



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **257/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de noviembre 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 25 de julio de 2020 (COMINTER 219574/2020), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **148/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 18 de enero de 2019 D. X, D. Y y D. Z formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional, por mala praxis médica e inadecuado tratamiento médico que, según consideran, provocaron la muerte de su madre, D.^a P.

En la solicitud de indemnización exponen que su progenitora acudió el 27 de noviembre de 2018 al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HRS), de Murcia, porque desde hacía varias semanas sufría muchos dolores en la zona de la espalda, en las ingles y en los miembros inferiores. En dicho servicio médico se le hicieron unas radiografías y se le diagnosticó lumbalgia bilateral.

El 2 de diciembre siguiente volvió a dicho centro hospitalario porque seguía experimentando la misma patología y se le diagnosticó lumbociatalgia, aunque no se le hizo ninguna prueba de diagnóstico.

Lo mismo sucedió los días 8 y 9 del mismo mes, cuando acudió nuevamente al citado Servicio del HRS. Sólo el segundo día citado se le hizo una prueba analítica. Sin embargo, se le explicó a la paciente que su dolor respondía a un proceso crónico que debía seguir un tratamiento pautado con medicación de rescate controlado por su médico habitual, para que lo ajustara si fuera preciso.

Los reclamantes añaden que el 15 de diciembre de ese año fue trasladada desde Beniel por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) al Servicio de Urgencias del HRS por un dolor lumbar, con la misma patología, irradiado a ambos pies, pero con mayor intensidad al derecho, de un mes y medio de evolución y que no había respondido a analgesia. Además, desde unos días antes padecía disnea y aumento de su ortopnea habitual.

En esta ocasión se le diagnosticó a la enferma una lumbalgia e insuficiencia respiratoria aguda con consolidación en lóbulo inferior izquierdo, de probable origen tumoral, con múltiples lesiones líticas vertebrales sugestivas de metástasis e insuficiencia cardíaca secundaria, con anemia normocítica. También se le hizo a la paciente una analítica de sangre, una tomografía computarizada y se sugirió completar el estudio con una gastroscopia por metástasis.

La madre de los interesados falleció en dicho hospital el 19 de diciembre de 2018 como consecuencia de un fallo multiorgánico provocado por una masa pulmonar, un cáncer.

Debido a esas circunstancias, consideran que se incurrió en un supuesto de mala praxis médica, por una mala gestión en el diagnóstico de las dolencias que padecía la enferma en las cuatro primeras asistencias que recibió en el Servicio de Urgencias con anterioridad al ingreso del día 15 de diciembre de 2018, que concluyó con su fallecimiento cuatro días más tarde por un cáncer que no le fue diagnosticado con anterioridad, lo que le produjo constantes dolores y un gran sufrimiento.

De igual forma, consideran que la falta de realización de pruebas complementarias puede considerarse un caso de pérdida de oportunidad porque se privó a la paciente de la posibilidad de que se le diagnosticara, en noviembre de 2018, la patología cancerígena que le afectaba y, por lo tanto, se perdió la oportunidad de detectar más tempranamente el tumor y examinar su malignidad, con el consiguiente diagnóstico de cáncer de pulmón, que, aparte de mejorar el pronóstico, muy probablemente mejoraría la calidad de vida de la paciente.

A pesar de ello, no cuantifican la indemnización que solicitan.

Junto con la reclamación los interesados aportan copias de diversos documentos de carácter clínico, del certificado médico de defunción y del certificado de defunción de la paciente expedido por el Registro Civil de Murcia.

SEGUNDO.- El 4 de febrero de 2019 se solicita a los reclamantes que aporten una copia compulsada del Libro de Familia para acreditar la legitimación que sostienen.

TERCERO.- El 27 de febrero los interesados presentan un escrito con el que adjuntan una copia no compulsada del Libro de Familia y certificaciones literales de nacimiento de cada uno de ellos.

CUARTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 6 de marzo de 2019 y dos días más tarde se da cuenta de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) y se les solicita a los reclamantes para que especifiquen la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial a la que se refieren.

También, con esa misma fecha, se solicita a la Dirección Gerencia del Área VII de Salud que remita una copia de la historia clínica de la enferma fallecida, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los profesionales médicos que la atendieron.

