



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **272/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 10 de diciembre 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 1 de septiembre de 2020 (COMINTER 242845/2020), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y D^a. Y, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **169/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 22 de octubre de 2018 tuvo entrada en el registro general del Ayuntamiento de Cartagena una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. X y D^a. Y, en su propio nombre y derecho, y en representación de su hijo menor de edad, Z, por el daño moral causado por el fallecimiento de su hija y hermana respectivamente P, ocurrido el 22 de octubre de 2017 a los 19 años de edad.

A tenor de la misma, el 3 de febrero de 2016, P fue asistida en el Hospital General Universitario "Santa Lucía" de Cartagena (HSL), donde el Servicio de Neumología le diagnosticó un linfoma B de células grandes siendo derivada al Servicio de Hematología del mismo hospital, que prescribió el inicio de seis ciclos de sesiones de quimioterapia, comenzando el primero el 23 de febrero de ese año y concluyendo el sexto el 8 de junio de 2016. El día 22 siguiente se la sometió a un PET-TAC que dio como resultado el aumento de tamaño de la masa mediastínica anterior descrita en un estudio previo, por lo que se decidió pasar a esquema R-ESHAP de dos ciclos, el primero el día 30 de junio y el segundo el día 28 de julio de 2016. Concluidos esos ciclos se volvió a realizar el 25 de agosto de 2016 un nuevo PET-TAC que motivó el informe clínico de 8 de septiembre siguiente a cuyo tenor el diagnóstico principal seguía siendo linfoma B difuso de células grandes mediastínicos acordando como tratamiento posterior el autotrasplante de médula ósea en el Hospital General Universitario "Morales Mesquer" (HMM) y subsiguiente radioterapia.

En este hospital fue ingresada el 22 de septiembre de 2016 efectuándose el trasplante autólogo y siendo dada de alta el 14 de octubre siguiente, indicando en el informe de alta que en función de la respuesta al tratamiento de radioterapia se plantearía la posibilidad de efectuar un trasplante alógeno.

En el HMM fue sometida a distintas revisiones entre los meses de octubre y diciembre de 2016 y febrero de 2017. En el PET-TAC realizado el 14 de diciembre de 2016 se sigue constatando la existencia de la enfermedad si bien se apreciaba una disminución de tamaño y metabolismo de la masa mediastínica.

Sometida a radioterapia en el HSL entre el 3 de enero y el 1 de febrero de 2017, en informe de 9 de febrero de 2017 se diagnostica la existencia de un linfoma no Hopkins de células grandes difuso, indicando que sigue activo, lo cual lleva a los reclamantes a considerar que a partir de ahí se produce una pérdida de oportunidad como consecuencia de que no se pusieron a disposición de su hija los medios necesarios y existentes para el control y tratamiento de la enfermedad que padecía. A pesar de la agresividad con la que se presentaba la enfermedad denuncian que sólo se realizó una analítica de control el 15 de febrero de 2017 y una última consulta en el HMM el 23 de febrero siguiente, con lo que se permitió el progreso de la enfermedad sin realizar otras pruebas diagnósticas hasta el siguiente PET-TAC que había sido prescrito para el mes de abril.

El 9 de marzo de 2017 tuvieron que acudir con su hija al Servicio de Hematología del HSL al presentar un dolor torácico casi constante que aumentaba con la respiración profunda siendo en ese momento y no antes cuando se solicitó una TAC de tórax ante el hecho de que la radiografía efectuada revelaba una silueta cardiaca normal. Pero la TAC se pospuso hasta el día 24 de marzo. De ello deducen la existencia de una demora de 50 días entre el día de finalización de la radioterapia, 2 de febrero de 2017, y la de realización de la TAC, 24 de marzo de 2017. Es más, la demora sería de 100 días si se compara esta última fecha y en la de 14 de diciembre de 2016 fecha de realización del anterior PET-TAC.

