



Sr. Amilivia González, Presidente y  
Ponente

Sr. Ramos Antón, Consejero  
Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 8 de febrero de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

### **I**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 15 de enero de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 y Don yyy2, en nombre y representación de Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 18/2018, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Amilivia González.

**Primero.-** El 2 de febrero de 2016 Dña. yyy1 y D. yyy2, en nombre y representación de Dña. xxxx, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Exponen en su escrito que hubo un grave retraso en el diagnóstico del cáncer renal que padecía Dña. xxxx (nacida el 9 de abril de 1944), lo que ha supuesto una pérdida de oportunidad al variar de manera considerable su pronóstico vital. Atribuyen esta responsabilidad al Centro de Salud hhh1 y al Hospital hhh2.

No cuantifican la indemnización solicitada.

Acompañan a su escrito copia del poder acreditativo de la representación, un informe médico pericial y el historial médico.

**Segundo.-** Al expediente se incorporan, además de la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos:

- Informe elaborado por un médico de Atención Primaria del Centro de Salud hhh3, el 27 de junio de 2016, en el que se describen las actuaciones realizadas.

- Informe emitido por la Inspección Médica el 11 de octubre de 2016, en el que se concluye que "la actuación del médico de cabecera fue correcta en todo momento, haciendo un seguimiento continuado de la paciente, quien ante la ausencia de clínica y valores analíticos discretamente disminuidos, su médico no considera necesario hacer ningún otro tipo de actuaciones, salvo seguimiento en función de la clínica. No obstante de haberse realizado el estudio a los tres meses de detectarse las alteraciones analíticas, no se garantiza, dada la agresividad del tumor que la paciente no tuviere ya metástasis a distancia que pudiera hacer variar su actual pronóstico, dado que por lo general estos cánceres crecen y se propagan lentamente, por lo que se propone desestimar la reclamación presentada".

- Informe médico pericial, emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 30 de noviembre de 2016, en el que señala:

"1. La paciente fue diagnosticada de un tumor de células claras el 16/03/15.

»2. La primera manifestación clínica de la enfermedad fue un dolor en la cadera derecha, que por los datos disponibles comenzó a finales del año 2014.

»3. La primera manifestación clínica de la enfermedad se corresponde con una lesión a distancia del tumor, es decir una lesión metastásica.

»4. Las lesiones metastásicas se hacen sintomáticas cuando el número de células tiene un número muy elevado y por tanto es asumible que la enfermedad era metastásica, meses antes de ser sintomática.

»5. La probabilidad de que la paciente presentara una lesión metastásica en el primer semestre del 2014 es muy elevada.

»6. Por tanto, de haberse iniciado un procedimiento de diagnóstico en el mes febrero del 2014 lo más probable es que la detección del tumor se hubiera adelantado, pero este hecho no habría mejorado el pronóstico vital.

»7. No puede establecerse la existencia de un nexo causal entre la praxis médica y el pronóstico vital de la paciente. Se considera que no hay pérdida de oportunidad terapéutica.

»8. En cuanto a la *praxis* médica no se puede afirmar que el hecho de no iniciar un procedimiento diagnóstico constituya una infracción de la *lex artis*.

»9. Si bien es un hecho objetivo que la paciente presentaba cifras levemente disminuidas de hemoglobina, no es menos cierto que la analítica se realiza en el contexto del seguimiento de una paciente asintomática, con varios factores causales menores favorecedores de la misma (...).”

**Tercero.-** Mediante escrito de 8 de junio de 2016 se comunican a la parte reclamante los extremos mencionados en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia, el 19 de junio de 2017 la parte reclamante presenta alegaciones en las que reitera su pretensión y adjunta un informe pericial en el que se indica:

“El hecho de no iniciar un proceso de diagnóstico de la pérdida progresiva de hemoglobina por parte de la paciente fue básico en la evolución final de la paciente.

»(...) no existe constancia anatomo-patológica de que la lesión del hueso fuese una metástasis (documento 81 del Informe Médico Legal). Es más, de acuerdo al informe anatomo-patológico que reproducimos a continuación, el hueso enviado fue considerado como un hueso normal, sin signos histológicos de malignidad.