QUINTO.- Obra en el expediente un escrito firmado por los interesados el 4 de abril siguiente en el que manifiestan que no pueden presentar la valoración económica que se les solicitó y que lo llevarán a cabo cuando dispongan de los informes oportunos para hacerlo.

SEXTO.- El citado 4 de abril de 2019 se remiten al órgano instructor la copia de la historia clínica solicitada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y un disco compacto (CD) que contiene las copias de las pruebas de imagen que se realizaron a la paciente.

Asimismo, se advierte que falta por enviar un informe médico pero que se acompañan los cuatro siguientes:

El primero es el informe realizado el 27 de marzo de 2019 por la Dra. D.^a Q, facultativa del Servicio de Urgencias del HRS, en el que expone lo que se transcribe a continuación acerca de la asistencia que dispensó a la paciente el 27 de noviembre de 2018:

"... en efecto, atendí a esa paciente en la fecha referida, aquejada de dolor en zona lumbar, que databa de 2-3 semanas e irradiaba a ambas piernas, hasta las rodillas. No refería sobreesfuerzo ni traumatismo previo y estaba tomando analgésicos, sin mejoría.

En la exploración física, compruebo deambulación conservada y dolor en zona lumbar que limita la flexión del tronco, dificultando levemente la deambulación (atribuible al dolor).

Se realiza radiografía de columna lumbar, no evidenciándose lesiones agudas, apareciendo signos degenerativos, consistentes en sacralización L5 con pinzamiento intervertebral L4-L5 y L5-S1. Entre los antecedentes, destaca discopatía cervical, intolerancia a la aspirina y el resto sin interés. Valorados dichos antecedentes, el interrogatorio (anamnesis) y las pruebas complementarias (RX), se diagnostica de LUMBOCIATALGIA BILATERAL y se le prescribe tratamiento analgésico, siendo remitida a su Centro de Salud (Médico de Familia), para seguimiento.

Ni sus antecedentes (patología cervical), ni la exploración efectuada, ni el cuadro clínico presentado, además de ser la RX normal, indujeron en ningún momento a pensar en una probable patología tumoral encubierta. Debo reseñar que, a pesar de lo anterior, se le recomienda seguimiento por su Médico de Familia. Cabe añadir que, descubierto posteriormente un tumor con metástasis, menos de tres semanas después, ese corto periodo de tiempo no habría sido determinante para revertir la evolución de su patología neoplásica".

El segundo es el informe de la Dra. D.^a R, médica residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria, fechado el 2 de abril de 2019, en el que expone lo siguiente:

"Asistí a esta paciente el día 2 de diciembre de 2018, aquejada de dolor lumbar que irradiaba a ambas piernas, de tres semanas de evolución. De sus antecedentes destacaban: diabetes, intolerancia a aspirina y discopatía cervical. Deprimida, en seguimiento por salud mental.

A la exploración, se objetiva dolor a la palpación en musculatura paravertebral bilateral, Lasegue positivo en miembros inferiores, sin pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Pulsos periféricos conservados. La paciente afirma estar en tratamiento crónico con analgésicos.

Valorando el interrogatorio (anamnesis) y la exploración efectuada, se concluye con el diagnóstico de presunción de Lumbociatalgia.

Debo señalar que había sido atendida con anterioridad el día 27 de noviembre, momento en el que se efectuó radiografía de columna, que examino, no apareciendo ningún signo de alarma (sin patología).

Teniendo en cuenta sus antecedentes cervicales, la RX y la exploración, diagnostico lo anteriormente señalado, insistiendo en el seguimiento por parte de su médico de familia (me refirió que tenía cita para el día siguiente).

Es de resaltar que, aunque se hubiera diagnosticado el proceso neoplásico encubierto, la evolución no habría sido distinta, dado el corto espacio de tiempo hasta su fallecimiento".

El tercer informe es el suscrito el 2 de abril de 2019 por la Dra. D.^a S, médica adjunta del Servicio de Urgencias del HRS, en el que expone que "El día 8/12/2018, atendí a D.^a P de 54 años de edad, con antecedentes de: intolerancia a AAS, diabetes mellitus tipo II, síndrome depresivo, discopatía cervical y lumbociatalgia bilateral (episodio activo en Atención Primaria en el año 2010) y fumadora habitual.

