia prostática (tamsulosina) en febrero del año 2021, antes de la evidencia de la elevación rápida del PSA.

2.- Respecto a la afirmación de que "no se prescribió ninguna prueba diagnóstica relevante con un PSA de 3,74 ng/ml,". Debe aclararse que dicho valor se encontraba dentro del rango considerado de riesgo bajo en varones con tacto rectal normal y próstata de volumen estable.

En este caso, el paciente presentaba un volumen prostático constante de 32 cc, sin nódulos palpables al tacto rectal, ni signos clínicos de alarma. En este contexto, los protocolos clínicos —como los de la Asociación Europea de Urología (EAU)— Quienes no aconsejan, con un grado de recomendación fuerte, realizar pruebas complementarias inmediatas de tamizaje como resonancia magnética o biopsia prostática en varones con PSA inferior a 4 ng/ml y sin hallazgos sospechosos.

En su lugar, el facultativo indicó de forma correcta una nueva analítica para seguimiento estrecho con PSA y flujometría tres meses después, evidenciando un PSA a 7,33 ng/ml en agosto de 2022. Fue en ese momento cuando se activó el estudio con RM multiparamétrica.

Por tanto, la actuación fue prudente, escalonada y ajustada a la buena práctica médica con estándares internacionales, sin haberse omitido ninguna prueba relevante según el contexto clínico de ese momento.

3.- En relación con la afirmación de que, "con un valor de PSA de 7,33 ng/ml, el facultativo únicamente solicitó resonancia magnética (RM) y analítica, sin indicar biopsia y manifestando que no había de qué preocuparse", es necesario aclarar lo siguiente;

La indicación de resonancia magnética multiparamétrica previa a la biopsia se ajusta plenamente a las recomendaciones de las principales guías clínicas, como las de la Asociación

Europea de Urología (EAU), que señalan que en pacientes con elevación de PSA y sin antecedentes de biopsia ("biopsy-naïve patients"), la RM debe realizarse antes de decidir la necesidad de biopsia transrectal, en base al hallazgo o no de lesiones sospechosas. Con un grado de recomendación fuerte.

Por tanto, el hecho de solicitar primero la RM no sólo no representa una omisión, sino que constituye la secuencia diagnóstica correcta, recomendada y respaldada por la evidencia científica. Además, no puede considerarse reprochable que no se solicitara la biopsia en ese mismo acto clínico, dado que esta decisión depende directamente del resultado de la RM, una vez obtenidos estos resultados se procedió de forma inmediata a solicitar la realización de biopsia.

Finalmente, respecto a la supuesta expresión de tranquilidad por parte del médico ("no tiene de qué preocuparse"), conviene recordar que las recomendaciones verbales orientadas a contener la angustia del paciente no excluyen la vigilancia clínica rigurosa. Lo relevante es que el seguimiento fue adecuado y escalonado, activándose todas las pruebas pertinentes en el momento clínicamente oportuno, conforme a la lex artis ad hoc.

4.- En relación con la afirmación de que el 22 de noviembre de 2022 el paciente fue atendido por una Médica Uróloga distinta a quien lo trataba habitualmente y que "en esa fecha tuvo conocimiento de las supuestas secuelas. Deben realizarse varias precisiones".

En primer lugar, no se evidencian secuelas clínicas atribuibles a la asistencia recibida en la fecha indicada. El paciente fue informado ese día de los hallazgos obtenidos en las pruebas de imagen y de la indicación de biopsia, pero no se produjo en ese momento ninguna lesión nueva, agravamiento ni consolidación de daño funcional. La comunicación del diagnóstico no constituye en sí misma una "secuela" ni puede vincularse a un acto médico negligente.

Luego, no existe nexo causal entre los actos médicos previos y estas supuestas secuelas que se citan en la reclamación. La evolución clínica fue progresiva y compatible con la naturaleza biológica del adenocarcinoma de próstata con debut metastásico, cuyo desarrollo suele ser silente y de crecimiento lento, sin signos clínicos específicos en fases iniciales.

Por último, la sustitución del facultativo por otro especialista del mismo servicio carece de relevancia clínica y jurídica, tratándose de un cambio ordinario dentro de un servicio hospitalario estructurado por equipos. La atención se mantuvo sin interrupciones, y el seguimiento fue asumido con continuidad por otro facultativo de la misma especialidad, sin impacto en el proceso diagnóstico ni terapéutico.

5.- Con respecto a las características del Cáncer de Próstata y la supervivencia. El diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma acinar de próstata del paciente fue: Gleason 3+4 bilateral (grupo pronóstico 2), con afectación tumoral extensa, que comprometía entre el 60% y el 70% del volumen glandular total. En este contexto, y

atendiendo a las escalas de estratificación pronóstica aceptadas internacionalmente, como el sistema de gradación de la ISUP (International Society of Urological Pathology), el tumor debía considerarse de riesgo intermedio-alto, con una probabilidad elevada de enfermedad diseminada ya desde fases iniciales.

Según la clasificación TNM el paciente se situaba en estadio IV. En consecuencia, la supervivencia global a 5 años en este tipo de tumores con metástasis óseas es limitada, situándose según la literatura médica en torno al 30-35%, incluso con tratamiento sistémico precoz. Así que la evolución de la enfermedad está determinada por la agresividad biológica de la enfermedad y no por una hipotética demora en la atención médica.

Por lo tanto, no puede hablarse de pérdida de oportunidad cuando no consta que un diagnóstico más precoz hubiera cambiado sustancialmente el pronóstico. No hay base científica para afirmar que un diagnóstico algunos meses antes habría evitado la diseminación, teniendo en cuenta el carácter silente, multifocal y progresivo del adenocarcinoma prostático en determinados pacientes. De hecho, existen numerosos casos en los que la enfermedad debuta directamente en fase metastásica sin síntomas previos ni alteraciones marcadas del PSA.

