



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 17 de enero de 2006, x. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital Los Arcos, de Santiago de la Ribera (Murcia). Según la interesada, el día 19 de enero de 2005 acude al Servicio de Urgencias del citado Hospital, por presentar desde hace dos semanas dolor e hinchazón abdominal y aparente bulto en la zona ginecológica izquierda. Fue atendida por el Dr. x. (la reclamante sufre error al consignar el apellido del facultativo que la atendió, ya que de la historia clínica se desprende lo fue por el Dr. x.) quien, con una simple exploración clínica, le diagnostica gases y le prescribe para tal patología, negándose a practicarle una ecografía como le solicitaron tanto la reclamante como su madre.

Como quiera que las molestias persistían, ese mismo día acudió a la consulta particular del Dr. x., especialista del aparato digestivo, quien, tras someterla a una serie de pruebas, diagnostica la existencia de un "*bulíoma de 10x11 cm sólido en lado izquierdo*", indicando la conveniencia de que ingresara inmediatamente en un centro hospitalario.

Al día siguiente, con el informe que le había facilitado el Dr. x., acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital los Arcos, y esta vez sí le realizan varias pruebas cuyos resultados son enviados al Servicio de Ginecología, donde fue reconocida por el Ginecólogo de Urgencias que le diagnostica "*C.A. Ovarico (Neoplasia ovárica) y carcinomatosis peritoneal*" y le da cita para que la vea el especialista el día 31 de enero de 2005, es decir, doce días después, indicándole que sería este especialista quien le daría cita para el Servicio de Oncología.

Ante la gravedad de la patología que le había sido diagnosticada y la demora con la que se le planteó la asistencia que iba recibir en la sanidad pública, decidió acudir a la Clínica Universitaria de Pamplona, donde, tras seis días de pruebas, es intervenida quirúrgicamente el día 31 de enero, extirpándole un tumor maligno de 2,195 Kgs. de peso y el bazo. Tras recibir el alta hospitalaria el día 15 de febrero, se sometió a un tratamiento de quimioterapia y se le realizaron dos trasplantes de médula. Posteriormente fue operada en dos ocasiones, la primera para extirparle el implante ubicado en la zona cardiaca, y la segunda, por laparoscopia, para quitarle otro implante menor situado en la misma zona.

Estima la reclamante que la atención sanitaria recibida adoleció de una grave negligencia que dio lugar, primero, a un retraso en el diagnóstico de la dolencia que padecía y, segundo, a que, una vez diagnosticada, no se le atendiera con la urgencia que su enfermedad exigía. Finaliza solicitando una indemnización de 12.000 euros, aunque advierte que tal cantidad se corresponde a los gastos que lleva devengados hasta el momento de interponer la reclamación, pero que estima que aumentarán puesto que aún no ha sanado de sus dolencias. Posteriormente, mediante escrito fechado el 30 de mayo de 2006, la interesada hace constar que sufrió error al consignar la cantidad reclamada la cual asciende a 120.000 euros.

Acompaña a su escrito copia de diversa documentación relacionada con la asistencia sanitaria recibida tanto en la sanidad pública como en la privada.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, se encomienda la instrucción del expediente al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud.

Seguidamente por el órgano instructor se solicita al Hospital Los Arcos historia clínica de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron en relación a los hechos descritos en la reclamación. Asimismo, comunica la reclamación a la Correduría de Seguros y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Mediante escrito fechado el 30 de marzo de 2006, el Jefe de la Unidad Técnica de Admisión y Documentación sanitaria remite la historia clínica de la reclamante e informe de los facultativos que le prestaron asistencia sanitaria, según el siguiente detalle:

1. Informe de la asistencia prestada por el Dr. x. el día 19 de enero de 2005, en el Servicio de Urgencias del citado Hospital:

"Primero.- El día 10 (sic) de enero del 2005 a las 15:34 horas x. acude a nuestro servicio de urgencias con motivo de consulta: ,Molestias epigástricas.,

Segundo.- En la anamnesis nos cuenta que padece una molestia abdominal localizada sobre todo a nivel epigástrico de aproximadamente 2 semanas de evolución coincidiendo con la toma de medicamentos antígripales. No refiere ninguna otra sintomatología como refleja la historia clínica.