A la vista del resultado del PET-TAC de 24 de marzo de 2017 se ordenó la realización de una nueva prueba de la misma naturaleza, el 30 de marzo de 2017 cuya valoración puso de manifiesto la existencia de una *"[...] extensa afectación ganglionar (mediastínica, axilar izquierda y curvatura menor gástrica), junto a dos grandes lesiones gástricas, lesión ósea a nivel de hemipelvis izquierda e implante muscular a nivel de cara interna del muslo derecho, todo ello de características metabólicas malignas sugestivo de infiltración linfoma tosa de su enfermedad"*

Ingresada en el HSL con carácter de urgencia el día 2 de abril de 2017, efectuada una gastroscopia que demostró la progresión tumoral, se decidió *"[...] un nuevo tratamiento de rescate con R/Burkimab para menores de 55 años, tratamiento que inició el 4 de abril con vistas a llevar a la paciente a un TPH Haploideéntico de familiar compatible"*. Todo ello demuestra, según los reclamantes, la tardanza en la implementación de la medida del trasplante alógeno que, según ellos, debía haberse decidido ya el 8 de febrero y no esperar hasta el 4 de abril de 2017 provocando un retraso con una clara y evidente minoración de las posibilidades de éxito del tratamiento.

Fue dada de alta el 12 de abril de 2017 volviendo ingresar por un cuadro febril del que fue alta el 25 del mismo mes. Consideran que a partir de esa fecha la expansión de la enfermedad se debió a la omisión del seguimiento del control necesario y del tratamiento dirigido a efectuar el segundo trasplante. Entendiendo que se había producido una clara negligencia médica, *"[...] decidimos trasladar todo el expediente sanitario al Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia"*.

Ingresada en el Hospital General Universitario "Virgen de la Arrixaca" el 28 de abril de 2017, se la sometió a quimioterapia y tras la realización de distintas pruebas, entre ellas una nueva PET-TAC. A la vista de esta última se decidió la no realización del trasplante Haploideéntico proponiéndola para un ensayo clínico en el Hospital Clinic, de Barcelona, en donde ingresó en septiembre. El tratamiento no dio resultado, falleciendo el 22 de octubre de 2017.

La exposición de los hechos termina del siguiente modo: *"Atendiendo a todo lo anterior, es evidente que el seguimiento que efectúa de la enfermedad el Dr. responsable de nuestra hija D. Q [...] desde el alta del trasplante*

de fecha 14/10/16 y más específicamente desde la finalización del tratamiento de radioterapia el 2 de febrero de 2017 (con el resultado de actividad tumoral positiva), no fue lo exhaustivo que requería la Lex artis, siendo el avance de la enfermedad y no el resultado positivo tumoral de la radioterapia, lo que marcó el momento de control e inicio de la línea de tratamiento dirigida al trasplante Alógeno, expandiéndose la enfermedad con magnitudes negativas irremediables que hicieron inútil cualquier tratamiento posterior para conseguir la sanidad de nuestra hija a través del trasplante Alógeno propuesto desde el día 14/10/16 en función del resultado de dicha radioterapia.

Esto es, se le privó de una nueva y efectiva oportunidad de sanidad o supervivencia aún cuando a fecha 14/12/16 la minoración de la actividad tumoral y dimensiones de la masa mediastínica era evidente en ese momento y seguía activa tras la radioterapia

Se hace constar que se aportará a la presente reclamación tan pronto se nos requiera para ello, Dictamen Médico Pericial".

Por todo lo expuesto concluyen solicitando el abono de una indemnización por el daño moral sufrido, calculando su importe en el 50% de las que hubieran correspondido a cada progenitor y al hermano de la fallecida según los criterios de valoración del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, con las actualizaciones de 2017. La cifra total reclamada asciende a 85.353,35 €, suma de 70.175 € para los progenitores, 10.025 € para el hermano, a las que añaden 5.153,35 € por los gastos de sepelio. A la suma total habría que agregar los intereses moratorios hasta la fecha de pago efectivo de la indemnización.

A la reclamación adjuntan diversa documentación clínica, copia del Libro de familia, factura de los servicios funerarios y certificado de defunción.

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 27 de noviembre de 2018 se admitió a trámite la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 678/18, y se designó al Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del SMS como órgano encargado de la instrucción.

La resolución fue notificada a los interesados, a las gerencias del HUVA, del HSL, y del HMM, y al Hospital Clínic de Barcelona requiriéndoles la remisión de una copia de la historia clínica que obrara en sus archivos así como de los informes de los profesionales que hubieran intervenido en la asistencia la fallecida. También se notificó a la correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal, S.A." para su traslado la Compañía aseguradora.