»(...) En cualquier caso, y aun asumiendo que la lesión ósea hubiese sido una metástasis (...), en nuestro informe mantenemos que el proceso de diagnóstico debió de iniciarse mucho antes.

»(...) Es evidente que Doña xxxx presentó anemia desde junio de 2011 y, sin duda alguna, desde febrero de 2013, por lo que es en ese momento cuando se debió iniciar el estudio de las causas de anemia, no en febrero de 2014, lo que sin duda alguna habría permitido realizar el diagnóstico del tumor.

»(...) Asumir que haber realizado el diagnóstico del cáncer renal entre 2011 y 2013 -cuando debió realizarse por la existencia de la pérdida progresiva de hemoglobina de la paciente- no habría mejorado el pronóstico vital es, simplemente, incomprensible.

»(...) Es altamente probable que no hubiesen existido metástasis en el momento de realizar el diagnóstico ya que las imágenes pulmonares se consideraron como 'nodulillos' prueba del pequeño tamaño de las metástasis. Es importante señalar que no se encontraron hallazgos histológicos reseñables en las biopsias de hueso, por lo que no se puede considerar que la lesión ósea fuese una metástasis.

»Pero aún, es más, aunque la lesión ósea hubiese sido una metástasis -cosa que ya ha quedado demostrado que no fue así por el informe

anatomopatológico de la muestra de hueso-, es evidente que tan sólo habría existido esa metástasis, sin que hubiesen existido las pulmonares.

»(...) el tratamiento es diferente para una metástasis única y resecable que para múltiples metástasis y, por tanto, también el pronóstico.

»(...) En base a todo ello, creemos que es más que evidente que existió una clara pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica, tanto entre 2011 y 2013, como posteriormente en el año 2014.

»Creemos, por tanto, que existió una clara pérdida de oportunidad diagnóstica entre 2011 y 2013 y, de nuevo, en 2014 que sí modificó el pronóstico vital de la paciente”.

**Quinto.-** El 30 de junio la Inspección Médica informa lo siguiente sobre las alegaciones realizadas:

“Que en ningún caso este órgano instructor ha dicho en su informe que los criterios de anemia que se utilizan deban de ser distintos en la población anciana que en la población joven como argumentan los peritos médicos del informe; lo que se ha dicho textualmente es que en los pacientes mayores los resultados deben de ser interpretados de manera diferente (en el contexto clínico) debido en algunos casos a alteraciones de la nutrición (muy frecuente), consumo de medicamentos, stress, etc., lo que hace que los valores analíticos puedan alterarse discretamente sin que se encuentre en muchos casos causa que lo justifique.

»2.- Hay que reseñar igualmente que el 40 a 50% de los pacientes con cáncer renal están asintomáticos al momento de la presentación y son diagnosticados incidentalmente (...) por síntomas no relacionados.

»3.- Un tercio de los pacientes diagnosticados de cáncer renal tendrán enfermedad metastásica al momento del diagnóstico y más de la mitad de los pacientes tratados por enfermedad localizada eventualmente tendrán recaída (...).

»4.- Que el Médico de acuerdo con la *Lex Artis* debe de evaluar y tratar a sus pacientes de manera integral, evaluando tanto los síntomas, como

los signos clínicos que aparezcan a fin de determinar e interpretar el estado de salud del mismo. En el caso que nos ocupa el Médico de cabecera conocedor de la salud de la paciente, estimó que dado que el único signo inespecífico que aparece en la paciente es una anemia moderada, sin ningún otro signo de alarma o que pudiera justificar la anemia, decida tomar una actitud expectante en función de la clínica de la paciente.

»5.- Que como se manifestó en nuestro informe, de haberse diagnosticado el tumor después de los primeros síntomas de anemia y de alteración del filtrado glomerular (un año antes), y no desde el 2011-2013 como se argumenta en las alegaciones, el pronóstico no hubiera cambiado de una manera significativa, dada la naturaleza del tumor y su grado histológico (Grado III de Fuhrman), que le confiere un alto grado de agresividad”.

