



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **41/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de febrero de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 14 de junio de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y su hija x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **174/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de diciembre de 2014 x y su hija x presentan en una oficina del servicio de Correos de Sanxenxo (Pontevedra) una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establecía en la -ya derogada- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación exponen que son la esposa y la hija, respectivamente, de x, que falleció el 18 de enero de 2014 en el Hospital *Morales Meseguer*, de Murcia, a la edad de 61 años.

También explican que su familiar acudió a la consulta de su médico de atención primaria el 24 de agosto de 2013 porque sufría dolores abdominales y que le informó de que su madre y su hermana padecían cáncer de colon y de que su hermano tenía cáncer de pulmón. De igual modo, le recordó que había sido intervenido de polipectomía en 2007.

El médico le prescribió que le realizaran diversas pruebas y lo derivó al Servicio de Digestivo sin apreciar que se encontrara en una situación de urgencia.

No obstante, el paciente volvió a presentarse ante ese facultativo el 30 de agosto y el 9 de octubre siguientes para solicitar que se le adelantara la cita que le habían dado para el 23 de octubre de 2013, porque además se encontraba muy mal y tenía dificultad para defecar, pero el médico le contestó que los resultados de los análisis eran normales y que no había motivos de urgencia.

Cuando acudió al Centro de Especialidades de El Carmen manifestó que se encontraba peor y que experimentaba pérdida de peso pero sólo le dijeron que ya lo llamarían para hacerle una colonoscopia.

Se le citó el 18 de noviembre, pero el médico que le realizaba dicha prueba la suspendió porque dijo que el recto estaba repleto de heces y le comunicó que ya lo llamarían. Las interesadas destacan que le comentaron que su familiar se encontraba cada vez peor y que había perdido mucho peso.

El 26 de noviembre de 2013 acudió al Servicio de Urgencias del citado hospital porque no podía comer, ni dormir, ni defecar, ni tenía fuerzas para trabajar. Le realizaron un análisis de sangre y una radiografía de abdomen. Las reclamantes manifiestan que le recetaron un tratamiento para el dolor y que le reenviaron al médico de cabecera. Aunque fue en varias ocasiones a su consulta (el 3 y el 10 de diciembre), ese facultativo no apreció que se encontrara en situación de urgencia a pesar de los síntomas que le dio a conocer.

El 13 de diciembre de 2013 volvió al Servicio de Urgencias del Hospital *Morales Meseguer*, pues le dolía todo el cuerpo y no podía andar. Allí se le diagnosticó una lumbalgia y el día 16 se le dio la baja por ese motivo.

Según relatan las peticionarias, el 17 de diciembre acudió de nuevo al Servicio referido porque había empeorado, y se le dijo que se iba a realizar una colonoscopia el día siguiente.

Después de tomar la fosfosoda esa misma noche, para prepararse para esa prueba, comenzó a experimentar vómitos fecaloideos, por lo que tuvieron que llamar a una ambulancia. Ingresó en el hospital citado a las 00:52 horas del día 18 de diciembre de 2013, y después de realizarle las pruebas pertinentes, se le detectó una obstrucción intestinal compatible con un cáncer, por lo que fue ingresado y operado de urgencia.

A las 12 horas siguientes sufrió un *shock* y un fallo multiorgánico por lo que fue reintervenido el siguiente día 19 -según les indican- debido a una hemorragia interna.

Su familiar despertó el 28 de diciembre y les expresó su deseo de que lo trasladaran a Barcelona, donde viven varios familiares y una sobrina médico, para recabar una segunda opinión médica.

El 2 de enero de 2014 le diagnosticaron una posible púrpura trombótica y le realizaron una plasmaféresis, por lo que los médicos desaconsejaron su traslado.

Las reclamantes manifiestan que les informaron de que tenía un cáncer diseminado el 14 de enero de 2014 y de que le iban a bajar la sedación para intentar despertarlo. Tres días más tarde, esto es, el 17 de enero, les comunicaron que había empeorado mucho y que probablemente su familiar falleciese en unos pocos días. De hecho, el paciente murió el día siguiente, 18 de enero.

Ante esas circunstancias, las interesadas sostienen que no se atendió ni se valoró adecuadamente a su familiar y que no se le realizaron las pruebas pertinentes, por lo que se incurrió en retraso y en errores de diagnóstico y se le privó de un posible tratamiento.

