



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **155/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de junio de 2020, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 26 de marzo de 2020 (COMINTER 9318/2020), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **71/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 23 de junio de 2016, un abogado del Ilustre Colegio de Granada, actuando en nombre de D. X, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone de manera inicial que, por razón de un retraso diagnóstico y terapéutico, su representado sufrió una lesión irreversible en su cadera derecha que precisó la colocación de una prótesis total.

De manera más concreta, expone que D. X tenía diagnosticada una lumbociatalgia desde el año 2001, que en los últimos tiempos cursaba con un dolor insoportable provocado por dos hernias L3-L4 y L4-L5, con severa estenosis del foramen derecho L4-L5. La situación era de tal gravedad que fue intervenido el 8 de mayo de 2015 por el traumatólogo D. Y.

Añade que, como quiera que la operación había sido un éxito y pese a ello persistía tanto la cojera como el dolor, el citado especialista enseguida advirtió -en la segunda revisión- que había otros problemas asociados a la patología de su cliente. De hecho, acudió a urgencias el 22 de junio de 2015 y, tras practicarle una simple radiografía de la pelvis, el médico de urgencias concluyó que *"Se observa coxartrosis derecha con cambios degenerativos importantes"*.

Manifiesta que D. X no daba crédito a lo que le estaban diciendo, puesto que llevaba 15 años siendo tratado de dolor lumbar y pélvico que se irradiaba a miembros inferiores, pero que fue en ese preciso instante cuando le informaron, por vez primera, que hacía años que tenía instaurada una coxartrosis que le había dejado la cadera destrozada. Asimismo, le comunicaron que habrían transcurrido años hasta que la cadera llegara a ese estado y que era tal la situación de la articulación que debía ser incluido directamente en lista de espera para implantarle

una prótesis total de cadera derecha.

Advierte que no cuestiona el tratamiento de la lumbociatalgia que el interesado padecía, sino que lo que censura fue que todas las asistencias que recibió en los últimos años se hubieran dejado llevar por un diagnóstico establecido 15 años antes, sin que nadie se dignase a realizar un diagnóstico diferencial en todo ese tiempo. Resalta que lo más incomprensible para el paciente es que se hubiera sometido a innumerables radiografías lumbares -prácticamente todos los años, e incluso con más frecuencia- cuando hubiera bastado una sola de la pelvis para evidenciar la coxartrosis que, por supuesto, también estaba presente.

Indudablemente, el desconocimiento de esta lesión impidió que D. X pudiera tomar una decisión terapéutica al respecto, pues de haberlo sabido tal vez hubiera adelantado la intervención de la columna en vez de aguantar lo indecible. Ya que, al parecer, la marcha antiálgica provocada por la hernia sobrecargó otras articulaciones como la cadera e influyó en la aparición de nuevas hernias discales. Lo cual abunda en la defectuosa asistencia sanitaria a la que se alude.

En apoyo de su pretensión dice que aporta -aunque, en realidad, no lo hace- un informe pericial elaborado por el Dr. Z, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, en el que, según el escrito de reclamación, formula las siguientes conclusiones:

Que *"los principales déficits en el diagnóstico y tratamiento serían:*

? No valoración clínica y diagnóstica de la existencia de COXARTROSIS de la cadera derecha, cuyos signos clínicos son bien diferentes de la ciática coexistente del paciente.

? No realización de radiografías de cadera/s, que hubieran permitido un diagnóstico adecuado.

En el caso que nos ocupa, entiendo no se cumplió con los principios de la lex artis en cuanto que un diagnóstico precoz hubiera sido lo adecuado, en dos aspectos:

1. El diagnóstico y tratamiento precoz de hernia discal, pudiera haber evitado la evolución hacia más hernias discales, y de una intervención quirúrgica, necesariamente de más niveles vertebrales afectos, y

2. El diagnóstico y tratamiento precoz, contemporáneo, de la artrosis de cadera, hubiera también permitido otros tratamientos de la cadera antes de haber aparecido:

a) deformidad y colapso importante de la cabeza femoral.

b) subluxación postero-superior de la cabeza femoral.

c) erosión de la ceja del acetábulo, por fricción e impronta de la cabeza femoral contra ella, y

d) importante rigidez articular.