Tercero.- Siguiendo protocolo de urgencias se realiza una exploración física por sistemas:

- Consciente y orientada.

- Buen estado general.

- Auscultación cardiaca normal.

- Auscultación pulmonar normal.

- Extremidades normales (incluye pulsos pedios).

- Exp. Abdominal: Se descarta abdomen agudo, masa pulsátil, abdomen a tensión o signos de peritonismo. Solo se aprecia abdomen timpánico.

Cuarto.- Con todos los datos de la anamnesis y de la exploración física se puede afirmar que la cliente no padece en ese momento una patología que precise una actuación por parte de un servicio de urgencias hospitalarias. Es por esto por lo que se decide dar el alta, para ser revisada y estudiada por su médico de cabecera y si él lo cree conveniente remitir a especialista de zona o pedir las pruebas diagnósticas que precise para llegar al diagnóstico de certeza.

Quinto.- Se prescribe tratamiento para el abdomen timpánico que vemos en la exploración, con el fin de facilitar y agilizar el plan terapéutico que debería comenzar su médico de cabecera. Se le insiste de que en ese momento se descarta que precise intervención urgente y que debe acudir a su médico de cabecera, quién puede pedir cualquier prueba diagnóstica que precise, incluso que si fuera necesario y como se hace en otras ocasiones, puede remitir una exploración complementaria a urgencias para que le aceleremos su realización.

CONCLUYO:

Lo primero que debemos de tener en cuenta es que nos encontramos en una puerta de urgencias hospitalarias. En ningún momento se refiere que la cliente haya acudido a su médico de cabecera o a otro médico para consultarle por un dolor leve abdominal de 2 semanas de evolución. A todo ello añadir que no cuenta ninguna otra sintomatología, salvo un proceso gripal para el cual tomó medicación antígrípica (los cuales con mucha frecuencia suelen producir problemas digestivos).

Con una exploración física se descarta patología urgente y siguiendo el protocolo de actuación de urgencias (ver anexo 1) se debe dar el alta.

Ella desde una puerta de urgencias de un proceso no urgente, nunca va con un diagnóstico definitivo de la patología que padece. Esto lo explicamos siempre varias veces en la puerta de urgencias. Aquí descartamos patología urgente y es en su médico de cabecera donde se debe estudiar problemas no urgentes (no por ello menos graves). También se explica que el médico

de cabecera en cualquier momento puede remitirla a un especialista, o si ve que la evolución no es buena puede pedir las exploraciones complementarias que precise, así como remitirla a nuestra puerta de urgencias para adelantar dicha prueba.

Para acelerar un primer tratamiento sintomático, le indico un tratamiento para lo encontrado en la exploración física, pero le insisto que debe de acudir a su médico de cabecera.

Por todo lo expuesto, creo que mi actuación en la puerta de urgencias fue la correcta, siguiendo en todo momento el protocolo de actuación que adjunto".

2. Informe de la Dra. x., del Servicio de Radiología del Hospital Los Arcos, en el que se señala lo siguiente:

"El día 20 de Enero de 2005 atendí a x. en el Servicio de Radiología procedente de Urgencias, donde le realicé una ecografía abdominal.

En dicha ecografía se apreciaron las siguientes anomalías.

- Importante cantidad de líquido ascítico.

- Masa intraperitoneal de ecoestructura sólido-quística, con presencia de calcificaciones.

Se realizó PAAF y se mandó a Anatomía Patológica con la sospecha de tumor de ovario".

3. Informe del Dr. x., Jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital Los Arcos, en el que se afirma lo siguiente:

"El 20 enero de 2005, fui requerido desde el Servicio de Urgencias para realizarle una ecografía a x., de 18 años de edad, con fecha de ultima regla el 20/12/04, y clínica de molestias abdominales.