Por esa razón solicitan una indemnización por los daños y perjuicios causados, que calculan con arreglo al baremo de accidentes de tráfico, de 136.673,60 euros (114.691,14 + 9.557,59 + 12.424,87).

Por último, solicitan que se reciba el procedimiento a prueba.

SEGUNDO.- El 19 de enero de 2015 la Jefa de Servicio Jurídico del Servicio consultante requiere a las reclamantes para que subsanen su reclamación y acrediten la legitimación que dicen ostentar mediante la aportación de una copia compulsada del Libro de Familia y del certificado de defunción de su familiar.

El 30 de enero de 2015 las interesadas presentan copias de los documentos solicitados en el registro de la Diputación Provincial de Pontevedra, que las remite al Servicio consultante.

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 12 de febrero de 2015 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a las interesadas junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC. De manera expresa se les requiere, para que propongan los medios de prueba de los que pretenden valerse.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones fechadas el mismo día 12 de febrero se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- Mediante otro escrito de esa misma fecha el órgano instructor solicita a la Gerencia del Área de Salud VI una copia de la historia clínica del familiar de las reclamantes y los informes de los profesionales que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

Esta solicitud de información se reitera el 6 de abril de 2015.

SEXTO.- El día 10 de marzo de 2015 presentan las interesadas un escrito en el que proponen la práctica de la prueba documental consistente en la historia clínica del fallecido; en diversos documentos referentes a x (parte de baja; tarjeta de desempleo; certificado de empadronamiento en el municipio de Sanxenxo, y declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas -de ella y de su marido fallecido- correspondiente al año 2013).

SÉPTIMO.- Con fecha 17 de julio de 2015 se recibe una nota interior del Director Gerente del Área VI de Salud con la que se adjunta la copia de la historia clínica del paciente.

De igual modo, aporta el informe emitido el 26 de junio de 2015 por el Doctor x, médico de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Alguazas, con el que se incorpora la historia clínica relativa a los hechos objeto de reclamación en soporte informático.

En dicho informe da cuenta que en el año 2007 fue derivado al Servicio de Digestivo para que se le realizara una colonoscopia debido a sus antecedentes y a los datos clínicos que presentaba. También explica que, como resultado de esa derivación, se le extirparon diversos pólipos adenomatosos y de un adenoma vellosos (benigno) y que se le indicó que debía someterse a revisión en un año.

A pesar de ello, no fue hasta octubre de 2009 cuando acudió a su consulta y solicitó (dos años más tarde) una interconsulta para revisión de sus pólipos, que se emitió. No obstante, el paciente no acudió.

En su informe explica que *"No es hasta fecha 30/09/2013 en la que el paciente acude de nuevo en demanda de atención por estos antecedentes (pólipos), fecha en la cual procedo a derivarle al especialista Digestivo para seguimiento/revisión, haciéndole indicación expresa del caso omiso que hizo el paciente a las recomendaciones previas que no atendió conscientemente. Le derivo con esta fecha al Digestivo"*.

Por otro lado, también adjunta el informe realizado por el Jefe de Sección de Aparato Digestivo, el Doctor x, el 13 de julio de 2015. En él se pone de manifiesto lo siguiente:

"Paciente con indicación de colonoscopia por el Dr. x el 23.10.2013, firmado consentimiento informado para la misma por paciente y médico. Se realiza el 18 de noviembre 2013 (antes de 1 mes) por el Dr. x y estaba mal preparado.

El paciente ya tenía hecha otra colonoscopia en agosto de 2007 realizada por el Dr. x con diagnóstico de enfermedad diverticular del colon y polipsectomías de varias lesiones polipoideas sin incidencias.

Al venir para la presente colonoscopia de 18.11.2013, se detectaron heces sólidas en ampolla rectal. Esto impide la realización de la técnica por lo que se pospuso para una nueva exploración con mejor preparación.

La preparación del colon depende de varios factores, no solamente del grado de cumplimentación del paciente de las sustancias que toma (purgantes), sino también de circunstancias anatómicas (p. ej. divertículos o lesión que cause alteración al tránsito, etc. pueden dificultarla).