TERCERO.- Con escrito de 14 de diciembre de 2018, el Hospital Clínic de Barcelona remitió la documentación solicitada.

El Director Gerente del HUVA cumplimentó el requerimiento enviando con sus escritos de 25 de febrero y 4 de marzo de 2019 copia de la historia clínica y los informes de la doctora D^a. R, Médico Adjunto del Servicio de Oncología Radioterápica, de 28 de enero de 2019, y el informe del doctor D. S, Jefe del Servicio de Hematología, de 20 de febrero de 2019.

Mediante comunicación interior de la Directora Gerente del HMM de 18 de marzo de 2019 se hizo llegar al órgano instructor la documentación solicitada, entre la que se incluía el informe evacuado por el doctor don T, Facultativo Especialista de Hematología, adscrito al Servicio de Hematología y Oncología Médica, de 11 de marzo de 2019.

El Director Gerente del HSL respondió al requerimiento que había recibido mediante escritos de 28 de marzo y 26 de abril de 2019 remitiendo la documentación solicitada en la que se incluía el informe elaborado por el doctor D. Q, Jefe del Servicio de Hematología, de 26 de febrero de 2019.

CUARTO.- Por acuerdo del órgano instructor de 2 de abril de 2009 se comunicó al interesado la admisión de la prueba propuesta, considerándola adecuada y que respecto de la prueba pericial consistente en la emisión del dictamen médico anunciado en el escrito de reclamación, debería ser aportada a su costa en un plazo de 30 días a contar desde el siguiente a la notificación de dicho acuerdo, que se produjo el 15 de abril de 2019.

Vencido el plazo anterior, el 22 de agosto de 2019 el instructor propuso el dictado de una orden por la que se declarase precluido el plazo concedido y por tanto decaído en su derecho a presentar el informe pericial si bien, no obstante, se admitiría su presentación surtiendo efectos legales si se producía antes o dentro del día en que se notificara dicha resolución. El Director Gerente del SMS dictó resolución en tal sentido el 16 de septiembre de 2019.

QUINTO.- El día 1 de octubre de 2019, el instructor dirigió un escrito a la Subdirección General de Atención al Ciudadano Inspección Sanitaria remitiendo copia de lo instruido hasta el momento, solicitando la evacuación del informe de la Inspección Médica. También en esa fecha remitió copia del expediente instruido a la Correduría de seguros.

SEXTO.- Se ha incorporado al expediente un informe médico pericial de la empresa --, evacuado el 14 de noviembre de 2019 por el doctor D. V, Médico Especialista en Hematología y Hemoterapia, que formula como conclusión final la de que *"consideramos que en la evolución clínica de esta paciente se actuó de acuerdo a la lex artis"*.

SÉPTIMO.- Abierto el trámite de audiencia por acuerdo de 23 de enero de 2020, se notificó a los interesados el día 11 de febrero siguiente. De igual modo se había notificado a la Compañía de seguros "AIG EUROPE, S.A." por procedimiento electrónico el mismo día del acuerdo. No consta en el expediente la comparecencia ni presentación de alegaciones por ninguno de los notificados.

OCTAVO.- El órgano instructor elevó el 1 de septiembre de 2020 su propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada al no concurrir los requisitos legalmente exigibles para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial la administración sanitaria.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y 81 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA.-Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños que imputan al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercerla a tenor de lo previsto por el artículo 32.1 LRJSP.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. La reclamación fue presentada dentro del plazo de un año establecido al efecto en el artículo 67.1 LPACAP.

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.

TERCERA.-Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos

32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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 de éste ha de regirse por 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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). En el caso examinado los reclamantes anunciaron la presentación de ese informe médico pericial que sirviera de apoyo a sus afirmaciones pero no lo han hecho en el momento procesal en que se le requirió al efecto - acuerdo del órgano instructor de 2 de abril de 2019 - ni tampoco cuando se abrió el trámite de audiencia en el que no comparecieron ni formularon alegaciones. En ese sentido, se debe destacar que correspondía a la parte reclamante haber realizado algún esfuerzo probatorio para tratar de acreditar su versión. Así lo impone el artículo 217 de la LEC cuando, sobre distribución de la carga de la prueba, establece que corresponde al reclamante "... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda [...] el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda [...]". No obstante, la falta de prueba por la parte sobre un elemento tan determinante para poder llegar a establecer, en este supuesto, una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño que se alega, no impide que se puedan

utilizar otros medios como son los distintos informes traídos al procedimiento por la propia Administración. Y, como a continuación veremos, esto es lo que ha ocurrido ante la inactividad probatoria del interesado ha sido ella la que ha asumido el deber de instruir adecuadamente para poder resolver, quedando demostrada la falta de relación de causalidad entre el fallecimiento del hermano del reclamante y la actuación del servicio sanitario.

