



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **123/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de mayo de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 13 de septiembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **316/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 25 de mayo de 2012, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en los Hospitales "Santa María del Rosell" de Cartagena y "Los Arcos" de San Javier.

El reclamante relata que, con fecha 29 de abril 2010, fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Los Arcos", con un cuadro febril de más de una semana de tratamiento y evolución clínica desfavorable.

Realizadas pruebas de imagen, se estableció un diagnóstico probable de diverticulitis complicada, aunque no se descartaba un proceso neoplásico. Tras cuatro semanas de tratamiento con Imipenem, y con el supuesto diagnóstico de *"sepsis de origen abdominal, diverticulitis aguda complicada, con buena respuesta a tratamiento médico. LOES hepáticas múltiples pendiente resultados PAAF"*, recibe el alta el 13 de mayo de 2010, a la espera del resultado de PAAF (punción aspiración con aguja fina).

El 1 de junio, el informe citopatológico (PAAF) emitido por el Servicio de Anatomía Patológica del Área de Salud II, Cartagena, estableció como diagnóstico anatomopatológico: *"PAAF guiada por TAC de hígado, altamente sospechosa de lesión primaria hepática tipo hepatocarcinoma bien diferenciado. No se observa metástasis de carcinoma"*.

Derivado al Servicio de Oncología del Hospital "Santa María del Rosell", fue diagnosticado de un hepatocarcinoma de bajo grado (enfermedad multifocal sobre hígado sano), descartando posibilidad de trasplante.

El 1 de julio acude al Hospital "San Jaime" en Torrevieja (Alicante) para solicitar una segunda opinión médica. Allí *"se recomienda un PET de estadificación para búsqueda de un tumor primario, ya que se trataría de metástasis de primario desconocido. Hay que descartar principalmente cáncer de pulmón. Posiblemente debe repetir la biopsia hepática, porque el diagnóstico histológico no es concluyente y discrepa de los hallazgos clínicos"*.

En el PET (tomografía por emisión de positrones), únicamente se pudo apreciar captación de lesiones hepáticas, ante lo cual, el 15 de julio se le recomienda una resonancia magnética hepática (angioresonancia). Tras la prueba, el 20 de julio, se advierte que, comparada con la TAC realizada en mayo anterior, el número y tamaño de las lesiones han disminuido, por lo que se concluye que la evolución clínica y la radiología parecen ser favorables, por lo que se establece la sospecha de que las imágenes hepáticas puedan tratarse de microabscesos hepáticos en el proceso de subdiverticulitis infectada. Se propone efectuar biopsia hepática por laparoscopia y repetir la resonancia hepática, de cuyo resultado, en caso de ser favorable a un proceso infeccioso se omitiría la biopsia.

Afirma el reclamante que, a pesar de estos resultados, el Servicio de Oncología del Rosell, el 26 de julio de 2010, confirma el diagnóstico de hepatocarcinoma multifocal no susceptible de trasplante, planteándole la opción de tratamiento médico paliativo con sorafenib. Desde entonces se encuentra en un estado de incertidumbre y desasosiego, habiendo sido sometido, a pesar de su negativa y de la segunda opinión médica que descartaba la enfermedad, a diversas pruebas de contraste y biopsias hepáticas, con efectos secundarios graves en su estado de salud, que le han producido secuelas en el sistema circulatorio de los miembros inferiores.

Con fecha 26 de octubre de 2011, el Servicio de Oncología del Hospital "Santa Lucía", de Cartagena, emite informe en el que, sin descartar el diagnóstico inicial, señala que *"ante un paciente diagnosticado de probable colangitis sin enfermedad neoplásica se propone seguimiento por parte del Servicio de Hepatología. Se remite a dicho Servicio de Hepatología. Se remite a dicho Servicio para seguimiento. En caso de diagnóstico de proceso neoplásico será nuevamente remitido a CCEE de Oncología Médica"*.

Alega que, como consecuencia del error de diagnóstico y la situación de incertidumbre generada, causó baja laboral, siendo declarado en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual, con la consiguiente inactividad, que le ha ido deteriorando su estado de salud así como agravando las patologías que podía tener a su edad y debido a su actividad de albañil.