**Sexto.-** El 15 de agosto el perito de la compañía aseguradora de la Administración emite el siguiente informe:

“(...) mantengo, que no se puede afirmar, que el hecho de no iniciar un procedimiento de diagnóstico constituya una infracción de la *lex artis*.

»En la práctica clínica diaria es frecuente mantener una actitud expectante, o de control y seguimiento, antes de iniciar un procedimiento diagnóstico. Muchas de las asistencias médicas, no conllevan la realización de un procedimiento diagnóstico, porque el síntoma, el signo o la alteración en una prueba complementaria se normalizan.

»(...) la paciente presentaba una lesión metastásica en el fémur, en base a toda la información analizada, a pesar de la ausencia de células malignas en el diagnóstico anátomo-patológico en la pieza biopsiada. No es infrecuente la presencia de falsos negativos en los diagnósticos histológicos y esto es especialmente cierto en algunos tipos de biopsias. El resto de los datos clínicos, evolutivos y de pruebas complementarias apoyan la presencia de una enfermedad metastásica en el momento en que el proceso se hizo sintomático.

»(...) se mantiene la diferencia de criterio en cuanto al momento en que debió iniciarse el procedimiento diagnóstico de la anemia. No obstante, se debe indicar que este punto es el más abierto a discrepancias individuales y

puede ser objeto de un debate en el que es difícil librarse del sesgo de visión retrospectiva.

»(...) se debe señalar que la afirmación en relación al pronóstico vital y a la pérdida de oportunidad debe entenderse que se realiza en un contexto condicional. Es decir, asumiendo un diagnóstico a principios del año 2104, no habría existido variación en el pronóstico. Este criterio es compartido por la Inspección Médica.

»No se afirma en el Dictamen, que un diagnóstico más precoz, no hubiera tenido repercusión en el pronóstico. No obstante se considera que un diagnóstico previo era cuando menos complejo y que además, no existe una desviación de la *lex artis*, ambos elementos esenciales en la Responsabilidad Patrimonial.

»(...) Asumir de forma directa que las decisiones médicas son tomadas de forma negligente o errónea constituye un estigma apriorístico sobre los profesionales que no es veraz, ni se corresponde con la realidad. Existían varias razones que apoyaban una actitud expectante en el seguimiento en Atención Primaria y estas son las que se ponen de manifiesto”.

**Séptimo.-** Concedido trámite de audiencia, el 9 de septiembre la parte reclamante presenta un escrito en el que cuantifica la indemnización solicitada en 195.762,31 euros.

Se adjunta un nuevo informe pericial en el que se concluye:

»(...) Entre febrero de 2008 y febrero de 2014 se le practicaron siete determinaciones analíticas a Dña. xxxx sin que conste en la documentación de la que se dispone de una sola valoración de los resultados analíticos.

»(...) Si se hubiesen tomado en consideración las graves alteraciones analíticas de la paciente se habría realizado una investigación de las causas de anemia que habrían permitido diagnosticar el cáncer renal de la paciente, cáncer que no se encuentra estabilizado y para el que recibió radioterapia paliativa y quimioterapia.

»(...) Si la asistencia médica que recibió la paciente hubiese sido diligente, perita y prudente en su centro de salud se habría diagnosticado con muchos meses de antelación el cáncer renal y su pronóstico vital habría variado de una manera muy considerable, pasando de una supervivencia esperada del 0% a 5 años, a una supervivencia esperada próxima al 95% a 5 años”.

**Octavo.-** Concedido nuevo trámite de audiencia, el 6 de octubre la parte reclamante se ratifica en su pretensión.

**Noveno.-** El 15 de noviembre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Décimo.-** El 15 de diciembre de 2017 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.



No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (2 de febrero de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de noviembre de 2017). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, conviene tener presente que el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño, viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto y rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad; de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

El Consejo Consultivo de Castilla y León ha tenido la oportunidad de pronunciarse sobre la pérdida de oportunidades terapéuticas directamente en los Dictámenes, entre otros, 150/2017, 204/2017 y 218/2017; e indirectamente en otros muchos asuntos.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(...) ésta es una doctrina no sólo incipiente sino muy susceptible de debate público, ya que en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente".