Todos ellos son hechos característicos de las etapas finales de la artrosis de la cadera y no tienen otra resolución que la prótesis o artroplastia total de la articulación y ésta aún con dificultades técnicas añadidas, dadas las deformidades avanzadas de cabeza femoral y acetábulo".

A juicio del letrado interviniente, de lo expuesto y del contenido de la historia clínica se desprende un defectuoso seguimiento del proceso asistencial y que no se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios para diagnosticar y tratar la coxartrosis de cadera en fase precoz que padecía, y así disminuir o evitar sus consecuencias. Con independencia de ello, considera asimismo que se incurrió en una pérdida de oportunidad ya que el diagnóstico y el tratamiento precoces hubieran sido determinantes para conservar la articulación de la cadera y evitar la colocación de una prótesis total.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que se reclama, y atendiendo a la relación de secuelas que se detallan en el informe pericial mencionado, se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

1.- Período de incapacidad temporal:

- 8 días de hospitalización.

- 60 días impeditivos.

2.- Prótesis de cadera: Total, según sus limitaciones funcionales, que están incluidas (orientador 20 puntos, Real Decreto 8/2004).

Por tanto, la cuantía total queda fijada en 40.000 €.

En relación con los medios de prueba de los que pretende valerse, propone la documental que acompaña junto con su escrito, que consiste en numerosos documentos de carácter clínico, y que se solicite la copia de la historia clínica de su representado para que se incorpore al expediente administrativo que se incoe.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 5 de julio de 2016 y ese mismo día se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS). De igual modo, se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I y II que remitan copias de las historias clínicas del reclamante de las que respectivamente dispongan, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los profesionales que lo atendieron.

TERCERO.- El 3 de agosto siguiente se recibe la documentación solicitada al Área de I Salud y el informe

elaborado el 28 de julio de ese año por el Dr. P, Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), de Murcia.

En ese documento se reconoce que el interesado fue tratado en ese Servicio entre 2008 y 2011 y expone, en síntesis, que nunca se quejó de dolor en la pelvis o ingle o en la cadera derecha, y que por ese motivo no se llevó a cabo un diagnóstico diferencial con la patología de cadera, como tampoco de las rodillas y de otras articulaciones de la región lumbosacra y de miembros inferiores que podrían estar afectadas por el citado proceso artrósico degenerativo.

CUARTO.- El letrado del reclamante presenta el 19 de octubre de 2016 un escrito con el que adjunta el informe pericial que se mencionó con anterioridad. En él se concluye finalmente *"Que durante el proceso asistencial al Informado, las actuaciones médicas no fueron correctas"*.

QUINTO.- Por medio de un escrito del Director Gerente del Área II de Salud, fechado el 16 de noviembre de 2016, se remite una copia de la historia clínica del interesado. Además, mediante un segundo escrito del día siguiente, se aporta otra copia del historial radiológico del reclamante.

SEXTO.- El 15 de diciembre de 2016 se envía al órgano instructor una copia de la historia clínica del interesado que se encuentra depositada en el Centro de Salud *Cartagena Este*.

SÉPTIMO.- Con fecha 10 de febrero de 2017 se reitera de nuevo a la Dirección Gerencia del Área II de Salud que remita los informes de los facultativos que atendieron al interesado en el Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HSL), de Cartagena.

OCTAVO.- El 23 de marzo de 2017 se envía al órgano instructor el informe de la compañía aseguradora realizado el día 20 de ese mes por el Dr. Q, facultativo especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En dicho documento se recuerda en que el informe pericial aportado por el interesado se concluye, en primer lugar, *"que un diagnóstico precoz de hernia discal hubiera evitado la evolución hacia más hernias discales y de una intervención quirúrgica, necesariamente de más niveles vertebrales afectos (página 6 de la reclamación patrimonial)"*.