Considera que existe nexo de causalidad entre la defectuosa asistencia sanitaria, el largo período de tratamiento sin adecuado diagnóstico, el error de diagnóstico y el sometimiento a diversas punciones y pruebas agresivas, tales como resonancias con contraste yodado intravenoso, de un lado, y la declaración de incapacidad permanente total para su profesión habitual del reclamante, del otro, causándole un importante lucro cesante. Estima que se produjo una omisión de medios contraria a la *lex artis ad hoc*, máxime teniendo en cuenta que existía una segunda opinión médica que contradecía el diagnóstico inicial de carcinoma y que fue absolutamente ignorado por los médicos del Servicio Murciano de Salud, con prescripción farmacológica equivocada que prolongó una situación de baja laboral, deterioro físico y psíquico innecesariamente.

La valoración económica del daño se remite a la que surja de la prueba pericial médica que anuncia y la efectiva determinación de las secuelas, incapacidad, daño psíquico, así como los gastos médicos de segunda opinión médica, lucro cesante y daño moral.

Junto a la anunciada pericial, propone prueba documental, consistente en las correspondientes historias clínicas de los distintos centros en los que fue atendido y expediente administrativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, relativo a su declaración de incapacidad permanente total; así como testifical, consistente en la declaración de los ocho médicos intervinientes en el proceso asistencial por el que se reclama.

Junto al escrito de solicitud se acompaña diversa documentación clínica, facturas por la asistencia prestada en el Hospital "San Jaime" y resolución de 27 de octubre de 2011, por la que se aprueba la concesión de una pensión de incapacidad permanente en grado de total para la profesión habitual.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar al actor la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), al tiempo que da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS.

Asimismo, se recaba de los centros en los que se atendió al paciente copia de la historia clínica y el preceptivo informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

TERCERO.- Por el Hospital "Los Arcos" se remite la documentación solicitada e informe de una facultativa de Medicina Interna-Digestivo, según el cual:

"El paciente x, estuvo ingresado en nuestro Servicio de MI Digestivo desde el 29 de abril de 2010 (traslado desde el Servicio de Neumología) hasta el 13 de mayo 2010 (se adjunta informe de dicho ingreso). Durante el mismo fue diagnosticado de sepsis de origen abdominal, diverticulitis aguda complicada con buena respuesta al tratamiento, y LOES (lesiones con ocupación de espacio) hepáticas múltiples, pendientes de resultados de PAAF.

Durante dicho ingreso se realizaron diversas exploraciones complementarias, entre ellas ECO abdominal, TAC abdominopélvico con doble contraste (4 y 11 de mayo), EDB (diverticulitis de sigma y signos de diverticulitis reciente, sin evidencia de lesión neoplásica en el trayecto explorado, hasta colon transverso distal), con lo que se confirmaba el diagnóstico de sepsis de origen abdominal secundario a diverticulitis, y con buena respuesta al tratamiento antibiótico. Ante la persistencia de las LOES hepáticas en el segundo TAC de control a pesar de tratamiento antibiótico, se realizó PAAF hepática, guiada por TAC para filiación histológica de las mismas.

Fue dado de alta, con citación el día 10/06/2010 en Consultas de Digestivo para recogida de resultados de Anatomía Patológica, pero en el sistema no hay reflejado ningún informe de consulta con esas fecha.

El día 8/07/2010: hay una anotación del Dr. ...(Adjunto de Digestivo) sobre un PET TAC realizado: ligero incremento metabólico focal en lesiones hepáticas sugestivo de proceso maligno de bajo grado. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica en otras localizaciones.

Desde ese momento el paciente no vuelve a la consulta hasta el día 11 de noviembre de 2010, visto por la Dra. ... (Adjunto de Digestivo) adjuntándose resultados de RNM abdominal y hepática, PET TAC y resultados de PAAF hepática (adjunto informe de consulta), relatando el paciente que ha sido valorado en el hospital de San Jaime y en el Servicio de Oncología del Hospital Naval, siendo el Juicio Diagnóstico desde nuestra consulta: episodio de diverticulitis complicada en Mayo 10.

LOES hepáticas múltiples sugerentes según PAAF de hepatocarcinoma primario. Según evolución radiológica podría tratarse de microabscesos secundarios en resolución.

Visto nuevamente en Consulta de Digestivo el día 21 de Marzo 2011: dado que se encontraba asintomático y sin datos destacables en la analítica, se indicó revisión a los 6 meses, pero ya no ha vuelto a consulta desde entonces".

