Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de febrero de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 554/2025 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 17 de diciembre de 2025 (registro de entrada de fecha 23 de diciembre de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), menor de edad, por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (204.254,11 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias 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).

Es competente para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de 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. La reclamante, hija de la fallecida, ostenta la condición de interesada, 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 familiar directo 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 alegado 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 hija de la fallecida está legitimada exclusivamente por el daño moral que la muerte de su madre le ha causado.

Además, actúa mediante representación debidamente acreditada, de su abuela y tutora (...), al ser la interesada menor de edad (art. 5.1 LPACAP).

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de 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 de la LPACAP, puesto que la reclamación se presenta el 25 de octubre de 2019 en la que se solicita una indemnización por el fallecimiento de (...) el día 26 de octubre de 2018.

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. 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].

No obstante, este Consejo Consultivo quiere resaltar la larga duración de la tramitación de este expediente, que desatiende el deber legal de celeridad de los procedimientos, con lamentable incidencia en los derechos e intereses de la reclamante.

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, podemos señalar los siguientes extraídos tanto de la Propuesta de Resolución, donde se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado por los reclamantes, como del propio escrito de reclamación:

«- (...) falleció a los 43 años de edad tras serle diagnosticado tan solo 8 meses antes de su fallecimiento (marzo de 2018) una neoplasisa diseminada (ganglionar, linfangitis, pleural, peritoneal) de origen ovárico habiendo ingresado en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias el 25 de octubre de 2018 por una insuficiencia respiratoria crónica agudizada secundaria y falleciendo finalmente el 26 de octubre de 2018.

- Que entiende la reclamante que ha existido una deficiente asistencia sanitaria por retraso en el diagnóstico por parte del personal sanitario que asistió a (...) (tanto en Atención Primaria como en Especializada) que hizo que la fallecida no tuviera ninguna oportunidad de curación tras ser diagnosticada de la enfermedad y recibir su tratamiento.

Este retraso en el diagnóstico existió, ocasionando la pérdida de oportunidad de curación, debido a que, a pesar de que la paciente asistió en múltiples ocasiones a su Centro de Salud así como se realizó en Atención especializada multitud de pruebas antes del mes de marzo de 2018 con sintomatología propia de la enfermedad que padecía (cáncer ovárico) no fue hasta el mes de marzo de 2018 que ese cáncer no fue detectado, resultando que ya se encontraba extendido y sin posibilidad de curación.

- El 27 de enero de 2015, (...) acudió al CAE de La Laguna, Servicio de Ginecología y tras eco de útero se observa formación heterogénea de 36mm sugestiva de teratoma. OI teratoma de 16mm. Control en cuatro meses.

- El 26 de mayo de 2015 en eco se visualiza imagen compatible con teratoma de unos 3 cms, en OI. Observación en un año.

- El 19 de enero de 2016, acude a su médico de Atención Primaria (AP), por cuadro de dolor en zona lumbar desde hace días, que se le ha acentuado. Diagnóstico: Lumbalgia.

- El 20 de enero de 2016 acude al médico de AP por malestar en la región dorsal derecha, de varios meses.

- En marzo de 2016, como antecedente relevante consta que hace un mes se le realizó colonoscopia para cribado de carcinoma de colon, debido a los antecedentes de su madre, resecando varios pólipos.

- El 3 de mayo de 2016. Resultado de la colonoscopia: Pólipos + AP. Sin alteraciones de interés.

- El 12 de junio de 2016, acude al médico de AP por mareos, dolor abdominal y diarrea.

- El 25 de junio de 2016, acude al médico de AP, por cuadro de dolor en el hipogastrio y tenesmo vesical.

- El 10 de octubre de 2017, acude a su médico de AP por cuadro de dolor abdominal tipo cólico con diarrea de tres días. Se le prescribe "dieta".

- El 19 de octubre de 2017, acude a AP, sin cita, por mareo.

- El 14 de noviembre de 2017, refiere teratomas en ovarios, pendiente de ginecología el 21 de noviembre.

- El 31 de octubre de 2017, molestias hipogástricas. En la ECO TV, imagen compatible con teratoma OI 66 mms.

- El 9 de noviembre de 2017, acude por sangrado abundante y fétido al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Eco TV: Útero en anteflexión de características normales. Endometrio descamativo. Formaciones quísticas bifateras, la derecha de mayor tamaño aunque móvil y la izquierda algo más fija. Ambas compatibles con demoides (Teratomas). Capta vascularización. Líquido libre escaso.

- El 14 de noviembre de 2017, acude a control . Exploración: Ge normales. Cx NE, TBM normal, flujo de aspecto normal. ECO TV sin cambios.

- El 21 de noviembre de 2017, formaciones anexiales bilaterales de 4-5 cm no vascularizadas ecogenicidad grasa compatibles con Q, dermoides bilaterales.

- El 1 de diciembre acude para citología.

- El 2 de diciembre de 2017, acude por mareos.

- El 12 de diciembre de 2017: Citología: Cambios celulares: Alteraciones reactivas y reparativas.

