



Dictamen nº 99/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de mayo de 2022, 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 marzo de 2022 (COMINTER 58899 2022 03 01-02 01) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 4 de marzo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y D.^a Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_055), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 30 de abril de 2021 D.^a X y D.^a Y formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son la viuda y la hija, respectivamente, de D. Z, que falleció el 14 de mayo de 2020 en el Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGURS) de Murcia, como consecuencia de una neoplasia de páncreas con carcinomatosis peritoneal por adenocarcinoma de páncreas IV.

Las interesadas relatan que el día 7 de ese mes su familiar ingresó en el centro hospitalario citado por dolor abdominal generalizado. El diagnóstico inicial fue de cuadro suboclusivo. Sin embargo, explorado en interconsultas de cirugía general, se descartó realizar una intervención quirúrgica para resolver una posible obstrucción completa dado lo avanzado de la enfermedad de neoplasia de páncreas con carcinomatosis peritoneal que se le había diagnosticado recientemente al paciente.

A pesar de la contraindicación, el 9 de mayo se le sometió a una intervención quirúrgica mediante abordaje abierto en la que se revisó la cavidad, y se objetivaron abundantes implantes por todo el peritoneo, meso del delgado y superficie hepática y dilatación de delgado a causa de implantes de ileon distal y de importante dilatación sobre anastomosis previa, con intestino de hambre posterior.

El 10 de mayo se le trasladó a planta para control y seguimiento evolutivo por su “buena evolución”. Sin embargo, en el informe clínico de alta se indica que el paciente presentó un postoperatorio de lenta evolución, con retraso en inicio del tránsito y persistencia de la distensión abdominal.

Como ya se ha adelantado, falleció el día 14 de mayo de 2020.

Las reclamantes destacan que hasta el 29 de abril de 2020, esto es, apenas 15 días antes del fallecimiento, no se confirmó la enfermedad, que ya se encontraba en la etapa más avanzada posible, de modo que no existían opciones terapéuticas para la curación.

También exponen que, antes de ello, al paciente no se le practicó ninguna prueba para diagnosticar la enfermedad de neoplasia de páncreas, ni se sospechó de su existencia por lo que el retraso en el diagnóstico le privó de cualquier opción terapéutica que le hubiera permitido una curación de la

enfermedad, o al menos, vivir más años.

Y a continuación, detallan una serie de asistencias médicas dispensadas a partir de 2019 de las que ellas deducen que ya había indicios más que suficientes (pérdida de peso, sangre en heces, deposiciones oscuras y dolor abdominal) para haber sospechado de la existencia de dicha enfermedad.

Por tanto, consideran que existe una clara relación de causalidad entre el fatal desenlace referido y el inadecuado funcionamiento de los servicios públicos de la Administración regional, en particular por mala praxis asistencial.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que reclaman, explican que los cónyuges estuvieron casados más de 36 años y que se deben aplicar una reducción del 20% a las indemnizaciones previstas para el cónyuge viudo e hijos en el anexo 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. Añaden que aplican dicha reducción ya que no es posible afirmar que de haberse diagnosticado la enfermedad en fase temprana al Sr. Z se hubiera logrado su completa curación. Sin embargo, consideran que es obvia la pérdida de oportunidad que se produjo.

De ese modo, solicitan 88.000 € para la viuda y para la hija reclamante, mayor de 30 años, pero conviviente del fallecido, 40.000 €. Por tanto, la indemnización que solicitan se eleva a 128.000 €.

Con la reclamación adjuntan copias del Libro de Familia, del certificado de defunción del familiar de las interesadas y de numerosos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 7 de junio de 2021 y tres días más tarde se informa de ello a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que lo ponga en conocimiento de la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, ese mismo día se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS que remita copias de las historias clínicas del paciente fallecido, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los facultativos que lo atendieron.

TERCERO.- El 29 de junio de 2021 se recibe el informe realizado el día 21 de ese mes por la Dra. D.^a P, especialista de Aparato Digestivo, en el que se informa de que el familiar de las interesadas nació en enero de 1961 y en el que, asimismo, se explica lo siguiente:

“ANTECEDENTES PERSONALES:

- *Hipercolesterolemia.*

- *Fumador 5 cig al día.*

- *Enfermedad de Crohn ileocolónica fistulizante y estenosante dx en 2011, intervenido con resección de ileon terminal. Tratado con azatioprina desde el debut. IFX desde 2017, intensificado a cada 5 semanas desde octubre de 2019.*

- *Diagnosticado en Abril 2020 de neoplasia de páncreas estadio IV con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal. No candidato a tto. quirúrgico.*

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn yeyuno-ileocolónica fistulizante-estenósante diagnosticada en 2011. Inicia tto. con azatioprina en 2012. Resección ileal en 2015 por estenosis ileal + absceso periestenótico sin respuesta completa a tto. médico. En tto. con infliximab desde 2017, que ha precisado diferentes ajustes en función de los niveles de fármaco.