En dicha ecografía se aprecia:

- Ascitis importante, con útero de morfología normal en anteflexión.

- Ovarios de 36 y 34 mm. respectivamente, ambos desestructurados y con imágenes quísticas (suelta de globos), en pelvis menor, con probable infiltración de asas epiploicas y con índices de resistencia en los doppler de vasos intraováricos.

-Asimismo, se me informa de que se le ha realizado a la paciente una paracentesis que se ha enviado hoy mismo a anatomía patológica.

-En resumen, mi Hipótesis diagnóstica ecográfica es de cáncer de ovarios (probable cisloadenocarcinoma sero-mucinoso), con carcinomatosis peritoneal.

-Solicito le sea extraída sangre para la realización de marcadores tumorales para el cáncer de ovario, y se le programa citación en la consulta de Ginecología para que sea remitida a Oncología con un diagnóstico definitivo".

4. Informe del Dr. x., del Hospital Los Arcos, médico especialista en anatomía patológica, del siguiente tenor:

"El día, 20 de enero de 2005, jueves, se le realiza a x. con DNI "-" punción aspiración con aguja fina (pAAF) de cavidad abdominal, bajo control ecográfico. De ella se obtiene líquido ascítico que es procesado, con las técnicas habituales. informándose, según se acredita en el informe adjunto, de frecuentes células aisladas y placas mesoteliales con ocasionales signos de actividad (reactivas). Negativa para células malignas".

CUARTO.- Solicitado, mediante escrito fechado el 4 de abril de 2006, informe a la Inspección Médica, se evaca el 28 de junio de 2006 en el que, tras resumir los datos contenidos en la historia clínica y efectuar las consideraciones médicas que estima pertinentes, formula las siguientes conclusiones:

"No se evidencia que la asistencia sanitaria recibida por x. cuando acudió al Servicio de Urgencias el 19 de enero de 2005 en el servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos no fuera correcta y no se puede catalogar de error diagnóstico por no diagnosticar un tumor ovárico cuando se consulta por un dolor abdominal de dos semanas de evolución y a la exploración solo se detecta un peristaltismo.

No se aprecia falta de diligencia profesional en la asistencia prestada tras el ingreso hospitalario el día 20 de enero de 2001.

Considero que no es excesiva la demora en citarla en la consulta de Ginecología, máxime cuando se estaba esperando el resultado de las pruebas complementarias solicitadas. Así mismo cuando acude a la Clínica Universitaria de Navarra también se demora la intervención en espera, de pruebas".

Finaliza proponiendo la desestimación de la reclamación al no detectar mala praxis en las actuaciones médicas seguidas con la paciente.

QUINTO.- Conferido trámite de audiencia a la reclamante y a la Compañía de Seguros, la primera presenta escrito de alegaciones en el que ratifica las formuladas con ocasión de su reclamación inicial, pues considera que ha quedado acreditado que los servicios sanitarios regionales no procedieron conforme a la *lex artis*, concretando la infracción que se denuncia en las siguientes actuaciones:

1^a. Que no se le realizara una ecografía en el servicio de urgencias cuando acudió por fuerte dolor abdominal.

2^a. Que una vez diagnosticada su dolencia se le diera cita para el ginecólogo con mucho retraso (once días).

3^a. Que el informe del especialista anatómico patológico que concluye con el diagnóstico de "negativo para células malignas" fue erróneo.

Trasladasadas estas alegaciones a la Inspección Médica, dicha unidad emite el siguiente informe: "Primero.- Respecto a la indicación de la ecografía como prueba diagnóstica insistir en que: La paciente acude por un dolor abdominal entre epigastrio y mesogastrio, de dos semanas de evolución, con la exploración de abdominal en el momento de la exploración se descarta abdomen agudo, masa pulsátil, abdomen a tensión o signos de peritonismo.