La paciente refiere: desde hace un mes, dolor lumbar que empeora con el movimiento y se irradia a ambas piernas, sin antecedentes de traumatismos ni esfuerzos que ella recuerde. En tratamiento con analgesia, sin mejoría.

Acude en dos ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía: El día 27 de noviembre donde se realiza radiografía de columna lumbar y se objetiva: Sacralización L5 con pinzamiento intervertebral L4-L5 y L5-S1, sin objetivar otras lesiones, pautándose analgesia y el día 3 de diciembre, con derivación a Médico de Atención Primaria para ajuste de tratamiento.

En mi exploración dirigida a la clínica de la paciente, destaca: Dolor a la palpación en musculatura bilateral, sin signos actuales de radiculopatía.

(...).

En el momento de mi intervención, actúo en base a la clínica referida por la paciente: Mujer de 54 años, con antecedentes de lumbociatalgia bilateral y episodios de dolor lumbar similar, que presenta desde hace un mes, dolor lumbar que empeora con el movimiento (perfil mecánico), sin traumatismos previos, asociado a una exploración que lo confirma y una radiografía del 27 de noviembre describiendo los hallazgos anteriormente citados. Se consigue cese del dolor con analgesia por vía parenteral en el Servicio de Urgencias. En mi diagnóstico, reitero la presentación de episodios previos de lumbalgia: Lumbalgia crónica reagudizada. Ajusto tratamiento e informo a la paciente de que debe acudir a su médico para realizar otras pruebas complementarias en el caso de que persista la sintomatología o exista empeoramiento".

El cuarto y último informe es el elaborado el 2 de abril por la Dra. D.^a T, médica residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria, en el que da cuenta de unos antecedentes muy similares a los que se mencionan en los anteriores informes.

No obstante, detalla que la paciente presentaba en la exploración *"Dificultad para la deambulación con dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar. Clínica de ciatalgia izquierda sin focalidad neurológica"*, y añade que *"Efectuada gasometría venosa, el resultado tampoco se desvía de la normalidad, igual que la radiografía efectuada hace unos días, que visualicé en el sistema informático. Valorado lo anterior, establezco un diagnóstico de presunción de DOLOR RADICULAR PIERNA IZQUIERDA."*

Tras la administración de analgesia presenta mejoría, por lo que se procede al alta, encontrándose la paciente estable y afebril. Se le explica que el dolor es un componente de su proceso crónico y se le recomienda seguir controlada por su médico de familia.

Siendo a los pocos días diagnosticada de un proceso neoplásico, entiendo que el corto espacio de tiempo transcurrido no generó ningún tipo de pérdida de oportunidad".

SÉPTIMO.- Por medio de un oficio fechado el 10 de abril de 2019 se remite al órgano instructor del procedimiento el informe realizado conjuntamente por la Dra. D.^a V y el médico supervisor del Servicio de Urgencias, el Dr. D. W.

En él se detalla la actuación profesional que desarrolló dicha facultativa desde que entró de guardia en el referido Servicio de Urgencias el 16 de diciembre de 2018 y se precisa que *"La paciente D.^a P se encontraba en este área desde el día 15 de diciembre de 2018 a las 7:54 a.m., según consta en el registro informatizado de enfermería. En historia clínica de la paciente constan como diagnósticos insuficiencia respiratoria aguda con consolidación en lóbulo inferior izquierdo de probable origen tumoral con múltiples lesiones líticas vertebrales sugestivas de metástasis y fractura-acuñamiento de D8, confirmado por el TC realizado el 15 de diciembre de 2018 a las 8:26 a.m. (como así consta en informe emitido por servicio de radiodiagnóstico). Además presenta anemia normocítica de nueva aparición; insuficiencia cardíaca secundaria"*.

OCTAVO.- El 24 de abril de 2019 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar los informes pericial y valorativo correspondientes.

NOVENO.- Obra en el expediente administrativo la copia del informe pericial elaborado el 28 de abril de 2020, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una médica especialista en Medicina Interna y en Neumología y licenciada en Derecho. En ese documento se recogen las siguientes conclusiones generales:

"1. Dña. P, de 54 años, acudió a su MAP por lumbalgia irradiada a MMII quien solicito RX y análisis el 21 de noviembre del 2018.