CUARTA.-Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una indebida atención prestada a la fallecida. Se produjo una pérdida de oportunidad por las demoras habidas en someterla a los controles adecuados a la vista de la evolución de la enfermedad tras los ciclos de radioterapia a que fue sometida el 3 de enero y 1 de febrero de 2017. Si en el informe de 9 de febrero de 2017 se comprobó que el tumor seguía activo era a partir de ahí cuando, según ellos, se debieron poner a su disposición los medios necesarios para el control y tratamiento de la enfermedad que padecía la paciente y, sin embargo, a pesar de la agresividad con la que se presentaba la enfermedad sólo se realizó una analítica de control el 15 de febrero de 2017 y una última consulta en el HMM el 23 de febrero siguiente, con lo que se permitió el progreso de la enfermedad sin realizar otras pruebas diagnósticas hasta el siguiente PET-TAC, a finales de marzo. Con ello se produjo una pérdida de oportunidad al eliminar la posibilidad contemplada en el informe de 14 de diciembre de 2019 de realizar un segundo trasplante alógeno.

Como hemos dicho, ante la falta de informe pericial aportado por los reclamantes la comprobación de esa afirmación se puede efectuar gracias a los distintos informes periciales traídos por la propia Administración al expediente, que a continuación examinaremos, no sin antes advertir de la inexistencia de informe de la Inspección Médica, al que nos referimos en la Memoria de 2012, señalando que *"En definitiva, al margen de su consideración como preceptivo y determinante de la resolución, el informe de la Inspección Médica es un elemento de prueba muy importante para la Administración, que puede ser imprescindible, y no deben dejarse sin respuesta motivada aquellos casos en los que el escrito de reclamación contiene la proposición de prueba formulada por los actores y en ella se menciona de forma expresa el informe de la Inspección Médica (sólo se puede rechazar la práctica de tal prueba si es manifiestamente improcedente o innecesaria, dice el artículo 80.3 LPAC)..."*. En el caso presente no hay tal petición formulada por la parte, lo que hubiera dificultado la decisión de continuar el procedimiento que ha sido posible pues el órgano instructor consideró acertadamente que existían suficientes elementos de juicio para hacerlo.

Como decimos, obran en el expediente diversos informes periciales que se pronuncian sobre la inexistencia de pérdida de oportunidad. A ellos nos referimos en los siguientes apartados.

a) Este es el caso del evacuado el 26 de febrero de 2020 por el doctor Q, Jefe del Servicio de Hematología del HSL en el que, tras exponer el proceso seguido en el tratamiento de la enferma, se pone de manifiesto que en el informe de 9 de febrero de 2017 ? dato del que derivan su conclusión los reclamantes - *"[...] no queda claro que el linfoma estuviera en actividad, básicamente porque no se realiza ninguna prueba de imagen que demuestre tal situación en el momento que se acaba la radioterapia. De hecho, en la fecha de emisión del informe (9 de Febrero de 2017), constatan que la paciente está asintomática"*. Sostiene que tras la radioterapia a que fue sometida en enero y febrero de 2017 no se indicó la repetición de un PET-Tac porque no era aconsejable la exploración por los falsos positivos que aparecen por su causa, dejándose para más adelante, el mes de abril. Refiriéndose a la afirmación de falta de cuidados adecuados a la gravedad que presentaba desde el 14 de diciembre de 2016, expresamente señala que *"La radioterapia es un tratamiento indicado para el linfoma agresivo, que no se puede simultanear con otros tratamientos quimioterápicos, por la toxicidad combinada, más aún en una paciente que no había llegado al día +100 de un trasplante autólogo de medula ósea. Así pues, no es cierto como se escribe en el*