En referencia a este punto, falso por otra parte, el paciente tiene diagnóstico de Hernia discal antes de noviembre de 2007. Una vez realizado el diagnóstico por parte del Servicio COT, se realiza tratamiento y seguimiento evolutivo. En años posteriores (2011, 2012 y 2014), el paciente continua con estudios y tratamiento por parte del Servicio de Reumatología y Traumatología, hasta que en común acuerdo con el responsable de la Unidad de Columna del Servicio COT, queda incluido en Lista de Espera Quirúrgica el día 21-01-2015.

Así pues, el diagnóstico de hernia discal es precoz (en 2007), y ha seguido tratamiento y estudios pertinentes sin que se "haya (hubiera) evitado la evolución hacia..." (texto falso referido en la conclusión 1 del perito.

Lo que no manifiesta en su escrito el abogado del paciente (...), es que transcurrió menos de 4 meses desde la fecha de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica para el procedimiento de cirugía de columna, cuando el período medio de espera rondaba aproximadamente los 10-12 meses.

Tampoco manifiesta la completa satisfacción con los resultados de su cirugía de columna y el trato recibido por el Servicio de Traumatología.

2. Que el diagnóstico y tratamiento precoz, contemporáneo de la artrosis de la cadera, hubiera permitido otros tratamientos de la cadera....

A este respecto, hay artículos científicos que sugieren que el tratamiento precoz "contemporáneo" no modifica de forma significativa el curso natural evolutivo de la enfermedad, y los otros supuestos tratamientos de la cadera a los que creo hace referencia el perito de la acusación se reservan a pacientes de rango de edad joven (menores de 40 años), no estando indicados en el caso que nos ocupa, siendo la sustitución protésica de la cadera afectada, el tratamiento de elección frente a una coxartrosis avanzada. Debido a la supervivencia limitada de la Prótesis de Cadera implantada, se recomienda al paciente evitar la cirugía hasta que el grado de incapacidad y/o dolor lo aconseje. Así pues, aún habiéndose diagnosticado en una fase más temprana la artrosis de cadera que sufría el paciente, el tratamiento hubiera sido el mismo.

Por otra parte, y al igual que lo acontecido con el proceso de cirugía de Columna, el plazo transcurrido desde el diagnóstico de coxartrosis (22-06-2015), al de estudio e inclusión en lista de espera quirúrgica por parte del responsable de la unidad de cadera y pie (14-07-2015) y, por último, al de la intervención quirúrgica (26-10-2015) es muy inferior al habitual (apenas 4 meses, incluido período estival de por medio, en el que se disminuye la actividad quirúrgica programada). Es decir, que se obró con gran diligencia.

E igualmente, tampoco hace referencia el escrito de la reclamación patrimonial el grado excelente de satisfacción por parte del paciente con respecto a todo el proceso de su cirugía de cadera, tanto con el servicio COT, como al resultado final obtenido.

En resumen, entiendo que el retraso en el diagnóstico de la coxartrosis severa en la que se basa la demanda patrimonial del paciente, de ninguna manera ha afectado al tratamiento definitivo que se le hubiera realizado a (...), tanto a nivel de cirugía espinal, como de cirugía de cadera, de haber sido este diagnóstico más temprano".

NOVENO.- Con fecha 6 de abril de 2017 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se pueda realizar los informes valorativo y pericial correspondientes.

DÉCIMO.- El 17 de octubre de 2019 se recibe el informe de la Inspección Médica realizado el día anterior, en el que se concluye lo siguiente:

"1. D. X presentaba clínica de lumbalgia/lumbociatalgia de manera intermitente con episodios de mejoría/empeoramiento desde al año 2001, siendo diagnosticado en ese año de protrusión a nivel de la L4-L5.

2. El S. de Neurocirugía del HUVA lo valora ese año, pide nuevo TAC. En el 2002 es valorado y también en el 2003. Cinco años después el mismo servicio solicita RMN. En abril 2009 se le da el alta por estar asintomático.

3. El paciente causó ingreso en diciembre de 2011 por lumbociática derecha con evolución favorable con tratamiento médico. En las revisiones posteriores se constata la mejoría y es alta en junio de 2012.

4. El paciente estaba correctamente diagnosticado de su problema de hernia de disco y tratado medicamente, que es lo indicado.