2. Tenía antecedentes de problemas osteomusculares desde el 2010, habiendo sido hecha una RNM de columna cervical y atendida por reumatología.

3. Acudió a urgencias del Hospital Reina Sofía el 27 de noviembre del 2018 por lumbociática. Se realizó una anamnesis correcta, así como exploración y realización de una RX de columna lumbar revisadas, sin alteraciones relevantes. Se prescribió tratamiento médico siendo remitida a su MAP. La actuación es correcta.

4. Volvió por el mismo motivo los días 3, 8 y 12 de diciembre. En las 3 ocasiones se la volvió a explorar y realizar la anamnesis sin detectar datos de alarma. Se le administró tratamiento IV y se la remitió a su MAP para que fuera estudiada y solicitara una RNM. La actuación es correcta.

5. El día 15 fue remitida a urgencias por su MAP por la aparición de disnea, además del dolor lumbar. Se inició el estudio de un paciente con disnea, con análisis, RX de columna, RX de tórax y a la vista de los resultados un angioTAC.

6. Con todo ello fue diagnosticada de un posible cáncer de pulmón con metástasis óseas, además de insuficiencia cardíaca por anemia aguda. Fue ingresada para completar estudio.

7. Sufrió un deterioro brusco que no permitió realizar ningún estudio falleciendo el día 19. No hay autopsia.

8. Dado que el dolor lumbar de menos de 1 mes de evolución era por metástasis lumbares, el pronóstico y el posible tratamiento aplicado no hubiera variado.

9. Tampoco hay retraso en el posible tratamiento paliativo puesto que el tratamiento del dolor siempre es escalonado y los escalones se estaban cumpliendo".

De lo expuesto se concluye que *"No se aprecia retraso diagnóstico ni pérdida de oportunidad terapéutica".*

El 13 de mayo se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- Se contiene en el expediente administrativo, asimismo, un informe definitivo de la citada profesional médica en el que se reproducen las mismas conclusiones que se han transcrito con anterioridad.

UNDÉCIMO.- El 27 de mayo de 2019 se concede audiencia a los reclamantes para que formulen alegaciones y presenten los documentos y justificantes que crean convenientes.

DUODÉCIMO.- Los interesados presentan el 14 de julio de 2020 un escrito en el que reiteran las alegaciones que ya han formulado en el procedimiento.

Por otra parte, solicitan una indemnización de 30.000 euros para cada uno de los hijos, lo que hace un total reclamado de 90.000 euros.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 23 de julio de 2020 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la solicitud de indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

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 25 de julio 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, 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, en relación con el 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

I. La reclamación ha sido interpuesta por varias personas interesadas que son quienes sufren los daños morales ocasionados por el fallecimiento de madre, por los que solicitan ser resarcidos.

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 establece 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 el presente caso, el fallecimiento de D.^a P se produjo el 19 de diciembre de 2018 y la acción de reparación económica se interpuso el 18 de enero de 2019, dentro del plazo legalmente establecido y, por ello, de forma temporánea.

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 el plazo al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP y que no se ha acreditado debidamente que se haya concedido audiencia a la empresa aseguradora del SMS.

Por otro lado, 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 resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los reclamantes no han realizado una imputación concreta de mala praxis y que tampoco han presentado ningún informe pericial que permita entender que se produjo un mal funcionamiento del servicio sanitario regional.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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.

Como se ha expuesto más arriba, los interesados solicitan una indemnización conjunta de 90.000 euros debido al fallecimiento de su madre, el 19 de diciembre de 2018, en el HRS. En ese sentido, consideran que se incurrió en un supuesto de mala praxis médica ya que no se diagnosticó el cáncer de pulmón que sufría en ninguna de las cinco visitas que realizó al Servicio de Urgencias del hospital ya citado entre el 27 de noviembre y el 15 de diciembre dicho año 2018.

De igual forma, entienden que la falta de realización de pruebas complementarias puede constituir un caso de pérdida de oportunidad porque se privó a la paciente de la posibilidad de que se le diagnosticara, en el mes de noviembre de 2018 mencionado, la patología cancerígena que le afectaba y, por lo tanto, se perdió la posibilidad de detectar el tumor de forma más temprana y de mejorar el pronóstico y, muy probablemente, la calidad de vida de la paciente.