punto sexto que no se hiciera nada con la paciente desde el mes de diciembre de 2016.". En cuanto a los tratamientos posteriores dispensados indica "El plan terapéutico que se intentó en el Hospital U Virgen de la Arrixaca era el que se tenía previsto, en el momento de demostrar la progresión, entre nuestro servicio y el Hospital Morales Meseguer. Fue la propia naturaleza del linfoma, con su refractariedad a diferentes líneas de quimioterapia, la que impidió que se

realizara en el HUV Arrixaca, dicho trasplante haploidéntico", porque "La fatal evolución clínica y el desenlace final no son atribuibles a falta de atención ni a incumplir la lex artis. Son el resultado de la naturaleza agresiva y refractaria del linfoma de la paciente. Desgraciadamente, aún hoy en día, aunque los tratamientos para los linfomas agresivos curan muchos pacientes, no lo consiguen con todos, y en estos casos se produce el fallecimiento de los enfermos. El pronóstico de los linfomas agresivos recidivados ? refractario continúa siendo infausto". Como conclusiones finales proclama "10. No hubo una pérdida oportunidades, dado que se intentaron todos los tratamientos posibles. En la terapia del linfoma, a diferencia de otros tipos de cáncer, importa más para la curación, la sensibilidad al tratamiento, que el momento en que se trata una recaída. Por eso, tampoco en los hospitales donde fue tratada la enferma tras el nuestro, se consiguió respuesta alguna, razón por la que aunque se pensó en hacer un trasplante haploidéntico, no pudo llegar a efectuarse. Dicha terapia está hoy en día en investigación, y aunque no es una indicación establecida se hace en pacientes jóvenes, con la intención de intentar buscar una alternativa efectiva, a pesar de la gran toxicidad que acarrear. 11. No hay por tanto a mi juicio, incumplimiento de la lex artis, ni pérdida de oportunidades para la paciente en las actuaciones realizadas en los diferentes servicios asistenciales del Servicio Murciano de Salud".

b) El informe de 11 de marzo de 2019 del doctor T, del HMM, da respuesta también a la pregunta sobre si el tratamiento seguido desde la práctica de la sesión de radioterapia del 1 de febrero de 2017 fue o no la adecuada. Así, sobre esta cuestión y sobre la posibilidad inicialmente considerada de la práctica de un segundo trasplante alógeno, señala "Respecto a la evolución seguida por la paciente entre el 1/2/17 y el 5/4/17, hay que puntualizar lo siguiente.

- Se inició la administración de radioterapia local con intención radical de forma muy precoz tras el trasplante al considerar que, a pesar de existir un mayor riesgo de efectos secundarios por este tratamiento, la alta sospecha de persistencia de enfermedad por las técnicas de imagen (PET-TC) aconsejaba, a nuestro criterio, optar por esta estrategia. .
- La reevaluación de los pacientes con Linfoma no Hodgkin que reciben radioterapia se realiza a los 3 meses de haber completado el tratamiento. En la paciente la recaída de la neoplasia se produjo con bastante anterioridad a la fecha aconsejable para realizar la reevaluación.
- La paciente tenía tres posibles donantes haploidénticos, e inicialmente se consideró la realización de un trasplante alogénico haploidéntico como una opción posible. Sin embargo, este es un procedimiento de elevada toxicidad (riesgo de mortalidad próximo al 20%). Por otro lado, es necesario tener en cuenta que, aunque se está generalizando su uso, en la época en la que se diagnosticó la paciente (año 2016) a nivel de la Sociedad Europea de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, se consideraba que, en la situación en que se encontraba la paciente, esta era una terapia en desarrollo (experimental) (Sureda A et al Bone Marrow Transplantation 2015: 50(8): 1037-56)"

c) En cuanto a estos aspectos relativos a la adecuación o no de la asistencia posterior a la radioterapia aplicada en enero y febrero de 2017, cabe referirse al informe aportado por la empresa --, evacuado por el doctor V, que sobre este extremo apunta "Observando la evolución y las acciones realizadas por sus médicos responsables durante este periodo de tiempo, consideramos que la atención médica realizada a la paciente fue correcta y adecuada a la lex artis. En la reclamación se indica que en el informe de alta de radioterapia en el momento de finalizar el tratamiento (9 de febrero de 2017) se especificaba que la enfermedad era activa (se indica en el campo de "Diagnóstico" del informe). Con respecto a este punto, lo que indica la palabra "activa" indica que la paciente