6.- De la disposición de todos los medios clínicos, humanos y tecnológicos disponibles para el abordaje del proceso oncológico desde su diagnóstico. El adenocarcinoma de próstata diagnosticado en (...) presentaba ya al momento de su confirmación anatomopatológica una afectación metastásica ósea múltiple, situando al paciente en un estadio clínico avanzado, con implicaciones pronósticas limitadas en cuanto a curación. No obstante, resulta obligado señalar que, desde el momento en que existieron criterios clínico-analíticos que lo justificaban, el Servicio de Urología solicitó de forma progresiva y conforme a las guías clínicas actuales (EAU y NICE) todas las pruebas complementarias indicadas, incluyendo resonancia magnética multiparamétrica, estudio analítico, flujometría, biopsia transrectal prostática y tomografía axial computarizada de extensión.

Una vez confirmado el diagnóstico de neoplasia prostática, se activó de forma inmediata el circuito oncológico, remitiéndose el caso al Servicio de Oncología Médica, donde se inició sin dilaciones tratamiento con docetaxel, bloqueo hormonal, ácido zoledrónico, control del dolor, soporte nutricional y seguimiento multidisciplinar, todo ello en el marco de una atención coordinada y especializada.

Cabe destacar que el abordaje terapéutico incluyó la intervención de múltiples servicios clínicos: Urología, Radiología, Anatomía Patológica, Oncología Médica, Urgencias, Medicina.

Nuclear, Atención Primaria y Comité de Tumores, lo que da cuenta de una atención médica integral, sin evidencia de omisión, retraso injustificado ni actuación negligente.

Desde el momento en que el PSA ascendió a 7,33 ng/ml (agosto de 2022) hasta la confirmación histológica con biopsia (noviembre de 2022) transcurrió un intervalo clínicamente razonable y ajustado a la evolución analítica. En ese periodo, se realizaron pruebas sucesivas sin demoras atribuibles a la organización ni a la actuación médica.

7.- Teniendo en cuenta todos los elementos expuestos a lo largo del presente informe, se concluye que no se evidencia nexo causal entre la actuación sanitaria prestada y el daño alegado por el reclamante. A lo largo de todo el proceso asistencial, se garantizó el seguimiento continuado por parte del Servicio de Urología, así como la solicitud de pruebas complementarias de forma oportuna y sin dilación acorde a la lex artis ad hoc. Aun con un diagnóstico algunos meses antes, debido al tipo de tumor y su comportamiento clínico agresivo, no se habría modificado ni la estrategia terapéutica ni el pronóstico.

No existe base para afirmar que se privó al paciente de una oportunidad de diagnóstico o curación. Asimismo, se pusieron a su disposición todos los recursos humanos, técnicos y terapéuticos disponibles para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Actualmente el paciente continúa en seguimiento por el Servicio de Oncología médica con buena respuesta al tratamiento de quimioterapia y valores de PSA muy reducidos. Por todo ello, se emite un informe desfavorable a la reclamación formulada».

5. En el presente asunto, el interesado no ha presentado pruebas demostrado que haya habido por parte de los sanitarios del SCS un diagnóstico tardío de su patología, como tampoco que haya habido retraso alguno a la hora de practicar las pruebas diagnósticas correspondientes al tipo de patología que padece, especialmente la biopsia referida, pues en virtud del informe anteriormente reproducido se puede considerar que se diagnosticó la patología urológica del paciente siguiendo fielmente las pautas y criterios propios de la Ciencia Médica, ya que desde que presentó un nivel de PSA anómalo en agosto de 2022, 7,33 ng/ml, hasta que se le hizo la biopsia, en noviembre, solo transcurrieron tres meses, pero no fueron estos tres meses un periodo de tiempo inactivo, al contrario, se le fueron realizando diversas pruebas diagnósticas de modo escalonado, como determina la Ciencia Médica, no siendo posible, conforme a la misma, efectuar una biopsia sin haber realizado previamente una resonancia magnética nuclear (RMN).

Por tanto, no habido *mala praxis*, ni diagnóstico tardío, como evidencia todo lo expuesto anteriormente, estando los daños reclamados directamente relacionados con la propia patología que sufre el interesado, que se detectó y trató convenientemente con la mayor celeridad posible, tal y como se ha dicho.

A mayor abundamiento, exigir que, cumpliendo los estándares médicos y protocolos, se hubiera actuado con mayor celeridad que con la que se actuó, supone exigir un funcionamiento del Servicio que va más allá de lo razonablemente exigible.

Finalmente, el interesado no ha presentado prueba alguna que desvirtúe lo manifestado en los informes emitidos por el SCS, ni que determine una *mala praxis*, concretada en un diagnóstico tardío.

6. En relación con la pérdida de oportunidad este Consejo Consultivo ha señalado, por ejemplo, en su Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, que:

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

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

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

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «*la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones*

sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4.ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1.º, rec. Casación n.º 1247/2014).

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

Esta doctrina es aplicable al presente asunto e implica, teniendo en cuenta además lo que manifestábamos anteriormente acerca de la adecuada actuación médica habida, que no se pueda considerar que haya habido pérdida de oportunidad, pues el diagnóstico no fue tardío, no ha habido *mala praxis,* ni era exigible a la Administración sanitaria que actuara aún con más celeridad que con la que actuó, razones estas por las que no se puede entender que hubiera una oportunidad real de curación o atenuación del alcance de su grave patología, máxime, porque los padecimientos médicos que presenta el interesado se deriven de forma inevitable de su patología oncológica.

7. Por todo ello, procede señalar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el interesado, sin que se haya observado infracción alguna de la *lex artis* en el supuesto que nos ocupa.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.