La recomendación de la ecografía no es una indicación absoluta, hay sólidos estudios experimentales o de observación que respaldan la utilidad de la ecografía ante un tumor palpable, sospecha de ectópico, posible tumor pélvico, dolor pélvico, un abdomen agudo pero la clínica y la exploración constatada no orientan en un principio a esos diagnósticos.

Segundo.- En cuanto a la demora en citarla en Ginecología, me remito a las conclusiones del informe previo, se estaba esperando el resultado de pruebas solicitadas.

Tercero.- Entienden como erróneo, que el informe del Dr. x., especialista en Anatomía Patológica, donde en un caso de Cáncer con diseminación Peritoneal y con infiltraciones y distintos implantes, tras un estudio citológico de material remitido consistente en PAAF abdominal se concluye con el diagnóstico de , negativo para células malignas.

Revisado el caso por el Catedrático de Anatomía Patología Jefe del servicio del HGRS donde se remiten las muestras del Hospital Los Arcos, nos informa.

La prueba realizada consistió en extracción de líquido ascítico con aguja fina, en el examen no se realizó una PAAF (punción por aspiración con aguja) fina de un órgano sólido, sino que se trató de una citología descamativa. La existencia de ascitis en una neoplasia de ovario no va acompañada siempre de la presencia de células malignas descamadas, por lo que el examen citológico del líquido no siempre es diagnóstico. La negatividad de la citología descamativa no excluye el diagnóstico de malignidad".

SEXTO.- Por su parte, la aseguradora del SMS comparece en el expediente aportando dictamen médico realizado colegiadamente por cuatro facultativos especialistas en Obstetricia y Ginecología, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen del siguiente modo:

"1. Se reclama a la Administración por error en el diagnóstico de tumor maligno germinal de ovario en el Servicio de Urgencias del Hospital los Arcos de Santiago de La Ribera-Murcia y por

no facilitarle la asistencia médica debida.

2. El diagnóstico inicial de dolor abdominal inespecífico-meteorismo y las recomendaciones dadas a la paciente, fueron las adecuadas en un Servicio de Urgencias.

3. El diagnóstico posterior de carcinomatosis peritoneal de probable origen ovárico fue correcto, después de ser examinada por el médico especialista.

4. El tiempo de demora en las citas de Oncología (15 días) y Ginecología, es aceptable, sin que cambie en absoluto el pronóstico de la enfermedad.

5. La paciente desatendió las recomendaciones dadas en el Hospital de los Arcos, acudiendo a un Hospital privado por decisión propia, sin dar posibilidad alguna al Servicio Murciano de Salud, para, realizar el estudio y tratamiento adecuado de su enfermedad".

En relación con este informe la instructora destaca en la propuesta de resolución su carácter privado, pues aunque el facultativo que lo emite presta sus servicios en el Hospital Santa María del Rosell en ningún caso su dictamen lo emite en nombre de dicho centro hospitalario.

SÉPTIMO.- El informe complementario de la Inspección Médica y el dictamen médico de los peritos de la aseguradora, son trasladados a la reclamante, con el fin de que presente, si así lo estima pertinente, alegaciones a su contenido.

La x., mediante escrito fechado el 6 de noviembre de 2006, formula alegaciones en las que se ratifica en su pretensión y aporta informe pericial del Dr. x., médico de Urgencias del Hospital Santa María del Rosell, en el que se concluye del siguiente modo:

"A.- Tras la exploración clínica de la paciente, y puesto que no le fue practicada exploración complementaria alguna, se plantea por qué el facultativo que la atendió no consultó con otro médico de su mismo o de otro servicio del hospital.

B.- La Ley General de Sanidad, el Real Decreto que regula las funciones de los médicos de Urgencias así como la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), indican claramente que hay que usar en la atención al paciente todos los medios diagnósticos a nuestro alcance, partiendo de la base de que el usuario es el centro del sistema.

C.- Dada la somera exploración clínica realizada y la no práctica de exploración complementaria alguna, la paciente fue remitida a su médico de cabecera, en lugar de indicar la necesidad de ser estudiada por su ginecólogo.