A pesar de la imputación de mala praxis que realizan, los reclamantes no han aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para precisarla o explicarla de alguna forma. En este sentido, no se puede olvidar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, relativo al principio de distribución de la carga de la prueba, impone a los actores la carga de acreditar la realidad de la pretensión que hayan formulado.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento los informes realizados por los facultativos que asistieron a la madre de los interesados en el HRS.

Además, también ha aportado un informe médico pericial elaborado a instancia de la empresa aseguradora del SMS. De la lectura de este último informe se deduce que la paciente, de 54 años de edad en aquel momento, presentaba antecedentes de problemas osteomusculares desde 2010, que se le había hecho una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna cervical y que estaba siendo atendida por el Servicio de Reumatología (Conclusión 2ª).

También se infiere que en las cuatro ocasiones que fue asistida en el Servicio de Urgencias entre el 27 de noviembre y el 12 de diciembre de 2018 se trató la lumbociática de la que se quejaba desde una semana antes y que se llevaron a cabo anamnesis y exploraciones correctas, que no mostraron signos de alarma. Se realizó asimismo una radiografía de columna lumbar y se la remitió a su médico de Atención Primaria para que solicitara una RMN (Conclusiones 3ª y 4ª).

El día 15 de diciembre ingresó de nuevo en Urgencias porque experimentaba disnea, es decir, dificultad respiratoria, además del dolor lumbar al que se ha hecho alusión. Esa circunstancia justificó la realización de otras pruebas (radiografías de columna y de tórax).

Según manifiesta la perita médica en el apartado IV de su informe, relativo al Análisis de la práctica médica, *"Revisadas las imágenes de columna realizadas el 27 de noviembre y el 15 de diciembre no se aprecia ningún dato sugestivo de metástasis"*.

No obstante, la práctica de un angioTAC permitió diagnosticar un posible cáncer de pulmón con metástasis óseas, además de la insuficiencia cardíaca por anemia aguda (Conclusiones 5ª y 6ª). Aunque se la ingresó para completar los estudios, sufrió un deterioro brusco que impidió llevarlos a efecto y la enferma murió el siguiente 19 de diciembre (Conclusiones 6ª y 7ª).

De acuerdo con lo que señala dicha especialista en su informe, *"La lesión descrita en el informe como infiltrado en LII con lesiones líticas vertebrales permite saber cuál era el estadio del tumor que se evidenció en diciembre del 2018 y que era el mismo que el 27 de noviembre"*. También añade que *"La paciente fue diagnosticada en diciembre del 2018 de un posible cáncer de pulmón estadio IV, por un T2 (infiltrado pulmonar), N3 (adenopatías prevasculares), M1 (metástasis óseas), falleciendo por su causa sin haber podido concluir el estudio"*.

No se puede decir que exista un retraso diagnóstico, ya que desde el comienzo de la lumbalgia transcurren 21 días hasta el momento del diagnóstico del cáncer de pulmón, lo que implica que no existió pérdida alguna de oportunidad terapéutica. En el estadio IV el tratamiento es la quimioterapia paliativa o el tratamiento paliativo".

Según expone en las Conclusiones 8ª y 9ª, dado que el dolor lumbar de menos de un mes de evolución se debía a metástasis lumbares, el mal pronóstico y el posible tratamiento paliativo que se le había comenzado a aplicar no hubieran variado si el descubrimiento se hubiese efectuado 21 días antes. De hecho, se siguieron las pautas adecuadas en el manejo escalonado del dolor, de modo que la enferma recibió antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), esteroides, *Nolotil* y opiáceos.

En términos muy similares se pronuncia el resto de facultativos que han realizado sus informes acerca de las asistencias que dispensaron respectivamente a la paciente (Antecedente sexto de este Dictamen).

Así pues, no se puede entender que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el lamentable desenlace que se ha citado, y tampoco que se haya demostrado que los daños morales por los que se reclama sean antijurídicos. De hecho, no se puede considerar que se produjera ningún tipo de retraso diagnóstico en este caso ni pérdida de oportunidad alguna por lo que, en consecuencia, procede la desestimación de la solicitud de indemnización presentada.

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.