En este caso, la controversia radica sobre si realmente hubo un retraso en el diagnóstico imputable a la Administración Sanitaria y sobre las eventuales consecuencias de este. Esto es, si la paciente perdió la oportunidad de un tratamiento más eficaz y menos agresivo si, de haber obtenido un diagnóstico correcto, se hubieran seguido los procedimientos procedentes conforme a los parámetros de la *lex artis*.

Debe partirse en el presente procedimiento de la existencia de informes médicos contradictorios, los periciales de la interesada, de un lado, y los emitidos por la Inspección Médica y el suscrito por el perito de la compañía de seguros, de otro. En ellos se discute cuándo debió realizarse el diagnóstico e iniciarse el procedimiento asistencial correcto, si de haber iniciado el tratamiento con anterioridad hubiera mejorado el pronóstico y si la paciente presentaba una lesión metastásica en el fémur al ser diagnosticado el tumor renal, entre otros extremos.

La anemia es un hecho fisiológico del envejecimiento -se incrementa con la edad-, pero también es indicativa de enfermedades subyacentes. En este sentido, consta en el expediente que entre los años 2008 y 2014 se le hicieron a la reclamante siete análisis, en los que se mostraba un descenso mantenido de la hemoglobina. Entre febrero de 2013 y febrero de 2014, es cuando se constata una pérdida clínicamente alarmante de hemoglobina (2 g/dl).

El dictamen médico aportado por la interesada mantiene que debió iniciarse un proceso de diagnóstico por la pérdida progresiva de hemoglobina que padecía Dña. xxxx, omisión que fue básica en la evolución final de la paciente. Indica que ésta "presentó anemia desde junio de 2011 y, sin duda alguna, desde febrero de 2013, por lo que es en ese momento cuando se debió iniciar el estudio de las causas de anemia, no en febrero de 2014, lo que sin duda alguna habría permitido realizar el diagnóstico del tumor". Añade que "(...) es altamente probable que no hubiesen existido metástasis en el momento de realizar el diagnóstico ya que las imágenes pulmonares se consideraron como 'nodulillos' prueba del pequeño tamaño de las metástasis. Es importante señalar que no se encontraron hallazgos histológicos reseñables en las biopsias de hueso, por lo que no se puede considerar que la lesión ósea fuese una metástasis. Por ello, si la asistencia médica hubiera sido diligente, perita y prudente en el centro de salud se habría diagnosticado con muchos meses de antelación el cáncer renal y su pronóstico vital habría variado de manera muy considerable".

La Inspección Médica no da gran importancia clínica a la anemia que la paciente padecía desde junio de 2011, aunque sí a la constatada desde febrero de 2013, por considerar que con su estado físico y con la edad existe una mayor propensión a las anemias moderadas. Además de ello mantiene que "no se garantiza, dada la agresividad del tumor, que la paciente no tuviere ya

metástasis a distancia que pudiera hacer variar su actual pronóstico, dado que por lo general estos cánceres crecen y se propagan lentamente". A lo que el informe médico pericial, emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración añade que "las lesiones metastásicas se hacen sintomáticas cuando el número de células tiene un número muy elevado y por tanto es asumible que la enfermedad era metastásica, meses antes de ser sintomática. (...) Por tanto, de haberse iniciado un procedimiento de diagnóstico en el mes febrero del 2014 lo más probable es que la detección del tumor se hubiera adelantado, pero este hecho no habría mejorado el pronóstico vital".

En informe emitido posteriormente por la Inspección Médica, en contestación al aportado por la interesada en el trámite de audiencia, ratifica sus conclusiones y señala que "el 40 a 50% de los pacientes con cáncer renal están asintomáticos al momento de la presentación y son diagnosticados incidentalmente (...) por síntomas no relacionados". Así mismo, mantiene que el médico de cabecera conocedor de la salud de la paciente, estimó que dado que el único signo inespecífico que aparece en la paciente era una anemia moderada, sin ningún otro signo de alarma o que pudiera justificar la anemia, decida tomar una actitud expectante en función de la clínica y que "de haberse diagnosticado el tumor después de los primeros síntomas de anemia y de alteración del filtrado glomerular (un año antes), y no desde el 2011-2013 como se argumenta en las alegaciones, el pronóstico no hubiera cambiado de una manera significativa, dada la naturaleza del tumor y su grado histológico (Grado III de Fuhrman), que le confiere un alto grado de agresividad".