Como conclusión final y a modo de resumen, debemos decir y decimos, que dado el proceso y la edad de la paciente, no podemos manifestarnos de acuerdo con la actitud del ginecólogo que la atendió al día siguiente, acudiendo con diagnóstico de tumoración ovárica realizado por Dr. x. tras realizar ecografía abdominal. Dicho ginecólogo del hospital realiza nueva ecografía que confirma diagnóstico de masa ovárica y toma muestra para estudio anatomo-patológico, y remite a la paciente a domicilio con consulta en unas dos semanas. El proceso es lo suficientemente grave como para ser remitida directamente la paciente a un servicio especializado de ginecología-oncología con carácter urgente".

OCTAVO.- Mediante escrito registrado de salida el día 21 de noviembre de 2006, se da traslado a la Inspección Médica de las nuevas actuaciones practicadas en el expediente, al objeto de que emita informe complementario al evacuado en su momento.

Dicho requerimiento fue cumplimentado por la Inspectora con fecha 5 de febrero de 2007, mediante informe del siguiente tenor literal:

"La paciente de 18 años acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal inespecífico de dos semanas de evolución sin otra sintomatología, no objetivándose en ese momento patología abdominal aguda, ni indicios de patología maligna que indicara la necesidad de otras pruebas complementarias. Los síntomas orientaban al diagnóstico de meteorismo por lo que se le recomienda tratamiento médico para el síntoma que padece y que acuda a su médico de cabecera para completar el estudio. La recomendación de la ecografía no es una indicación

absoluta en un servicio de urgencias.

Tras la detección de la masa intraperitoneal, se consulta con el Jefe de Servicio de Ginecología y ese mismo día se repite la ecografía, se toman muestras sanguíneas para, analizar los marcadores tumorales y del líquido ascítico. Pendiente de los resultados de estas pruebas se remite a la consulta de Ginecología 12 días después.

En este momento la hipótesis diagnóstica es de carcinomatosis intraperitoneal de probable origen ovárico, el tratamiento suele ser quirúrgico por lo que se tenía que remitir a Ginecología para programar la intervención y posteriormente valorar el tratamiento en oncología según el diagnóstico definitivo. Tanto en los Teratomas inmaduros de grado II como los del grado III el tratamiento es primero extirpación quirúrgica del ovario y después quimioterapia.

- *La actuación del médico de urgencias no puede considerarse una actuación contra protocolo.*
- *La emisión de la prueba solo ha retrasado el diagnóstico en un período no relevante pues no cambia el pronóstico de la enfermedad.*
- *La cita con ginecología doce días después es aceptable. El tratamiento hubiera sido el mismo.*
- *Acuden a un centro privado por decisión propia, cuatro días después de haber sido valorada en un servicio público sin esperar el resultado de las pruebas diagnósticas por otra parte obligatorias para proceder al tratamiento y que en la clínica privada tuvieron que repetir antes de la intervención quirúrgica".*

NOVENO.- Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditado en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño sufrido por la paciente.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 15 de marzo de 2007.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que el perjudicado deduzca su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que en caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Pues bien, en el

caso que nos ocupa las actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria se habrían producido los días 19 y 20 de enero de 2005, y la reclamación se presentó el día 17 de enero de 2006, es decir, antes de que transcurriera un año, por lo que ha de entenderse deducida dentro de plazo.