Al paciente se le citó de nuevo efectivamente al mes (18 diciembre 2013), lo cual no es una demora significativa,

y que con la preparación de la colonoscopia para la que estaba citado el 18 diciembre 2013 se encontró mal, fue al S. Urgencias e hizo un cuadro de obstrucción intestinal, no acudió por tanto a esa cita para colonoscopia ese día.

Sin embargo, había acudido al S. Urgencias después de la colonoscopia con preparación insuficiente (del 18 noviembre 2013), concretamente los días:

- 26 de noviembre 2013. Por cólico abdominal. Se le recomendó que se controlara por su Médico de cabecera (según consta en informe de alta del S. Urgencias).

- 13 diciembre 2013. Por dolor lumbar. Se constató en el informe de alta del S. Urgencias que estaba pendiente de colonoscopia y que acudirá a su Médico de cabecera igualmente.

- 17 diciembre 2013. Por dolor en piernas. Se le recomendó que se controlara por su Médico de cabecera (según consta en informe de alta del S. Urgencias).

En este punto, hacemos constar que en el Área VI hay acceso directo desde el Médico de Familia del centro de salud para pedir colonoscopia, sin pasar por Especialista de Digestivo.

Lamentablemente el diagnóstico final fue de una lesión muy avanzada (cáncer del colon) en un estadio con metástasis e infiltración de otros órganos (duodeno) de una estirpe muy agresiva (mucoide) que desarrolló después de 2007 y antes de 2013, y que dado lo avanzado de la enfermedad, no hubiéramos podido detectar precozmente (en estadio curable) en el momento en que se pidió la colonoscopia ya en 2013.

Por tanto: paciente que comienza con enfermedad digestiva y acude a especialista de Digestivo en octubre de 2013, se le indica colonoscopia que se realiza antes de 1 mes en noviembre de 2013 y está mal preparada y se activa protocolo de repetición de la misma que no fue posible, aunque la lesión estaba muy avanzada y no hubiera cambiado su pronóstico, que con metástasis e infiltración de otros órganos y adenopatías lamentablemente era infausto.

Por nuestra parte creo que se ha venido actuando correctamente desde que vimos al paciente por primera vez en 2007".

Por último, aporta el informe realizado por el Doctor x, Jefe de Sección de Medicina Intensiva, el 3 de julio de 2015, en el que relata lo que sigue:

"El paciente ingresó en UCI el 18-12-2013 en el postoperatorio de obstrucción intestinal por adenocarcinoma mucinoso de colon (T4N2M1). Se había realizado laparotomía media observando obstrucción de colon secundaria a neoplasia de ángulo hepático estenosante que infiltra la segunda porción duodenal e íntimamente pegado a

estómago. Se llevó a cabo hemicolectomía derecha ampliada. Es reintervenido el 19.12.13 por shock hemorrágico objetivándose hemorragia/babeo continua por decapsulación hepática, realizándose hemostasia de superficie cruenta con bisturí de argón con buen resultado, completándose la hemostasia con Tachosil. Tras la cirugía se controla el sangrado. El día 10º de estancia en UCI es extubado, manteniendo inicialmente aceptable situación respiratoria, aunque desorientado en todo momento. Dado que el paciente continua con anemia continua, precisando transfusiones diarias de hematíes y plaquetopenia mantenida se realizó ecografía abdominal y TAC toracoabdominal sin evidencia de sangrado y consulta a hematología. El paciente presenta datos de anemia hemolítica microangiopática (...). Hematología nos informa de que el paciente cumple criterios de púrpura trombótica trombocitopénica y se decide iniciar plasmaféresis diarias y esteroides intravenosos. El día 17º de estancia el paciente es reintubado por insuficiencia respiratoria (...). Tras una semana de plasmaféresis y esteroides no se objetiva mejoría alguna de su anemia hemolítica microangiopática, comunicándonos de forma oral que en la biopsia de médula ósea se observa infiltración por células metastásicas de carcinoma mucinoso. También de forma oral se nos informa de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica: adenocarcinoma mucinoso que infiltra los bordes quirúrgicos, con múltiples adenopatías positivas. En las condiciones actuales del enfermo el Servicio de Oncología considera que el paciente no es candidato a tratamiento oncológico activo. En los siguientes días deterioro clínico progresivo, siendo éxitus".