CUARTO.- Desde el Rosell se remite la documentación pedida así como informe de la Responsable de Oncología Médica, que es del siguiente tenor:

"El paciente fue remitido a los 60 años de edad a nuestras consultas desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital Los Arcos, tras ser estudiado a raíz de un cuadro febril compatible con diverticulitis, por el hallazgo de lesiones hepáticas. Se practicó en dicho centro un estudio de tumor de primario desconocido con TAC, colonoscopia y marcadores tumorales presentando múltiples lesiones hepáticas de pequeño tamaño bilobares cuya PAAF fue descrita como altamente sospechosa de lesión primaria hepática tipo hepatocarcinoma de bajo grado. La PET-TC describía un ligero incremento metabólico de hasta 2.5 SUV coincidente con las múltiples lesiones hepáticas sugestivas de proceso maligno de bajo grado y la RNM hepática describía múltiples lesiones hepáticas de pequeño tamaño, bilobares.

El paciente solicitó una revisión de la PAAF hepática en la que se describieron hepatocitos junto a células de tipo mesenquimal, sin mostrar rasgos neoplásicos. Se inició entonces un seguimiento estrecho mediante resonancia hepática describiéndose, en Septiembre de 2010, numerosas formaciones nodulares de pequeño tamaño con contenido quístico y realce periférico lineal muy sugestivos de microabscesos en el contexto de colangitis. Ante la discrepancia de resultados se propuso solicitar una biopsia hepática versus continuar con seguimiento de las lesiones hepáticas mediante resonancia, dado que es considerada la técnica más adecuada sin los efectos nocivos de radiaciones ionizantes. Inicialmente el paciente no deseaba repetir la biopsia por lo que se realizó una resonancia en enero de 2011 en la que persistían hallazgos relacionados con un episodio previo de colangitis, reconociéndose algunos pequeños microabscesos hepáticos. Al ser comparada con el estudio previo de fecha septiembre de 2010 se comprobó una disminución evidente en el tamaño de las lesiones.

Se propuso entonces seguimiento por parte del Servicio de Hepatología de las lesiones hepáticas dadas las dudas de que el diagnóstico fuera de enfermedad neoplásica".

QUINTO.- Por el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia se remite un CD con las pruebas realizadas en Medicina Nuclear al paciente y sendos informes de los facultativos de dicho servicio que le prestaron asistencia (folios 290 a 295):

- Informe de la Dra. x:

"Con fecha 5 de julio de 2010 se recibe en Medicina Nuclear una solicitud de estudio PET-TAC Urgente para dicho paciente (...) La Hª Clínica reseñada era la sospecha citológica de hepatocarcinoma tras PAAF en paciente con afectación multinodular hepática bilobar, diagnosticada por TAC y Ecografía. La justificación del estudio era la estadificación previa a la terapéutica.

(...)

Se realiza la prueba efectivamente el día 8 de julio de 2010, inyectándose una dosis diagnóstica de 327MBq de FDG-F-18, a las 14:55 horas.

Ese mismo día se remite informe médico de dicha prueba por el Dr. (...). Revisado dicho informe, y a la luz de las imágenes disponibles en la actualidad en nuestro archivo y de los datos clínicos conocidos en aquél momento, coincido plenamente con el Juicio Diagnóstico expresado por el Dr. x".

- Informe del Dr. x, de fecha 8/07/2010:

"Diagnóstico previo: Varón de 60 años con afectación multinodular de ambos lóbulos hepáticos y PAAF sospechosa de lesión primaria hepática.

Se solicita PET-TAC de estadiaje. (...)

Descripción de los hallazgos:

En las imágenes de PET-TAC de cuerpo completo se visualiza, ligero incremento metabólico de 18F-FDG de hasta 2.5 de SUV máx. coincidente con múltiples lesiones hepáticas hipodensas de dudosa significación patológica que no permite descartar proceso maligno de bajo grado. La fijación-eliminación del trazador se produce según patrón normal con visualización preferente de miocardio y tracto urinario.

No se visualizan otros depósitos significativos que sugieran la presencia de enfermedad maligna macroscópica en el resto de cuerpo a estudio.

Juicio diagnóstico:

Ligero incremento metabólico focal en lesiones hepáticas sugestivo de proceso maligno de bajo grado. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica en otras localizaciones en la actualidad".