El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP. No obstante cabe señalar que tras el último informe de la Inspección Médica en el que argumenta frente al informe pericial aportado por la interesada junto con su escrito de alegaciones, no se procedió a conceder un nuevo trámite de audiencia. Esta omisión se justifica por la instructora en su propuesta en el hecho de que nada nuevo se contenía en el citado informe. Sustancialmente la afirmación es cierta, pero la falta de una nueva audiencia constituye una forma incorrecta de proceder que puede generar indefensión y comportar, por tanto, la nulidad de lo actuado. Sin embargo, planteándose el asunto con claridad, y atendiendo a los principios de eficacia, economía procedural y salvaguarda de los derechos de los interesados, entre ellos el derecho a recibir una resolución expresa y motivada, se examina por este Consejo el fondo de la reclamación.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos, cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. Esta regulación constitucional resulta completada por el artículo 139.2 y 141 LPAC, para configurar así un régimen objetivo de responsabilidad patrimonial, de modo que cualquier consecuencia dañosa en los bienes y derechos de los particulares derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos debe ser indemnizada, siempre y cuando se den los siguientes requisitos:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económico e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Por otro lado, en lo que se refiere a reclamaciones patrimoniales en materia sanitaria, el Consejo de Estado ha afirmado en numerosas ocasiones (por todos, Dictamen núm. 3.362/2003) que para estimar las reclamaciones de indemnización por daños derivados de intervenciones médicas o quirúrgicas, no resulta suficiente con que la existencia de la lesión se derive de la atención de los servicios sanitarios, pues ello llevaría a configurar la responsabilidad administrativa en estos casos de forma tan amplia y contraria a los principios que la sustentan que supondría una desnaturalización de la institución. Así pues, de acuerdo con dicha doctrina, en supuestos como el presente se hace preciso acudir a parámetros tales como la *lex artis*, de modo tal que tan sólo en caso de una infracción de ésta cabría imputar a la Administración de la cual dependen los servicios sanitarios la responsabilidad por los perjuicios causados.

A su vez la doctrina jurisprudencial ha venido declarando la necesidad de fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad de la administración sanitaria a la que se imputa el daño; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa y aquellos otros en los que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos, y ello porque, como ha manifestado la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencias de 4 de abril de 2000 y 17 de mayo de 2004, entre otras muchas), el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva al

servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para la reclamante la causa del daño se encuentra en el hecho de que en la asistencia que se le prestó en el Hospital Los Arcos el día 19 de enero de 2005, no le detectaron la dolencia que padecía porque omitieron pruebas fundamentales para su diagnóstico (en concreto, hace mención a una ecografía); y que una vez efectuado el diagnóstico por un médico de la medicina privada se pospuso en doce días el inicio del tratamiento.

A la hora de valorar la posible concurrencia de un retraso en el diagnóstico deben ponderarse dos circunstancias. Por un lado, la presencia de síntomas clínicos suficientes para que la enfermedad hubiera podido ser razonablemente detectada, empleando los medios disponibles de acuerdo con el estado de la ciencia y de la técnica en el momento del diagnóstico, y, por otro, la influencia que dicho retraso diagnóstico haya podido tener en el agravamiento de la enfermedad sufrida por la paciente.

En primer lugar, resulta del expediente que la falta de diagnóstico en la primera asistencia de la patología que padece la reclamante no fue contraria a la *lex artis*. Los síntomas presentados por la paciente cuando fue examinada en el Servicio de Urgencias el día 19 de mayo eran de molestia abdominal, localizada sobre todo a nivel epigástrico de aproximadamente dos semanas de evolución, coincidiendo con la ingesta de medicamentos antígripales, no refiriendo ninguna otra sintomatología. Tras la exploración física que descarta patologías urgentes la Inspección Médica considera que el alta en el Servicio de Urgencias, con derivación a su médico de cabecera, fue correcta porque "*el alta desde un servicio de urgencias la mayoría de las veces no se hace con un diagnóstico definitivo de la patología que padece, si se descarta la patología urgente y se le dan implícitas las indicaciones a seguir en su proceso*". En este mismo sentido se pronuncia el dictamen pericial de la aseguradora al señalar que "*un servicio de urgencias debe descartar enfermedad aguda, como se hizo. La paciente no presentaba en la exploración abdominal ningún signo objetivo de urgencia vital, únicamente distensión abdominal leve, sin signos de irritación peritoneal. Recomendando tratamiento para los síntomas que presentaba y que acuda a su médico de cabecera, que es el que debe realizar las actuaciones oportunas (pruebas diagnósticas, remitir a médicos especialistas, etc.) para llegar a un diagnóstico preciso*". Frente a estas afirmaciones el perito de la reclamante resalta que hubo omisión de pruebas diagnósticas como una ecografía. Sin embargo, respecto de esta prueba la Inspección Médica afirma que "*la recomendación de la ecografía no es una indicación absoluta, hay sólidos estudios experimentales o de observación que respaldan la utilidad de la ecografía ante un tumor palpable, sospecha de extópico, posible tumor pélvico, dolor pélvico, un abdomen agudo, pero la clínica y la exploración constatada no orientan en un principio a esos diagnósticos*" (folio 140).