5. Por empeoramiento de la clínica de dolor fue intervenido quirúrgicamente en mayo de 2015. Se trata de la indicación más frecuente para la cirugía, siendo una indicación relativa. La intervención cursó sin incidencias.

6. Posterior a la intervención se diagnosticó una artrosis de cadera. No hay ningún fármaco que cure la coxartrosis y no hay evidencia de que haya alguno que retrase su evolución. La indicación quirúrgica en la coxartrosis la da el dolor y la discapacidad del paciente. El tratamiento quirúrgico que se realiza habitualmente y el de mayor efectividad es la prótesis de cadera. Al paciente se le intervino implantando una prótesis con buena evolución.

7. El paciente presentó dos problemas que en algún momento debieron coexistir, solapándose la clínica. Ambas patologías se tratan en primer lugar de manera conservadora y ambas se tratan de manera quirúrgica cuando la evolución clínica lo aconseja.

8. El supuesto retraso en el diagnóstico de la coxartrosis del paciente no ha influido en el tratamiento realizado a nivel espinal ni a nivel de cadera".

UNDÉCIMO.- El órgano instructor solicita el 18 de octubre de 2019 al abogado interviniente que acredite la representación con la que dice actuar en nombre del interesado.

Ante esa circunstancia, el letrado presenta el 8 de noviembre siguiente un escrito con el que adjunta un justificante del apoderamiento que el reclamante le otorgó en la Oficina de Atención al Ciudadano de la Administración regional en Cartagena el día anterior.

DUODÉCIMO.- Se concede audiencia al interesado el 8 de enero de 2020 pero no consta que haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOTERCERO.- Obra en el expediente una comunicación de una responsable de la correduría de seguros del SMS, fechada el 26 de febrero de 2020, en la que informa de que la reclamación *"no se encuentra amparada por póliza alguna"*.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 12 de marzo se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial administrativa.

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 26 de marzo de 2020.

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 propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños de carácter físico por los que solicita ser indemnizada.

La legitimación pasiva corresponde a la Consejería consultante en tanto que es titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

II. El artículo 67.1 LPACAP determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto, al interesado se le diagnosticó la artrosis de cadera derecha el 22 de junio de 2015 y fue intervenido el 26 de octubre de 2016. Así pues, con independencia del momento concreto en que se puedan considerar curada o estabilizada la citada lesión de cadera, es evidente que la acción de resarcimiento se interpuso de manera temporánea, dentro del plazo de un año establecido al efecto.

III. 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, aunque se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 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-, 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.

Según se ha expuesto más arriba, el reclamante solicita una indemnización de 40.000 euros como consecuencia de un presunto retraso diagnóstico y asistencial en que se incurrió en el HSL, porque no se advirtió la artrosis de cadera derecha que padecía y eso motivó que se le tuviera que implantar una prótesis total.

Para apoyar su pretensión resarcitoria, el interesado ha presentado un informe pericial elaborado por un médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En ese documento se sostiene que se produjo una mala *praxis* médica en este caso. Además, de forma concreta, se pone de manifiesto que el tratamiento de la artrosis de cadera, desde el momento en que se pudo comenzar a manifestar la enfermedad, se sobreentiende, hubiera permitido otros tratamientos de la cadera antes de haber aparecido determinados signos que son característicos de las etapas finales de la artrosis de la cadera y que no tienen otra resolución que la prótesis ?como en este supuesto- o la artroplastia total de la articulación.

Sin embargo, debe destacarse que el perito no concreta en ningún momento a qué otros tratamientos se refiere y no confirma que hubieran impedido la progresión de la citada enfermedad degenerativa.

Por su parte, la Administración sanitaria ha aportado al expediente los informes de los distintos especialistas que asistieron al interesado desde el año 2001, y particularmente el del Dr. Q (Antecedente octavo de este Dictamen). En él destaca que el diagnóstico de la hernia discal que sufría el interesado fue precoz (2007), y que el tratamiento y el seguimiento desde entonces fue el adecuado.

Por lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de la artrosis de cadera, comenta que en el informe pericial se apunta al hecho de que si hubiese sido precoz o contemporáneo *"hubiera permitido otros tratamientos de la cadera...."*.