Resultado: Negativa para lesión intrapelitelial o malignidad.

- El 28 de diciembre de 2017, acude por fiebre y tos.

- El 16 de enero de 2018, acude a AP por dolor abdominal. Refiere que hace una hora comenzó con dolor abdominal generalizado sobre todo a nivel ovárico y refiere también a nivel intestinal, que no ha tomado nada en el momento. No vómitos, ligera náusea.

- El 17 de enero de 2018 acude a AP por resultado de citología, que resulta negativa de malignidad.

- El 18 de enero de 2018, refiere dolor en costado izquierdo, de varios días, aumenta con el movimiento del tronco. Diagnóstico: Contractura y tratamiento, calor local y relajante muscular.

- El 23 de enero de 2018 acude a AP por mareo. Tratamiento: beber abundante líquido.

- El 19 de febrero de 2018, llama a la matrona, ha estado sangrando durante veintiún días.

- El 22 de febrero de 2018, acude al médico de AP, para control de vaginitis pero refiere lesiones en el cuello, de varias semanas, no dolorosas. Se solicita una interconsulta al detectarle una masa en el cuello de 2x2.

- El 1 de marzo de 2018, control con la matrona. Nada anormal. Por la tarde acude al médico de AP por malestar, adenopatías, tos, pérdida de peso, escalofríos y náusea. Rx de tórax: Derrame pleural izquierdo, se le indica que acuda a su hospital.

- El 2 de marzo de 2018, ingresa en Urgencias del HUC con diagnóstico de derrame pleural. Cuadro de unos cinco meses de evolución de deterioro del estado general. Diagnóstico: Carcinoma diseminado, de origen ovárico.

Cuando finalmente se le diagnosticó correctamente, en marzo de 2018, la enfermedad se encontraba en un estadio tan avanzado que los tratamientos a los que fue sometida la paciente, resultaron infructuosos, falleciendo, finalmente el 26 de octubre de 2018, esto es, en menos de ocho meses a partir del diagnóstico».

A la vista de lo anterior, la interesada, hija de (...), reclama una indemnización de 204.254,11 € por responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, al entender que ha existido una pérdida de oportunidad al no haber diagnosticado y tratado con más antelación la enfermedad que padecía. Entiende la reclamante que ha existido una deficiente asistencia sanitaria por retraso en el diagnóstico por parte del personal sanitario que asistió a (...), tanto en el ámbito de Atención Primaria como en Atención Especializada, donde asistió en multitud de ocasiones antes del mes de marzo de 2018 con sintomatología propia de la enfermedad que padecía (cáncer ovárico), pero no se diagnosticó hasta el mes de marzo de 2018 cuando ya se encontraba extendido y sin posibilidad de curación.

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 25 de octubre de 2019, por (...), en nombre y representación de (...), menor de edad e hija de la fallecida, por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario, en los términos expuestos anteriormente.

2. El 5 de noviembre de 2019 se requiere a la interesada para que en el plazo de diez días proceda a subsanar la reclamación. Dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento el 21 de noviembre de 2019, señalando como medio para efectuar las notificaciones el correo ordinario en su domicilio y proponiendo como prueba la documental aportada y la historia clínica de (...) tanto en Atención Primaria, como en el Hospital Universitario de Canarias.

3. El día 4 de noviembre de 2019 se dictó la Resolución n.º 2576/2019 de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), en representación de la menor, (...).

Se acuerda notificar SHAM**,** compañía de seguros y gestión de riesgos del Hospital Universitario de Canarias, a fin de que, como interesado, pueda personarse en el procedimiento y proponer los medios probatorios que estime pertinentes.

4. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes:

- Con fecha 7 de noviembre de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que, a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente. El 26 de abril de 2023 se reitera la solicitud de informe.

- El 27 de septiembre de 2023 la Jefa de Servicio del SIP comunica al Servicio de Normativa y Estudios que, siguiendo instrucciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se aporta relación de expedientes de responsabilidad

patrimonial que continuarán su tramitación sin informe del SIP, entre los que se encuentra en el presente caso.

- Se recaba la historia clínica de la paciente tanto de Atención Primaria como del Hospital Universitario de Canarias.

- Se emite informe del Médico de Familia de Atención Primaria del Centro de Salud de Tejina, que únicamente indica que atendió a la paciente en dos ocasiones, la primera el 1 de marzo de 2018, donde figura que tras exploración se diagnostica adenopatía laterocervical de 4 cm, por lo que se solicita ecografía de cuello urgente, radiografía de tórax y analítica urgentes. La segunda consulta fue el 20 de marzo de 2018, en la que ya consta el diagnóstico de carcinoma de ovario con metástasis en tratamiento con quimioterapia.

- Además, obra en el expediente remitido a este Organismo informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias de 21 de enero de 2020.

5. El 31 de octubre de 2023, se notifica a la interesada Acuerdo Probatorio, en el que se admite como medios probatorios las documentales propuestas por la interesada y el Servicio Canario de la Salud. El mismo 31 de octubre de 2023 se notifica el trámite de audiencia.