Por su parte el informe pericial presentado por la parte reclamante mantiene que el diagnóstico del cáncer renal debió realizarse entre 2011 y 2013, por la existencia de la pérdida progresiva de hemoglobina de la paciente. En relación con el contenido de los informes obrantes en el expediente, señala que mantener que un diagnóstico a tiempo "no habría mejorado el pronóstico vital es, simplemente, incomprensible", dado que "el tratamiento es diferente para una metástasis única y reseccable que para múltiples metástasis y, por tanto, también el pronóstico".

Según la Administración Sanitaria, la primera manifestación clínica de la enfermedad no se corresponde con la anemia sino con una lesión metastásica en el fémur. Mantiene que la paciente no presentó ningún síntoma que permitiera sospechar la presencia de un tumor renal y que esta lesión se

consideró meramente incidental en el estudio de la metástasis. La sospecha inicial de la lesión del miembro inferior derecho por parte de Traumatología era de un tumor primario de fémur.

No obstante, surgen dudas sobre el momento en el que la paciente presentaba una lesión metastásica en el fémur. Consta en el expediente que el 24 de febrero de 2015 se solicitó una consulta con carácter preferente al Servicio de Traumatología por presentar la paciente una tumoración en fémur derecho y que se detectó una masa ovalada de 38x25 milímetros, localizada en la diáfisis femoral derecha ("Es una lesión de carácter agresivo que rompe la cortical e invade partes blandas. Por las características agresivas y la localización, el primer diagnóstico de presunción es de metástasis óseas").

Además, el informe pericial presentado por la parte reclamante mantiene "que no existe constancia anatomo-patológica de que la lesión del hueso fuese una metástasis (documento 81 del Informe médico legal). Es más, de acuerdo al informe anatomo-patológico (...), el hueso enviado fue considerado como un hueso normal, sin signos histológicos de malignidad".

Como contestación a ello, un nuevo informe pericial de la compañía aseguradora de la Administración señala: "este perito se reafirma en el argumento de que la paciente presentaba una lesión metastásica en el fémur, en base a toda la información analizada, a pesar de la ausencia de células malignas en el diagnóstico anatómo-patológico en la pieza biopsiada. No es infrecuente la presencia de falsos negativos en los diagnósticos histológicos y esto es especialmente cierto en algunos tipos de biopsias".

A este respecto, es necesario recordar el reiterado criterio mantenido por los tribunales en relación con el valor del informe de la Inspección Médica. Como dice la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de septiembre de 2016, en relación con estos informes, "sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la *litis* puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector y de la coherencia y motivación de su informe". Es decir, la fuerza de convicción de

estos informes deviene de la profesionalidad, objetividad e imparcialidad de quien los emite, pero también de su motivación y coherencia.

Por ello, debe tenerse por acreditado que la paciente tuvo una asistencia médica adecuada, pero que ante la ausencia de clínica inicial clara y de valores analíticos discretamente disminuidos, no se consideró necesario hacer ningún otro tipo de actuaciones, salvo seguimiento en función de su evolución. Se decidió tomar una actitud expectante en función de su clínica, y se actuó cuando la enfermedad se desveló con claridad.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que, tal y como señala la Inspección Médica, de haberse iniciado un procedimiento diagnóstico en el mes de febrero de 2014, se hubiera adelantado el diagnóstico en unos pocos meses, pero este adelanto no habría mejorado su pronóstico vital. El estadiaje del tumor no habría cambiado y el abordaje terapéutico habría sido el mismo, sin poder evitarse la nefrectomía radical izquierda, ni la radioterapia ni la quimioterapia.

En definitiva, no consta acreditado que el paciente tuviera una pérdida de oportunidad ante la ausencia de una debida atención sanitaria en el tratamiento prestado, por lo que la reclamación debe desestimarse.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 y Don yyy2, en nombre y representación de Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.