OCTAVO.- El día 24 de julio de 2015 se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

NOVENO.- Obra en el expediente administrativo, aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, un informe pericial elaborado el 6 de octubre de 2015 por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica en el que, tras hacer un resumen de los hechos y de exponer ciertas consideraciones médicas relativas al caso, realiza un análisis de la práctica médica seguida y formula las siguientes conclusiones:

- "1. Fue correcta la indicación de revisión después de la extirpación de los pólipos.*
- 2. La suspensión de la colonoscopia por mala preparación fue correcta.*
- 3. La atención en urgencias fue correcta, descartando en la primera visita patología abdominal por la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias habituales.*
- 4. También fue correcta la atención en el resto de los ingresos en urgencias en la que presentó sintomatología musculoesquelética.*
- 5. La obstrucción que se desencadenó con la preparación del colon puede ocurrir en pacientes con tumores estenosantes sin sintomatología previa de oclusión.*
- 6. El desenlace final fue debido al estado avanzado del tumor.*

7. *Un adelanto en el diagnóstico, cercano a la fecha en que acudió el paciente a revisión o con la sintomatología urgente, no hubiera cambiado el fatal desenlace".*

Por esos motivos, el perito médico expresa como conclusión final que *"A la vista de los documentos contenidos en la Historia Clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente, ajustándose todo ello a la Lex Artis".*

DÉCIMO.- Con fecha 12 de febrero de 2016 se confiere a las reclamantes y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes.

El 27 de febrero las interesadas presentan un escrito en el que solicitan que se les remitan en formato electrónico determinados documentos que forman parte del expediente. Por parte del Servicio Jurídico del Servicio consultante se les explica que la documentación solicitada no se encuentra disponible en formato electrónico, por lo que solamente se les puede hacer llegar por correo previo pago de la tasa correspondiente. Puesto que las reclamantes no efectúan el abono del tributo referido, el órgano instructor no les envía los documentos demandados.

UNDÉCIMO.- El día 2 de junio de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 14 de junio de 2016.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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, en relación con los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento.

I. Por lo que se refiere al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por personas interesadas como son los familiares directos del paciente fallecido, cuya condición acreditan por medio de copias del Libro de Familia y del certificado de defunción correspondiente.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC), dado que el fallecimiento de D. Torcuato Soto Porcel se produjo el día 18 de enero de 2014 y la reclamación se interpuso el 9 de diciembre de ese mismo año.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los facultativos que asistieron al familiar de las reclamantes como en el informe médico pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que las interesadas no han presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostengan la realidad de sus imputaciones, ni han formulado ninguna alegación que contradiga lo expresado en los referidos informes.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, las interesadas reclaman porque consideran que se produjo un mal funcionamiento del servicio público sanitario y porque, como consecuencia de ello, no se atendió ni se valoró adecuadamente a su esposo y padre, ni se le realizaron las pruebas que resultaban pertinentes. También aducen que se incurrió en retrasos y en errores de diagnóstico y que ello privó a su familiar de que se le implantara un posible tratamiento.

No obstante, las reclamantes no aportan ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que acredite la realidad de sus imputaciones a pesar de que les corresponde hacerlo en apoyo de su pretensión resarcitoria, de acuerdo con lo que se dispone en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba.

Pese a la falta de realización del menor esfuerzo probatorio por parte de las reclamantes, la Administración ha recabado los informes preceptivos de los facultativos que asistieron al paciente fallecido y ha aportado al procedimiento un informe médico elaborado a instancias de su compañía aseguradora. Las conclusiones que se expresan en este último informe no fueron contradichas tampoco por las peticionarias en el trámite de audiencia, en el que no formularon ninguna consideración sobre ellas.

En el citado documento se recuerda que al familiar de las interesadas se le extirparon en agosto de 2007 dos pólipos en el colon ascendente y que se le indicó que debía someterse a revisión cuando transcurriera un año. A

pesar de ello, y como se ha expuesto en el Antecedente séptimo de este Dictamen, el paciente no acudió a dicha comprobación y que tampoco lo hizo cuando dos años más tarde solicitó una interconsulta para revisión de sus pólipos, que se autorizó.