6. El 15 de noviembre de 2023 se presenta escrito de alegaciones por la reclamante en el que reitera las contenidas en el escrito de reclamación, y destaca que no se han tenido en cuenta todos los episodios asistenciales desde el año 2016 tanto en Atención primaria como en el Hospital Universitario de Canarias. En relación con el informe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Canarias manifiesta que es ambiguo e inexacto, puesto que llega a la conclusión de que el diagnóstico de cáncer de ovario en marzo de 2018 es distinto a los teratomas, siendo dos situaciones interpuestas, por la *«lógica clínica»*; y que sólo valora la historia clínica de su servicio y no la de Atención Primaria. En cuanto al informe de Atención Primaria lo considera irrelevante porque no valora todas las veces que acudió a su centro de salud y fue atendida por otros profesionales.

7. A la vista de las alegaciones de la reclamante se solicita nuevo informe a la Gerencia de Atención primaria, indicando expresamente que el informe preceptivo no debe limitarse al relato cronológico de los hechos sino que debe valorar, a la vista de la reclamación, escrito de alegaciones y de la historia clínica de la paciente, si la asistencia sanitaria prestada- desde Atención Primaria- se adecuó o no, a la *lex artis*.

8. El 10 de enero de 2024 tiene entrada en el Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General dos nuevos informes de Atención Primaria.

9. El 11 de enero de 2024 se otorga nuevo trámite de audiencia a la interesada, notificado el 15 de enero, y el 29 de enero de 2024 se formulan alegaciones.

10. Con fecha 20 de febrero de 2024 por la Secretaría General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación.

11. El 23 de febrero de 2024 tiene entrada en este Consejo Consultivo solicitud de dictamen en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario, el cual es emitido el 2 de abril de 2024 (DCC 163/2024), en el que se concluye que la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones a fin de que emita informe del SIP y, con carácter previo a éste, informe complementario del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias que habrá de pronunciarse sobre las cuestiones referidas en el apartado segundo del Fundamento IV del Dictamen.

Después de todo ello, se le otorgará el trámite de vista y audiencia a los interesados; y, tras ello, se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que habrá de ser objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

12. El 4 de abril de 2024 por el órgano instructor se solicita informe complementario por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias en los términos indicados en el DCC 163/2024, el cual es emitido el 25 de abril de 2024

13. El 10 de julio de 2025 se emite informe por el SIP, acompañado de la documentación clínica que se relaciona en el mismo.

14. De los informes anteriores se da traslado a la parte interesada el 25 de agosto de 2025 y se otorga el plazo de diez días a fin de que formule las alegaciones que estime pertinentes. Transcurrido el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

15. Con fecha 12 de diciembre de 2025 por la Secretaría 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.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica 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 LRJSP, 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 constitucional y legal, 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 nº. 1308/2012, ponente D.ª Margarita Robles Fernández, Roj 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 , ponente D. Jesús Cudero Blas, Roj 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.

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,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, 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 a la paciente que se alega en la reclamación 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 Servicio Canario de la Salud extraído de la historia clínica, del informe emitido por el SIP, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

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

- En el informe del SIP se destacan como antecedentes previo a los hechos objeto de reclamación:

La presencia de dolor abdominal por el que acude en varias ocasiones a su centro de salud. En diciembre de 2007 se diagnostica Síndrome de intestino irritable.

Otros episodios documentados incluyen:

- Octubre de 2008: dolor abdominal que la paciente relaciona con los ovarios.

- abril de 2009: dolor en hipogastrio de tres días de evolución, irradiado a ambas fosas renales.

- 22 de febrero de 2013: dolor abdominal tipo cólico de cinco días de evolución.

- septiembre de 2014: dolor abdominal asociado a infección urinaria.

- Octubre de 2014: dolor abdominal de tiempo no especificado, que la paciente relaciona con el uso del DIU.

Se recogen también antecedentes de dolor lumbar y dorsal en los siguientes registros:

- agosto de 2007: dolor en región lumbar, localizado en el coxis, de un mes de evolución.

- Octubre de 2014: dolor en región dorsal de varios días de evolución.

La paciente ha seguido controles periódicos con la matrona del Centro de Salud en el marco del cribado de cáncer de cérvix, con citologías cervicovaginales realizadas en los años 2008, 2011, 2013 y 2014, todas ellas con resultado normal (sin hallazgos de patología maligna). En la citología de fecha 29 de octubre de 2014 se describen signos de infección por hongos (Cándida), bacterias y cambios reactivos y reparativos, sin hallazgos de malignidad.

Desde el año 2008 constan infecciones vaginales recurrentes, incluyendo candidiasis de repetición:

- Múltiples consultas en 2013 por candidiasis, con cultivo positivo en junio de ese año.

- Consultas repetidas en 2014 por síntomas compatibles con candidiasis/vaginitis.

- Cultivo de exudado vaginal del 11 de julio de 2014 positivo por Cándida.