SEXTO.- Recibida la documentación solicitada al Hospital "San Jaime", constan los siguientes informes del Dr. x:

- De 1 de julio de 2010, que concluye:

"Se recomienda un PET de estadificación para búsqueda de un tumor primario, ya que se trata de metástasis de primario desconocido. Hay que descartar principalmente un cáncer de pulmón. Posiblemente debe repetir la biopsia hepática porque el diagnóstico histológico no es concluyente y discrepa de los hallazgos clínicos".

- De 15 de julio de 2010, según el cual:

"Se recomienda Resonancia Magnética Hepática (angioresonancia) para valoración y decisión del tratamiento más adecuado".

- De 20 de julio de 2010, que concluye:

"Se propone efectuar biopsia hepática por laparoscopia. Se opta por efectuar una demora de 1 mes y repetir la resonancia hepática. Dependiendo entonces de los resultados se efectuará dicho procedimiento o se puede omitir en el caso de que se haya confirmado que fue un proceso infeccioso en lugar de un tumor metastático".

- De 14 de septiembre de 2010, conforme al cual:

"La evolución clínica confirma el diagnóstico de múltiples abscesos hepáticos después de una diverticulitis aguda que cursó con un cuadro séptico hace unos meses".

SÉPTIMO.- Con fecha 4 de octubre de 2012, se comunica al reclamante el rechazo instructor a la prueba testifical propuesta, sin perjuicio de la posibilidad de solicitar por escrito aclaraciones o información adicional a los médicos propuestos como testigos.

Respecto a la solicitud del expediente administrativo al INSS, se le comunica que el mismo deberá ser aportado por el reclamante y a su costa, lo que hará el 31 de enero de 2013. El dictamen propuesta, de fecha 13 de octubre de 2011, determina el siguiente cuadro clínico residual: *"Diverticulitis colónica. Septicemia de origen abdominal. Microabscesos hepáticos. Colangitis. Poliartalgias. Omalgia derecha, tendinitis SPE y artrosis. Axonotmesis parcial estadio severo de n tibial posterior".*

Se acuerda, asimismo, la apertura de período de prueba para la práctica de la pericial anunciada en su escrito de reclamación.

Dicha pericial, consistente en informe de médico especialista valorador del daño personal, es aportada por el actor al procedimiento y alcanza las siguientes conclusiones:

"1.- x sufrió de cuadro de sepsis de origen abdominal por diverticulitis aguda complicada y diagnóstico de LOES hepáticas múltiples.

2.- Tras estudio anatomopatológico se filió de hepatocarcinoma multifocal no susceptible de trasplante.

3.- En estudio de segunda opinión médica y tras pruebas complementarias, se diagnosticó de múltiples abscesos hepáticos después de diverticulitis aguda que cursó con cuadro séptico.

4.- No se realizó un correcto diagnóstico inicial ni posterior al no realizarse una adecuada interpretación de todas las pruebas complementarias realizadas.

5.- El paciente permaneció en baja IT desde la primera asistencia hospitalaria hasta agotar plazo (12 + 6 meses), siendo en fecha 7.10.2011 calificado por el INSS como incapacitado permanente total, aunque dicha calificación es consecuencia de patologías no derivadas del error diagnóstico.

6.- Consecuencia del error diagnóstico, el paciente sufre como secuela un trastorno de estrés postraumático, que valoro en 3 puntos.

7.- No se aplicaron todos los medios que la lex artis ad hoc exige para este tipo de patologías".

OCTAVO.- Solicitado, el 4 de diciembre de 2012, informe a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica), no consta su evacuación.

NOVENO.- Por la aseguradora del SMS se une al procedimiento informe pericial elaborado por un especialista en Anatomía Patológica, que alcanza las siguientes conclusiones:

"- El informe anatomopatológico emitido con motivo del estudio realizado mediante PAAF hepática en el Hospital Los Arcos, ante la existencia de nódulos hepáticos múltiples en ecografía y TAC, expresa un elevado grado de

sospecha de que la lesión corresponda a un cáncer hepático, pero no establece un diagnóstico definitivo.

- Las pruebas de imagen realizadas en el Hospital San Jaime no resultan contradictorias con las realizadas antes. Sin embargo, la aparente reducción en el tamaño y el número de las lesiones, hace dudar de la sospecha previa de malignidad.