tenía el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin de base desde el punto de vista administrativo. Para poder afirmar que la paciente presentaba enfermedad activa (en progresión) en dicho informe, era necesario realizar una prueba de imagen que demostrara dicha progresión, un tiempo razonable tras el final de la radioterapia. Esta condición no se cumplía en el momento de redacción de dicho informe porque la paciente había terminado recientemente la radioterapia. Además, la paciente se encontraba asintomática en ese preciso instante. No correspondía en ese momento planificar tratamiento sin haber valorado antes la respuesta al tratamiento con radioterapia, requiriendo para ello un tiempo y realización de una nueva prueba de imagen que fueron la TAC y la PET/TAC que se solicitaron desde consultas externas en el mes de marzo de 2017". A la vista de tales razonamientos señala que "Se trata en resumen de un caso muy desafortunado en el que la enfermedad persistió y progresó a pesar de aplicar todas las medidas posibles. Consideramos que en este caso se emplearon todas las medidas posibles, que incluyó el empleo de quimioterapia a altas dosis, trasplante autólogo de médula ósea, radioterapia, y empleo de protocolos de quimioterapia para enfermedad refractaria. Incluso se planteó el empleo de células CAR - T, la modalidad de tratamiento más novedosa y que se emplea en casos muy concretos. También se planteó la realización de trasplante alogénico de médula ósea, pero desafortunadamente la evolución de la enfermedad impidió la realización de este procedimiento (porque en su evolución no se objetivó una respuesta suficiente como para proceder a realizar el trasplante alogénico)"

d) Finalmente nos referiremos a lo expuesto por el doctor S, Jefe del Servicio de Hematología del HUVA, en su informe de 22 de febrero de 2019. En él invoca el carácter "Extremadamente resistente" al tratamiento del linfoma que padecía la paciente (folio número 607) como el factor que mayor impacto tuvo en la evolución de la enfermedad, factor que "[...] determina una supervivencia muy corta (inferior a 2 años) en la gran mayoría de los pacientes". Continúa refiriéndose a las demoras denunciadas por los reclamantes considerando las mismas justificadas porque "2. El trasplante de progenitores hematopoyéticos sólo tiene buenos resultados si la enfermedad es quimiosensible o si está en remisión. Es un paradigma admitido que el trasplante, tanto autólogo como alogénico sólo está indicado si hay respuesta previa de la enfermedad. Esta paciente NUNCA tuvo respuesta completa, y las respuestas alcanzadas fueron incompletas y transitorias, pese a recibir EL MEJOR TRATAMIENTO DISPONIBLE". Lo que le lleva a afirmar que "3. El seguimiento de la paciente fue escrupuloso y acorde a las guías terapéuticas. Después de cada línea de tratamiento, es PRECEPTIVO evaluar el resultado con técnicas estandarizadas y dejar un tiempo para la recuperación de las toxicidades antes de empezar la siguiente y así sucesivamente. En esta paciente se han seguido escrupulosamente estos criterios, habiéndose realizado al menos 5 PETTC. La negligencia en evaluación o seguimiento NO ha existido, antes bien, se ha realizado un seguimiento extremo y muy frecuente, en comparación al seguimiento habitual en esta enfermedad, justificado por la agresividad de la misma". Por todo lo dicho concluye diciendo que "4. Se han realizado todas las actuaciones médicas disponibles según el estado actual de la ciencia. Las estadísticas con grandes series de pacientes con linfoma difuso de célula grande indican que no se curan hasta un 30-40% de los pacientes, y que de ellos la gran mayoría son los resistentes primarios como es este caso".

A la vista de todo lo expuesto, cabe concluir que no puede admitirse que la actuación del servicio sanitario haya sido incorrecta. Antes al contrario, la Administración ha probado de manera suficiente que las condiciones en las que se prestó la asistencia fueron las adecuadas a la normopraxis, mientras que los interesados no han hecho esfuerzo probatorio alguno que contrarreste las conclusiones a que llegan todos los informantes.

Por todo lo anterior no se considera acreditada la concurrencia de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución sometida a consulta en el sentido de desestimar la reclamación presentada por no reunir los requisitos que la normativa de aplicación exige para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

No obstante, V.E. resolverá.