Tenía antecedentes familiares de cáncer de color (madre) y no se recogen antecedentes familiares de cáncer ginecológico.

- El 11 de agosto de 2014 acude a cita de revisión en el CAE con Ginecología. Se registra sin patología anexial según ecografía transvaginal (normal). Portadora de DIU (Dispositivo Intrauterino contraceptivo).

- El 8 de octubre de 2014 es derivada a Ginecología de forma urgente desde Atención Primaria por infecciones urinarias, vaginosis y vulvovaginitis de repetición y

asocia dolor abdominal que relaciona con el DIU. A la exploración ginecológica: dolor a la palpación en hipogastrio [parte baja del abdomen, situada por debajo del ombligo] y en la zona del ovario izquierdo.

Ecografía transvaginal: imagen ovárica izquierda de 3 x 1,37 cm, homogénea, con arcos hiperecogénicos en su interior (sugestiva de quiste dermoide). Sin líquido libre. Analítica normal, con Proteína C Reactiva negativa. Se retira el DIU. Se descarta patología ginecológica urgente.

- El 21 de octubre de 2014: Se realiza nueva ecografía en el módulo central, en la que se describen imágenes sugestivas de teratomas en ambos ovarios, siendo de mayor tamaño el localizado en el ovario izquierdo. No se observa líquido libre en la pelvis.

OI 34 mm dos focos bien delimitados ecogénicos 13 y 9 mm, OD de características similares. No líquido libre. Paciente asintomática.

- El 27 de enero de 2015 acude a Ginecología del CAE La Laguna, a consulta de patología anexial, remitida desde urgencias por sospecha de teratoma en ovario izquierdo (34 mm). Paciente asintomática.

Se realiza Eco donde se objetiva: formación anexial derecha heterogenea de 36 mm sugestiva de teratoma y en OI teratoma de 16 mm

Se solicitan marcadores tumorales. Cita a 4 meses.

- El 26 de mayo de 2015 acude de nuevo a revisión de Ginecología. Marcadores tumorales normales (CA 125, CA 19.9, CEA). Exploración ginecológica con útero móvil, no se palpan masas anexiales. Se registra que, en la ecografía transvaginal del módulo central, parece visualizarse imagen compatible con teratoma de unos 3 cm en ovario izquierdo. Se cita en un año.

- El 22 de junio de 2015: Consulta en Atención Primaria por flujo vaginal marronáceo y maloliente. Molestias al orinar y en hipogastrio, sin picor vaginal. Se explora por matrona: genitales externos e internos aparentemente normales, con flujo de apariencia normal. Combur test negativo (descarta infección de orina). Abdomen normal a la exploración, con molestias a la palpación en hipogastrio. Cultivo de exudado vaginal: flora habitual vagino-rectal, flora polimorfa.

- El 25 de octubre de 2015: En Atención Primaria refiere dolor de espalda (centro espalda) que irradia hacia las piernas, con limitación movilidad columna dorsolumbar.

- El 19 de enero de 2016: dolor lumbar de días de evolución, con contractura muscular, la paciente refiere que últimamente se siente muy tensa. Lasegue negativo. Dolor a la palpación en zona lumbar con contractura muscular. Diagnóstico de lumbalgia.

- El 20 de enero de 2016 dolor en región dorsal derecha, de varios meses.

- En marzo de 2016 se realiza colonoscopia por antecedentes familiares (madre con cáncer de colon). Hallazgo de pólipo hiperplásico sin alteraciones relevantes [pólipo benigno].

- El 25 de junio de 2016: consulta en AP por dolor en hipogastrio, tenesmo vesical, sospecha de embarazo. No se palpan masas ni megalias, abdomen negativo a la exploración.

- El 19 de agosto de 2016 acude a su centro de salud por catarro, dolor de garganta. En la exploración no se palpan adenopatías laterocervicales ni submandibulares, normo nutrida y normocoloreada.

- No acude a cita con el servicio de Ginecología programada el 24 de agosto de 2016.

- El 6 de septiembre de 2016 en Atención Primaria test positivo para infección de vías urinarias. Se pauta antibiótico. A continuación del tratamiento manifiesta candidiasis.

- El 10 de octubre de 2017. Consulta en Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico, junto con diarrea desde hace 3 días. Abdomen anodino, ligeramente doloroso a la palpación de forma difusa. Diagnóstico de diarrea de origen presumiblemente infeccioso. Dieta.

- El 31 de octubre de 2017 acude a cita con ginecología. Refiere molestias hipogástricas. En la ecografía Transvaginal: imagen compatible con teratoma en ovario izquierdo de 66 mms. Propuesta de exeresis por laparoscopia.

- El 9 de noviembre de 2017: Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por sangrado vaginal fétido y abundante. Refiere molestias suprapúbicas de 4 días de evolución y relaciones sexuales sin anticoncepción. Última regla iniciada tres días antes. A la exploración: restos hemáticos fétidos en vagina. Abdomen blando.