- El Servicio de Oncología del Hospital Nuestra Señora del Rosell (sic), a la vista de las dudas que plantea el caso, opta, de acuerdo con el paciente, por mantener una actitud expectante a la espera de que nuevas pruebas de imagen confirmen o descarten la regresión de las lesiones, aportando de esta forma un dato decisivo que permita establecer el diagnóstico definitivo.

- Cuando la PAAF realizada en Los Arcos fue revisada en el Hospital San Jaime en cambio, el contexto clínico había cambiado; aunque seguían existiendo imágenes radiológicas sospechosas de malignidad, esas imágenes no habían crecido (de hecho parecían estar disminuyendo) lo que planteaba dudas sobre su carácter maligno. Este nuevo dato, del que no disponían los patólogos de Los Arcos, hizo que la punción se interpretase como benigna.

- No se reconoce error diagnóstico. La actuación médica siguió el protocolo diagnóstico habitual para estos casos y fue correcta conforme a la Lex Artis".

DÉCIMO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparece el actor y presenta escrito de alegaciones para impugnar de forma expresa el informe pericial aportado por la aseguradora, al que tacha de parcial y contradictorio con las evidencias que muestra la historia clínica. Considera que, lejos de lo que afirma el informe, el diagnóstico de cáncer hepático se fijó y trasladó al paciente no como mera sospecha, sino como definitivo y sin duda alguna. Por ello, y al contrario de lo que establece dicho informe, estima que: a) no se realizó un correcto diagnóstico inicial ni posterior al no realizarse una adecuada interpretación de todas las pruebas complementarias realizadas; b) no se aplicaron todos los medios que la *lex artis ad hoc* exige para este tipo de patologías; c) consecuencia de dicho error de diagnóstico, el paciente sufre como secuela un trastorno de stress postraumático, que es valorado en 3 puntos y, además, permaneció en baja laboral desde la primera asistencia hospitalaria, hasta agotar plazo (12+6 meses), siendo calificado por el INSS como incapacitado permanente total.

UNDÉCIMO.- Con fecha 2 de septiembre de 2013, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco se habría probado, al no acreditar que la actuación asistencial se haya desviado de la exigida por la praxis médica correcta.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 13 de septiembre de 2013.

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 Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado Por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y plazo para reclamar.

I. La reclamación ha sido interpuesta por el propio paciente, en su condición de usuario que se siente perjudicado por la actuación de los servicios públicos sanitarios, por lo que ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con el artículo 139.1, en relación con el 31.1, ambos de la LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, a través del Servicio Murciano de Salud, en su condición de titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se pretende conectar causalmente el daño alegado por el interesado.

2. La reclamación ha sido presentada el 25 de mayo de 2012, dentro del plazo de un año que, para la prescripción del derecho a reclamar, establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que la determinación del error diagnóstico que se encuentra en la base de la pretensión indemnizatoria no queda plenamente determinado hasta el momento en que se descarta de forma definitiva la existencia de un proceso neoplásico. Este momento cabe identificarlo con el alta en el Servicio de Oncología, con recomendación de seguimiento por el de Hepatología, lo que se produce el 26 de octubre de 2011.

TERCERA.- De la necesidad de completar la instrucción con el informe de la Inspección Médica.

En línea con las observaciones realizadas en nuestro Dictamen 193/2012, considera el Consejo Jurídico que, en el supuesto sometido a consulta, procede esperar a la emisión del informe de la Inspección Médica antes de resolver el procedimiento.

En el precitado Dictamen señalamos:

"Se advierte sin dificultad el carácter necesario del informe de la Inspección Médica en el seno de los

procedimientos de responsabilidad patrimonial como el presente, en atención a su carácter técnico y por la especial imparcialidad y objetividad a que vienen obligados los inspectores en la valoración de los hechos y actuaciones sanitarias implicadas en el proceso asistencial del que derivan los daños por los que se reclama en este tipo de procedimientos indemnizatorios. Tales características han llevado a este Consejo Jurídico a dotar a este informe de un singular valor de prueba, incluso frente a las periciales de parte aportadas al procedimiento por los interesados.