Como explica el perito médico en su informe, el 75% de los tumores de colon se desarrolla a partir de un adenoma y, puesto que se sabe que hay varios tipos histológicos, distintos grados de displasia y que la malignización también depende del tamaño y del tiempo transcurrido, todo pólipo extirpado debe someterse a un seguimiento endoscópico. Por ello, considera correcta la indicación de revisión al año de la extirpación de los pólipos (Conclusión 1ª).

En 2013, es decir, seis años después, el paciente comenzó a sufrir molestias abdominales inespecíficas, por lo que se solicitó que se le realizara una endoscopia de colon, que se tuvo que suspender por mala preparación cuando se fue a llevar a cabo. El perito manifiesta que se trata de una eventualidad que puede ocurrir y que, frente a ella, no cabe otra opción que volver a repetir la prueba y hacer hincapié al enfermo en la necesidad de que se debe preparar convenientemente. Se le volvió a citar al mes siguiente, lo que considera una demora no excesiva ya que es la habitual en la mayoría de los hospitales. Así, pues, estima que la suspensión de la colonoscopia fue correcta (Conclusión 2ª).

Desde entonces el familiar de las interesadas acudió al Servicio de Urgencias pero, salvo en la primera ocasión, en la que evidenció una sintomatología abdominal que justificó que se le hicieran pruebas que descartaron una patología urgente, considera el perito que presentó en las otras visitas una sintomatología músculo-esquelética. Se le hicieron exploraciones clínicas y complementarias que no permitieron hallar ninguna patología abdominal y que descartaron la urgencia en todos los casos (Conclusiones 3ª y 4ª).

De otra parte, el perito explica que la situación de obstrucción que se desencadenó con la preparación del colon, el 17 de diciembre de 2013, se produce con cierta frecuencia, sin que se haya producido previamente un fenómeno oclusivo ni pseudocclusivo (Conclusión 5ª).

El siguiente día 18 se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que informó de una obstrucción de colon compatible con adenocarcinoma de colon derecho. Por esa razón fue ingresado y operado de urgencia, y ello permitió encontrar una tumoración en un grado tan avanzado (T4N2M1) que evidenciaba una larga evolución. Esa determinación de su estado da a entender que el tumor había invadido tejidos adyacentes, que había una presencia confirmada de metástasis a distancia y que se habían afectado cuatro o más ganglios linfáticos. Como explica el perito en su informe, el tumor en estadio IV (tumor grande, ganglios positivos y metástasis) se encuentra en la peor situación y ofrece una esperanza de vida muy baja, con independencia del tratamiento que se reciba. El desenlace fatal se produjo como consecuencia del avanzado estado del tumor (Conclusión 6ª).

Lo que se acaba de exponer permite al perito concluir que se actuó correctamente, tanto por parte del Servicio de Endoscopias como por el de Urgencias, y que un adelanto en el diagnóstico, cercano a la fecha en la que acudió el paciente a revisión o con la sintomatología urgente, no hubiera permitido instaurar un tratamiento efectivo ni que se hubiera modificado el triste desenlace que finalmente se produjo (Conclusión 7ª).

Así pues, debido a las razones que se han expuesto no cabe sino alcanzar la conclusión de que el fallecimiento del familiar de las interesadas no resulta achacable a la asistencia sanitaria que le fue dispensada sino al hecho

de que presentara una tumoración en un grado de evolución tan avanzado que lo impidiera. Su estado era tan grave que no se perdió la posibilidad (u oportunidad) de aplicarle un tratamiento que resultase efectivo en esos momentos.

Como afirma el perito, no existen datos que permitan concluir que se prestase al paciente una deficiente asistencia sanitaria ni que se incurriese de algún modo en un supuesto de mala praxis. De manera contraria, se ha constatado que se atendió y se valoró al familiar de las peticionarias de acuerdo con los síntomas que presentaba, que se le realizaron las pruebas pertinentes en los plazos razonablemente admitidos y que no se incurrió en ningún error de diagnóstico.

Por tanto, no se puede declarar que el servicio público sanitario produjera a las interesadas el daño moral que alegan; que exista ninguna relación de causalidad entre esos perjuicios y su funcionamiento, ni que se incurriera en algún supuesto de responsabilidad patrimonial que deba ser objeto de resarcimiento.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria objeto de consulta por entender que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración y, de modo concreto, la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

No obstante, V.E. resolverá.