Ecografía: formaciones quísticas anexiales bilaterales; la derecha de mayor tamaño, aunque móvil, y la izquierda algo más fija, de aproximadamente 6 cm.

Ambas formaciones compatibles con teratomas (quistes dermoides). Se observa escaso líquido libre. Analítica dentro de límites normales. Diagnóstico de sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se pauta tratamiento antibiótico y se remite a unidad de patología anexial para seguimiento y tratamiento quirúrgico.

- El 14 de noviembre de 2017 acude a consulta de Ginecología. Exploración: genitales externos normales, cuello uterino no erosionado (NE), test de movilidad cervical (TEM) normal, flujo de aspecto normal. Ecografía sin cambios respecto a la anterior. Se remite para confirmación con ecógrafo del módulo central.

- El 21 de noviembre de 2017 acude a consulta de Ginecología con resultado de ecografía realizada en el módulo central. Hallazgos: formaciones anexiales bilaterales de 4–5 cm, sin vascularización, con ecogenicidad grasa, compatibles con quistes dermoides. Sin líquido libre.

La paciente insiste en que desea conservar sus ovarios por deseo genésico por lo que en caso de que durante la intervención se vea que es imposible realizar quistectomía es importante no realizar anexectomía.

Se entrega consentimiento informado para intervención quirúrgica.

- El 1 de diciembre de 2017: Acude a consulta con matrona de Atención Primaria para realización de citología cervicovaginal. Resultado: vaginosis bacteriana, alteraciones celulares reactivas y reparativas; negativa para lesión intraepitelial o malignidad. Refiere última mamografía normal.

Con dicho resultado, el 17 de enero de 2018 se pauta tratamiento con metronidazol.

- El 28 de diciembre de 2017: Consulta en Atención Primaria por fiebre de 24 horas de evolución y tos. A la exploración: hiperemia en orofaringe, sin ruidos respiratorios patológicos a la auscultación, murmullo vesicular conservado, es decir con auscultación pulmonar normal. Tratamiento pautado: anti-inflammatorio, antibiótico y mucolítico. Diagnóstico: faringitis aguda.

- En el mes de enero de 2018 acude en cinco ocasiones a su centro de salud por dolor abdominal, dolor en costado izquierdo, tos, mareos.

- El 22 de febrero de 2018 en consulta con su Médico de Atención Primaria refiere por primera vez lesiones en cuello de varias semanas de evolución, no dolorosas. Se explora lesión en región infraclavicular derecha de 2x2, no dolorosa. Se solicita ecografía cervical preferente y cultivo de exudado vaginal.

Resultado del cultivo: crecimiento de flora vaginorrectal, restos celulares y flora polimorfa.

- El 1 de marzo de 2018: Acude a consulta con Médico de Atención Primaria por malestar general, adenopatías, tos, pérdida de peso y escalofríos vespertinos. Exploración: adenopatía laterocervical izquierda de aproximadamente 4 cm, de crecimiento rápido, con adenopatías axilares e inguinales asociadas. Se solicitan ecografía y radiografía toracoabdominal urgente por tos de un mes de evolución. Se solicita analítica urgente.

- El 1 de marzo de 2018 la radióloga informa al médico de Atención Primaria la presencia de derrame pleural izquierdo, considerado patológico. Se aconseja a la paciente acudir al hospital para valoración urgente. El mismo día (1/03/2018) acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde queda ingresada inicialmente en el Servicio de Medicina Interna, con posterior traslado al Servicio de Oncología Médica.

- En Urgencias la paciente refiere que desde hace cinco meses comienza a notarse con deterioro del estado general. Presentaba dolor sordo en hipogastrio. Desde diciembre presenta cuadro diarreico que empeoró con la toma de antibióticos. Desde enero presenta, tos y disnea, sin fiebre y pérdida de peso. Presenta también manchados vaginales de más de 20 días de evolución. Se palpan dos adenopatías duras supraclavicular.

Se realiza analítica y RX de tórax en el que se objetiva derrame pleural izquierdo hasta ⅓ superior. Con diagnóstico de síndrome constitucional y derrame pleural izquierdo a estudio queda ingresada.

- El 2 de marzo de 2018 se realiza interconsulta por el Servicio de Ginecología que recoge antecedentes de estudio tras el inicio de dolor hipogástrico meses antes, siendo diagnosticada de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). A raíz de dicho proceso, comenzó un cuadro constitucional progresivo, asociado a alteraciones del hábito deposicional que fueron atribuidas al tratamiento antibiótico.

- Se realizan pruebas complementarias, diagnosticándose neoplasia diseminada (afectación ganglionar, linfangitis, pleura y peritoneo) de probable origen ovárico (según biopsia de adenopatía supraclavicular), en estadio IV, con caquexia secundaria.

Se indica apoyo psicológico por reacción de adaptación.

Pruebas complementarias realizadas durante el ingreso hospitalario:

Citología pleural: orienta como primera posibilidad un carcinoma de origen mamario.