En atención a lo expuesto, es evidente que la decisión de continuar el procedimiento hasta su resolución sin contar con este informe ha de ser adoptada con extrema precaución, pues su omisión podría dejar huérfana de apoyo técnico la decisión del procedimiento, la cual ha de adoptarse necesariamente atendiendo a los parámetros técnicos que constituyen la denominada "lex artis ad hoc", cuyo análisis deviene esencial para establecer la existencia de relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño alegado, así como la antijuridicidad del mismo.

Es cierto que, como apunta la propuesta de resolución, este Consejo Jurídico ha indicado la procedencia de continuar el procedimiento cuando, solicitado un informe preceptivo y determinante como el del Servicio al que se imputa el daño (art. 10.1 RRP), dicho informe no se emite en el plazo señalado y transcurre, además, el máximo de suspensión del procedimiento previsto para estos supuestos en el artículo 42.5, letra c) LPAC. Sin embargo, han de ponerse de manifiesto las sustanciales diferencias que existen entre los informes del indicado Servicio y el de la Inspección Médica.

En el primero de ellos, normalmente el informe es emitido por el médico o médicos actuantes, a cuya intervención sobre el paciente, por acción u omisión, se imputa el daño por el que se reclama. Este informe cabe calificarlo de determinante, en la medida en que es necesario conocer las variables que manejó el facultativo en orden a la decisión técnica adoptada respecto del paciente y para alumbrar acerca de las circunstancias que rodearon el acto médico en cuestión y pudieron no reflejarse en la historia clínica. Ahora bien, no ha de olvidarse que, en la medida en que la reclamación se basará, en la mayoría de las ocasiones, en una imputación de actuación incorrecta, la visión que de ésta ofrezca el facultativo a quien se imputa el daño no puede considerarse imparcial y objetiva, toda vez que, de ordinario, la acción resarcitoria pondrá en duda su buen hacer profesional.

Por el contrario, el informe de la Inspección Médica sí reúne esas cualidades de imparcialidad y objetividad que lo dotan de un especial valor probatorio y que permiten al órgano competente para resolver efectuar el juicio determinante de la decisión del procedimiento, que no es otro que establecer si se ha incurrido o no en mala praxis. La presencia de este informe en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria permite, además, relativizar la ausencia de ese otro informe preceptivo y determinante que es el del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, toda vez que, a pesar de la omisión de éste, la valoración inspectora nutre el expediente de elementos técnico-médicos de juicio suficientes para motivar la decisión que el órgano competente para ello finalmente adopte, como se apuntaba en nuestros Dictámenes 176/2003 y 137/2004.

Las mismas características que hemos predicado del informe de la Inspección Médica determinan que la visión técnica de la asistencia prestada al paciente que dicho órgano ofrece no puede ser suplida con plenitud de garantías por el informe pericial de la aseguradora del ente público sanitario, máxime en aquellos procedimientos en los que los reclamantes traigan a su vez al procedimiento una pericia médica, pues en tales casos, se condena al órgano decisor, lego en Medicina, a dirimir entre dos pericias de parte sin el apoyo del informe de la Inspección".

Concluíamos que sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez

transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5, letra c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos.

En aplicación de esta doctrina, hemos admitido la continuación del procedimiento sin esperar a la evacuación del informe inspector cuando en el expediente obraban, además de la pericia de la aseguradora, el otro informe preceptivo y determinante de la resolución, como es el del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y que exige el artículo 10.1 RRP, y ello siempre que la parte actora no aportara a su vez una pericial que discutiera las apreciaciones técnicas contenidas en los anteriores. También hemos reconocido la posibilidad de continuar el procedimiento sin que, a pesar de su solicitud, se haya llegado a evacuar el informe del Servicio al que se imputa el daño, cuando sí se ha emitido y consta en el expediente el informe de la Inspección Médica.