En segundo lugar, tampoco ha quedado acreditado que una vez detectada la dolencia que padecía la paciente hubiese una demora en la aplicación del tratamiento. En efecto, a la vista de la documentación incorporada al expediente, no puede afirmarse que la cita dada a la paciente para la consulta de ginecología (para once días después) constituya un retraso injustificado, ya que tal como afirma la Inspección Médica ese plazo de tiempo (en el se encuentran dos fines de semanas) era necesario para contar con el resultado de todas las pruebas que se le habían practicado (folios 114 y 140). Este período de tiempo también parece adecuado a los peritos de la aseguradora al señalar que la indicación médica (cita en las consultas de oncología y ginecología para 11 días después -en el informe se recoge, por error,

15 días-) era correcta "para realizar un estudio preciso y recomendar las actuaciones terapéuticas que se estimen oportunas en un caso de enfermedad maligna del ovario. No variando en absoluto el pronóstico de la enfermedad en este período de tiempo". Estas conclusiones médicas no son desvirtuadas por el informe del perito de la reclamante, que se limita a afirmar que ante el diagnóstico de tumoración ovárica procedía remitir urgentemente a la paciente al servicio especializado de oncología ginecológica, pero sin indicar la trascendencia negativa que sobre el proceso hubiera podido ocasionar que dicha consulta se hubiese realizado once días después. Cuestión que, sin embargo, sí que aborda la Inspección Médica, afirmando que dicho plazo era adecuado y que el tratamiento hubiese sido el mismo, añadiendo que la reclamante acude "a un centro privado por decisión propia, cuatro días después de haber sido valorada en un servicio público, sin esperar el resultado de las pruebas diagnósticas, por otra parte obligatorias, para proceder al tratamiento y que en la clínica privada tuvieron que repetir antes de la intervención quirúrgica" (folio 165).

Finalmente, en relación con la alegación de la reclamante sobre el informe anatomo-patológico del Dr. x., que califica de erróneo porque concluye con el diagnóstico de "negativo para células malignas", la Inspección Médica (único dictamen médico de los incorporados al expediente que se pronuncia al respecto) señala que "*Revisado el caso por el Catedrático de Anatomía Patología Jefe del servicio del HGRS donde se remiten las muestras del Hospital Los Arcos, nos informa (que) la prueba realizada consistió en extracción de líquido ascítico con aguja fina, en el examen no se realizó una PAAF (punción por aspiración con aguja fina) de un órgano sólido, sino que se trató de una citología descamativa. La existencia de ascitis en una neoplasia de ovario no va acompañada siempre de la presencia de células malignas descamadas, por lo que el examen citológico del líquido no siempre es diagnóstico. La negatividad de la citología descamativa no excluye el diagnóstico de malignidad*". El análisis, pues, no fue erróneo, y si la reclamante no hubiese abandonado la asistencia que se le estaba prestando en la sanidad pública, ante el resultado de esta prueba se hubiesen llevado a cabo otras, de forma que se confirmara el diagnóstico que, no hay que olvidar, estaba ya anunciado (informe del Dr. x., obrante al folio 89).

Es por ello que, a la vista de la prueba practicada y de los informes incorporados al expediente, ha de concluirse que la actuación médica fue la adecuada a la situación clínica de la paciente, no resultando acreditado lo contrario, ni desvirtuados los hechos por las alegaciones de la interesada, a pesar del informe médico aportado, ya que este último no prueba en absoluto la existencia de mala praxis médica.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

No obstante, V.E. resolverá.