Mamografía (05/03/2018): calcificaciones aisladas de características benignas. Aumento generalizado bilateral de la trama parenquimatosa y discreto engrosamiento cutáneo en comparación con mamografía previa.

Marcadores tumorales: CA 125: 393 U/mL (elevado) marcador que sugiere cáncer de ovario. CA 72.4: 9,79 U/mL (VN: 0–6).

Colonoscopia (06/03/2018): normal, sin lesiones.

Gastroscopia (06/03/2018): sin hallazgos significativos.

TC toracoabdominal (07/03/2018): adenomegalias supraclaviculares y paraesofágicas derechas; derrame pleural bilateral, mayor en hemitórax derecho, con implantes pleurales. Nódulos pulmonares múltiples y linfangitis carcinomatosa. Dos lesiones hepáticas indeterminadas. Masas sólido-quísticas con calcificaciones en fondo de saco pélvico, omentales y peritoneales. Nota: No se describen claramente masas ováricas: se informa de imagen nodular omental de 13 mm en región paraumbilical izquierda del flanco derecho, que podría corresponderse con neoformación ovárica o con implantes peritoneales/omentales.

-Biopsia de adenopatía supraclavicular (07/03/2018), con estudio ecográfico de mamas y axilas: no se identifican nódulos mamarios ni adenopatías axilares sospechosas. Resultado histológico: carcinoma infiltrante micropapilar de probable origen ovárico. Se solicita estudio inmunohistoquímico (IHQ), que confirma orientación a neoplasia de origen ovárico.

- Durante el ingreso (16/03/2018) inicia quimioterapia con carboplatino-taxol.

- Entre marzo y agosto 2018 se somete a ciclos de quimioterapia.

- En junio de 2018: se registra progresión de la enfermedad con afectación ósea, objetivada mediante gammagrafía ósea.

- Fallecimiento en fecha 26 de octubre de 2018 por deterioro progresivo del estado general e insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

3. Sentados, así, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria extraídos de la documentación clínica incorporada al expediente, procede analizar si

concurren los requisitos para exigir responsabilidad patrimonial al Servicio Canario de la Salud.

Para ello, debemos partir de los motivos en los que se sustenta la acción resarcitoria expuestos en la reclamación, que se basa en un supuesto retraso en el diagnóstico por parte del personal sanitario que asistió a (...) (tanto en Atención Primaria como en Especializada) ocasionando la pérdida de oportunidad de curación, debido a que, a pesar de que la paciente asistió en múltiples ocasiones a su Centro de Salud así como se realizó en Atención especializada multitud de pruebas antes del mes de marzo de 2018 con sintomatología propia de la enfermedad que padecía (cáncer ovárico) no fue hasta el mes de marzo de 2018 que ese cáncer no fue detectado, resultando que ya se encontraba extendido y sin posibilidad de curación.

Aporta como medio probatorio de tales alegaciones el contenido de la historia clínica, no aporta un informe pericial que valore la corrección de los actos médicos desde el punto de vista de la *lex artis ad hoc*.

Por su parte, el Servicio Canario de la Salud solicita informe al SIP y así como al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Canarias y a Atención Primaria.

El Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Universitario de Canarias realiza dos informes, el segundo es emitido como informe aclaratorio y complementario para dar respuesta a las cuestiones que este Consejo Consultivo solicitó en el DCC 163/2024.

En el primer informe, el Especialista en Ginecología del Hospital Universitario de Canarias señalaba que *«los teratomas o quistes dermoides de ovario son tumoraciones benignas cuyo diagnóstico es suficientemente fidedigno por sus características ecográficas y no requieren más intervención que el control ecográfico, siempre y cuando sean asintomáticos, se mantengan las características ecográficas de benignidad y el tamaño permanezca estable, opcionalmente se pueden determinar marcadores tumorales para su seguimiento».*

Luego manifiesta que esto sucedió hasta el 31 de octubre de 2017 cuando la paciente refiere molestias en hipogastrio y crecimiento del teratoma, en ese momento se prescribió la intervención quirúrgica para la extirpación del quiste. Y concluye que la lógica clínica va a favor de que el gravísimo cuadro que se diagnostica en marzo de 2018 fue una situación interpuesta a sus teratomas ováricos. O sea que tenía por un lado teratomas benignos y por otro cáncer de ovario.

Sobre este punto, se planteó la duda por este Consejo Consultivo sobre un posible cambio en el diagnóstico si se evidencian cambios y crecimiento en los teratomas, si podría indicar la existencia de un proceso maligno, o un cambio en el diagnóstico inicial. Y sobre ello en el informe complementario de Ginecología se indica que en ese caso, la sospecha diagnóstica permanece inalterada, y el tratamiento a seguir es su extirpación quirúrgica. Y añade que la posibilidad de malignización de un teratoma con características de benignidad que crece y/o se hace sintomático es muy baja (alrededor del 0,1-0,5 %).

Por otra parte, se reafirma en que se estaba ante dos procesos distintos e intercurrentes, por un lado la existencia de teratomas benignos en ambos ovarios, y por otra un cáncer St. IV de probable origen ovárico.