En el supuesto sometido a consulta, si bien constan los informes de los facultativos intervinientes en el proceso asistencial del paciente, lo cierto es que se limitan a efectuar una exposición cronológica de la atención prestada, a modo de mera síntesis de la historia clínica, pero sin efectuar valoraciones o juicios críticos de aquélla desde la perspectiva de las exigencias de la *lex artis* o en contestación a las imputaciones del reclamante. Éste, además, aporta al procedimiento un informe pericial que no se limita, como parece querer insinuar la propuesta de resolución, a una mera valoración del daño, sino que contiene afirmaciones de carácter sustantivo y crítico desde la perspectiva de la ciencia médica, como que *"no se realizó un correcto diagnóstico inicial ni posterior al no realizarse una adecuada interpretación de todas las pruebas complementarias realizadas"* y que *"no se aplicaron todos los medios que la lex artis ad hoc exige para este tipo de patologías"*. Del mismo modo, el perito del actor señala que *"muy a pesar de todas las evidencias, tanto de pruebas complementarias como de la evolución clínica del paciente, desde el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Santa María del Rosell se mantiene el diagnóstico, y así en fecha 26.7.10 se informa de hepatocarcinoma multifocal no susceptible de trasplante y se recomienda tratamiento médico paliativo con sofarenib (medicamento antineoplásico para el tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular) con los riesgos que entraña dicho tratamiento por la toxicidad del fármaco (...) sólo cuando han transcurrido seis meses y ante la evidencia de las pruebas complementarias y evolución clínica"* se propone solicitar biopsia hepática y hacer el seguimiento de las lesiones. En suma, el perito del actor considera no sólo que el diagnóstico inicial fue erróneo por no ser capaces los facultativos intervinientes de interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas realizadas, sino que, además, se mantuvo ese diagnóstico durante meses, con el tratamiento equivocado que ello conllevaba, aun cuando ya se había evidenciado el error cometido.

Sin embargo, la fundamentación técnica de la propuesta de resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial se hace descansar únicamente en una pericia de parte interesada, desconociendo el informe técnico-médico que sustenta las imputaciones del actor, lo que no sólo afecta al principio de objetividad que ha de regir la actuación administrativa, sino también y de manera principal, a la función de garantía del ciudadano que justifica la institución misma de la responsabilidad patrimonial.

Así pues, aun siendo plausible el esfuerzo del órgano proponente para agilizar los procedimientos de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria, dicha celeridad e impulso procedimental no puede ir en detrimento de los principios indicados, teniendo en cuenta, además, la obligación de la Administración de realizar de oficio aquellos actos de instrucción tendentes a la comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la resolución (artículo 78.1 LPAC). Y, en opinión de este Consejo, en el presente procedimiento se necesita conocer el parecer de la Inspección Médica, por sus cualidades de imparcialidad y objetividad que lo dotan de un especial valor probatorio, acerca de la praxis médica y de su ajuste o no a la *lex artis*.

En consecuencia, este Órgano Consultivo considera que procede completar de oficio la instrucción, reiterando la solicitud de informe de la Inspección Médica, a la que habrá de recordar la necesidad de evacuarlo en el más breve plazo posible, a la vista del tiempo transcurrido desde el ejercicio de la acción y desde la primera petición de su informe por el órgano instructor (el 4 de diciembre de 2012), conforme a las funciones asignadas a aquélla por el Decreto regional 15/2008, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, disponiendo su titular lo necesario para remover los obstáculos que dificulten o retrasen su emisión.

Dicho informe habrá de despejar las dudas surgidas en el presente supuesto acerca de si el diagnóstico inicial de hepatocarcinoma, aun erróneo, fue o no adecuado a la *lex artis*, estableciendo si la interpretación realizada de las pruebas diagnósticas que ampararon dicho juicio clínico fue adecuada y si, antes de efectuar ese diagnóstico, debió realizarse alguna prueba complementaria o adicional. Asimismo, si el diagnóstico inicial se considerara adecuado en el entorno clínico del paciente y en el estadio evolutivo de la enfermedad en que se emitió, debería pronunciarse la Inspección acerca de en qué momento, a la luz de la historia clínica y de la ciencia médica, debió modificarse el diagnóstico por ser ya evidente el error original. También debería pronunciarse la Inspección acerca de la relación causal existente entre el eventual error de diagnóstico y la incapacidad laboral del paciente.

Del mismo modo, debería requerirse al actor para que efectúe la evaluación económica del daño (art. 6.1 RRP), concretando el montante indemnizatorio que solicita, una vez que, con el informe pericial por él aportado, ya han quedado plenamente delimitados los efectos del quebranto personal padecido.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución, al ser procedente completar la instrucción en los términos expresados en la Consideración Tercera, debiendo elevarse de nuevo para la emisión de un Dictamen sobre la cuestión de fondo planteada, previa audiencia a las partes (actor y aseguradora del SMS) de las actuaciones practicadas.

No obstante, V.E. resolverá.