A ello responde que *"hay artículos científicos que sugieren que el tratamiento precoz "contemporáneo" no modifica de forma significativa el curso natural evolutivo de la enfermedad, y los otros supuestos tratamientos de la cadera a los que creo hace referencia el perito de la acusación se reservan a pacientes de rango de edad joven (menores de 40 años), no estando indicados en el caso que nos ocupa, siendo la sustitución protésica de la cadera afectada, el tratamiento de elección frente a una coxartrosis avanzada. Debido a la supervivencia limitada de la Prótesis de Cadera implantada, se recomienda al paciente evitar la cirugía hasta que el grado de incapacidad y/o dolor lo aconseje. Así pues, aún habiéndose diagnosticado en una fase mas temprana la artrosis de cadera que sufría el paciente, el tratamiento hubiera sido el mismo"*.

De igual modo, se ha traído al procedimiento el informe de la Inspección Médica, en el que se explica que al interesado se le realizó la primera tomografía axial computarizada por los problemas lumbares que tenía con casi 46 años, que es una edad con poca probabilidad de presentar coxartrosis en grado avanzado. Cuando se le diagnosticó la coxartrosis tenía casi 60 años.

Asimismo, se expone que sus problemas de lumbalgia y lumbociatalgia presentaron remisiones y períodos asintomáticos prolongados en el tiempo. También se apunta que la clínica que desarrolló el paciente y las exploraciones complementarias realizadas a lo largo de los años eran congruentes con su patología lumbar.

Por lo tanto, se precisa en la Conclusión 4ª de ese informe que el paciente estaba correctamente diagnosticado de su problema de hernia de disco y tratado medicamente, que es lo indicado.

De otra parte, se hace hincapié en el hecho de que no existe ningún fármaco que cure o retrase la artrosis y que los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, mejorar la función articular y retrasar la progresión del daño estructural evitando en lo posible los efectos tóxicos del tratamiento. Y, de igual modo, se resalta que la evolución de la enfermedad difiere de unos casos a otros: así, se tiene constancia de casos estables y, por el contrario, de procesos donde la cirugía es obligatoria en pocos años.

Se destaca que no se conoce cómo evoluciona en años una coxartrosis y que tampoco se puede asegurar en qué

momento de la evolución ambos problemas presentaban la suficiente entidad como para dar mostrar una clínica importante. Así pues, no se puede afirmar en qué momento debió haberse realizado el diagnóstico. Por lo general la artrosis se manifiesta en paciente de edad avanzada.

También se señala que, de haberle realizado antes la exploración radiográfica de las caderas se supone que estaría en un estado menos avanzado que cuando se le diagnosticó. El tratamiento hubiera sido médico en principio orientado, fundamentalmente, a aliviar el dolor, ya que no existe ningún fármaco que cure la coxartrosis ni que detenga su curso. De hecho, se da la circunstancia de que las dos patologías que presentaba el interesado comparten fármacos para el tratamiento.

Además, la indicación quirúrgica en ambas patologías, viene dada por la clínica que manifieste el paciente y su grado de discapacidad. El tratamiento quirúrgico usual de la coxartrosis es la PTC.

Finalmente, se expone que el supuesto retraso en el diagnóstico de la coxartrosis del paciente no ha influido en el tratamiento realizado a nivel espinal y a nivel de caderas. También se destaca que la evolución de la cadera ha sido satisfactoria.

Por tanto, se considera (Conclusiones 7ª y 8ª) que el paciente presentó dos problemas que en algún momento debieron coexistir, de forma que las manifestaciones clínicas se solaparon. En todo caso, ambas patologías se tratan en primer lugar de manera conservadora y luego de forma quirúrgica, cuando la evolución clínica lo aconseja, como se hizo de manera respectiva en este caso.

Por último, hay que tener en cuenta que el supuesto retraso en el diagnóstico de la coxartrosis del paciente no ha influido en el tratamiento realizado a nivel espinal ni a nivel de cadera.

Lo que se ha expuesto con anterioridad permite entender con claridad que no existe relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado. Por esas razones, procede la desestimación de la reclamación planteada.

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 por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, concretamente una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco ha sido debidamente acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