En cuanto a la cuestión relativa a la inclusión en la lista de espera para la extirpación de los teratomas, con qué prioridad y el motivo por el que no se llegó a realizar la operación, se contesta parcialmente por el Servicio de Ginecología, al informar que la inclusión y prioridad en la propuesta de inclusión en la lista de espera quirúrgica debe ser informada por el Servicio de admisiones del Hospital Universitario de Canarias. Ante esta respuesta el órgano instructor no recabó la información al respecto, ni el SIP responde sobre ello. Y sobre el motivo por el que no llegó a realizarse la intervención quirúrgica indicada desde el 31 de octubre de 2017, el Servicio de Ginecología responde que en el momento en que se diagnostica el cáncer en el ingreso de 3 de marzo de 2018, su extraordinaria agresividad hizo que no hubiera indicación para el tratamiento quirúrgico propuesto.

Finalmente, se informa que el pronóstico del tipo de cáncer que padecía era extremadamente desfavorable, con unas probabilidades de supervivencia estadística global a 5 años del cáncer de ovario en estadio IV del 20-30 %.

Por su parte, el SIP en su informe concluye que *«entre octubre de 2014 y noviembre de 2017, la paciente fue seguida por el servicio de Ginecología y por Patología Anexial debido al hallazgo de teratomas ováricos, con revisiones y ecografías transvaginales periódicas. Los teratomas quísticos maduros (también denominados quistes dermoides) son tumores ováricos benignos frecuentes, con una tasa de malignización extremadamente baja, estimada entre el 0,1 y el 0,5 %, según el informe del Servicio. Esta transformación maligna ocurre con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas y, cuando se produce, suele corresponder histológicamente a un carcinoma escamoso (distinto al tipo histológico identificado en la paciente).Estos tumores suelen ser asintomáticos, aunque al aumentar de tamaño pueden provocar dolor abdominal, sensación de masa, disuria, disnea o incluso síntomas de abdomen agudo, generalmente por fenómenos de torsión o rotura. Su crecimiento progresivo se debe a*

la acumulación de tejido sebáceo y otros componentes internos, y no implica necesariamente malignidad, salvo que se asocie a hallazgos ecográficos sospechosos o a síntomas clínicos de alarma. Este no fue el caso de la paciente, ya que en la revisión de noviembre de 2017 no se objetivaron signos ecográficos sugestivos de malignidad ni clínica de alarma».

Y continúa señalando que *«En este caso, de forma adecuada, se mantuvo en seguimiento mediante ecografía transvaginales, realizadas por distintos especialistas, incluso especializados en patología anexial, que coincidieron todos en describir formaciones ováricas tipo teratomas, con estas características benignas, sin complicaciones y sin líquido libre (excepto en un episodio asociado a EPI en noviembre de 2017, que desapareció tras tratamiento)».*

Y reafirma que *«una vez diagnosticado un carcinoma de probable origen ovárico en estadio IV, con enfermedad metastásica extensa, el tratamiento quirúrgico no estaba indicado en ese momento. En estos casos avanzados, la primera opción terapéutica es la quimioterapia sistémica, que fue correctamente instaurada».*

En cuanto al origen del cáncer el SIP señala que *«la paciente fue diagnosticada en marzo de 2018 y tratada por un adenocarcinoma de probable origen ovárico en estadio IV. El término "probable" deriva del hecho de que el diagnóstico anatomopatológico se basó en una biopsia de una metástasis ganglionar supraclavicular, sin haberse obtenido una muestra directa de una masa ovárica ni haberse realizado estudio post mortem que permitiera confirmar el origen primario del tumor con certeza. En este caso, al desconocer inicialmente el tumor primario, se recurrió a la biopsia de una lesión metastásica accesible para confirmar el tipo histológico y orientar el tratamiento oncológico.*

El diagnóstico anatomopatológico se establece mediante el estudio al microscopio de la muestra, complementado con técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), que permiten determinar la expresión de marcadores específicos para orientar el origen tisular del tumor. En este caso, la histopatología identificó un carcinoma infiltrante micropapilar, patrón que es indicativo de alta agresividad y se asocia con una elevada incidencia de metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico. Este tipo histológico no suele coincidir con una posible evolución maligna de un teratoma, ya que en los raros casos en que malignizan, lo hacen habitualmente hacia un carcinoma escamoso.

La progresión metastásica del carcinoma seroso de alto grado —especialmente con patrón micropapilar— suele ser rápida, con diseminación a través del líquido peritoneal hacia el epiplón, el peritoneo y otras superficies serosas. El peritoneo es una membrana serosa que recubre las paredes internas del abdomen y envuelve parcialmente las vísceras abdominales. Este tipo de neoplasia puede tener su origen en el epitelio ovárico, en las trompas de Falopio o en el peritoneo.

En el presente caso, la tomografía (TAC) del 7/03/2018 no evidencia una masa ovárica definida, describiéndose en cambio lesiones pélvicas, omentales y peritoneales, lo que abre la posibilidad de un origen peritoneal primario, sin poder confirmarlo por falta de biopsia directa ni estudio post mortem. Por tanto, el término "probable origen ovárico" refleja la orientación diagnóstica más compatible con los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos, pero sin una certeza absoluta sobre el sitio primario del tumor».

Por todo lo expuesto, a la vista de los informes recabados, podemos concluir que estamos ante dos patologías distintas, por un lado los teratomas ováricos seguidos entre 2015 y 2017, respecto de los cuales se había indicado intervención quirúrgica, que no se llegó a realizar, porque, desafortunadamante, la paciente fue diagnosticada de un proceso maligno en 2018, un carcinoma infiltrante micropapilar que es una neoplasia altamente agresiva, cuya aparición y diseminación puede producirse en pocos meses, como así fue. En este caso, el diagnóstico fue en fase metastásica avanzada.

En cuanto, al posible retraso en el diagnóstico nos lleva a analizar los síntomas de la paciente y las actuaciones que fueron llevadas a cabo ante los mismos.

Sobre ello el SIP informa:

«Cabe recordar que la clínica que puede hacer sospechar la existencia de una patología relevante —como una neoplasia— es aquella que se presenta de forma persistente y frecuente y/o que se acompaña de síntomas de alarma, como pérdida de peso no intencionada, astenia marcada.

En el caso del cáncer de ovario, los síntomas típicos incluyen dolor pélvico o abdominal, sensación de plenitud o saciedad precoz, pérdida de apetito, hinchazón abdominal persistente, aumento de la frecuencia o urgencia urinaria, sangrado vaginal anómalo y dispareunia. La aparición de síntomas respiratorios como disnea o tos suele indicar una enfermedad ya diseminada a nivel torácico, es decir, un estadio IV.

La paciente presentaba antecedentes de síntomas abdominales desde 2008, inicialmente diagnosticados como síndrome de intestino irritable con estreñimiento. A lo largo de los años también presentó síntomas asociados a infecciones urinarias y ginecológicas de repetición (vaginosis bacterianas y candidiasis), molestias relacionadas con el ciclo menstrual, el uso del DIU y síntomas atribuibles a teratomas ováricos conocidos y en seguimiento.

Decir que ya en 2008 se encontraba presente un cáncer de ovario —más aún, de un subtipo agresivo— carece de respaldo clínico, pues tal tipo tumoral suele tener un comportamiento rápido y diseminado en poco tiempo, no de evolución larvada durante una década».

Según el SIP el 31 de octubre de 2017 y el 9 de noviembre de 2017, en el contexto de seguimiento ginecológico, la paciente refirió molestias hipogástricas (abdomen bajo) y sangrado vaginal fétido, síntomas que fueron valorados y atribuidos respectivamente al teratoma ovárico ya conocido y a una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), posteriormente confirmada como vaginosis bacteriana (exudado de diciembre realizado en AP). Por lo cual los síntomas abdominales manifestados por la paciente tenían una explicación clínica (teratomas + infección ginecológica) y con una propuesta quirúrgica en curso.

No es hasta febrero de 2018 cuando se documentan por primera vez manifestaciones persistentes y signos de alarma claros: sangrado vaginal anómalo prolongado (21 días), aparición de adenopatías supraclaviculares sospechosas (22/02) y, posteriormente, pérdida de peso y tos de un mes de evolución (01/03/2018), lo que motivó el inicio del estudio que culminó en el diagnóstico de adenocarcinoma en estadio IV.

Teniendo en cuenta que el problema suscitado gira en torno al retraso en el diagnóstico, debemos partir de que un diagnóstico es el resultado de la diagnosis, y este término hace referencia a diagnosticar, que significa, recabar los datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar un determinado estado patológico. Así pues, «*el diagnóstico está generalmente basado en una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente pueda identificarse la presencia de una alteración. En todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se realicen*» STS 167/2006 (Sala 1.ª), de 15 de febrero de 2006. En este caso, todos los datos tanto exploratorios como de pruebas complementarias eran congruentes con el sentido benigno de la patología, y sólo a partir de marzo de 2018 aparece una clínica que hace sospechar de un proceso maligno que se confirma en las pruebas complementarias realizadas.

En este punto, procede aplicar la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso que, como su nombre indica, prohíbe un regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño (SsTS Sala 1.ª de 14 y 15.02.2006, 07.05.2007, 10.06.2008, más recientes de 20.05 y 01.06.2011 y de la Sala 3.ª de 15.03.2018). Proclama que no es factible cuestionar si hubo el error o retraso diagnóstico o inadecuación del tratamiento si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior del paciente y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso

que imponen las leyes del razonamiento práctico, ya que la valoración ha de efectuarse según los síntomas y los signos existentes en el momento de la valoración y de los medios diagnósticos y terapéuticos entonces disponibles, no siendo válido incurrir en la prohibición del regreso a partir del diagnóstico final.

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, con el fallecimiento de la paciente, no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud.

Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada. El reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen 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 ténico-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

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.