EVOLUCION:

Paciente en seguimiento en nuestra consulta desde 2011, con citas y analíticas periódicas cada 6 meses hasta 2020.

Última revisión programada el día 30 de marzo, que se realizó de forma telefónica dada la situación de alerta sanitaria vigente en ese momento por pandemia de SARS-COV-2. En dicha consulta el paciente me refiere haber acudido a urgencias por dolor abdominal de 20 días de evolución que había mejorado con analgesia convencional, aunque no había remitido totalmente. Presentaba deposiciones cada 2-3 días y ventoseo. En el contexto de su patología de base (enfermedad de Crohn yeyunoileocolónica estenosante), que podría cursar en caso de brote con clínica suboclusiva similar a la que relataba, se ajusta tratamiento en espera de evolución como es práctica habitual. Los días 6 y 14 de abril se contacta de nuevo telefónicamente con el paciente que refiere mejoría del dolor abdominal con el tratamiento pautado, pero refiriendo entonces diarrea y heces oscuras autolimitadas, para lo que se ajusta de nuevo el tratamiento y se solicita analítica a realizar en la siguiente administración de infliximab prevista la siguiente semana (22 de abril).

En dicha fecha, me avisan desde hospital de día para valoración del paciente procediendo a su ingreso dada la ausencia de mejoría.

El paciente permanece ingresado a nuestro cargo del 22 al 30 de abril, realizándose diversas exploraciones complementarias con el diagnóstico de adenocarcinoma ductal de cola de páncreas con metástasis hepáticas y pulmonares, tromboembolismo pulmonar bilateral y carcinomatosis peritoneal. Al alta se remite a oncología.

JUICIO DIAGNÓSTICO:

- *Enfermedad de Crohn yeyunoileocólica estenosante en tto. con IFX.*
- *Adenocarcinoma pancreático ductal.*
- *Metástasis hepáticas y pulmonares.*
- *Tromboembolismo pulmonar bilateral.*
- *Carcinomatosis peritoneal.*
- *Clínica suboclusiva secundaria a implante intestinal.*

Se adjuntan los últimos informes de revisión en CEX de Digestivo en relación al proceso”.

CUARTO.- El 28 de junio se recibe en un disco compacto (CD) la documentación clínica de Atención Especializada que se había demandado.

QUINTO.- El 7 de septiembre de 2021 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- El instructor del procedimiento solicita a la Dirección Gerencia ya citada, el 4 de noviembre siguiente, que envíe una copia de la historia de Atención Primaria del paciente fallecido, que ya se había requerido. También, la historia clínica relativa al ingreso del paciente en el Servicio de Aparato Digestivo el 22 de abril de 2020, en la que se incluyan los informes de Oncología y los informes radiológicos realizados en ese ingreso.

SÉPTIMO.- Con fecha 16 de noviembre de 2011 se recibe la copia de la documentación de Atención Primaria solicitada y la de Atención Especializada correspondiente al ingreso de 22 de abril de 2020.

El 19 de noviembre se envían sendas copias de esta nueva documentación a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

OCTAVO.- Obra en el expediente administrativo un informe médico pericial realizado el 26 de noviembre de 2021, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1. [El familiar de las reclamantes] fue diagnosticado en su ingreso hospitalario del 22/04/2020 al 30/04/2020 de carcinoma de cola de páncreas con invasión local, peritoneal y metástasis hepáticas, estadio más avanzado de esta enfermedad. Tal situación al diagnóstico es la más habitual y la que experimenta la mayoría de los pacientes afectados de este proceso.

2. El inicio de síntomas clínicos atribuibles a esta enfermedad se puede constatar en el mes de marzo de 2020, consistentes fundamentalmente en dolor importante y pérdida de peso. La primera consulta por el síntoma de dolor fue realizada el 28/03/2020 en el servicio de urgencias del Hospital Infanta Sofía (sic).

3. Dada la situación de alerta sanitaria por pandemia, esta circunstancia de fuerza mayor puede justificar un retraso en el ingreso de dos o tres semanas. En ausencia de dicha justificación, un adelanto diagnóstico de ese tiempo no hubiese constituido una posibilidad mayor de supervivencia en este tipo de enfermedad.

4. La intervención practicada el 09/05/2020 para aliviar la oclusión intestinal que padecía [el enfermo], fruto de la invasión peritoneal de su enfermedad, es conforme a la práctica médica en un intento desesperado de prolongar en lo posible la vida.

5. No se encuentra retraso diagnóstico significativo ni asistencia médica contraria a la praxis médica habitual en estos casos médicos en el proceso asistencial en el Servicio Murciano de Salud del [paciente]”.

NOVENO.- El 1 de febrero de 2022 se concede audiencia a las reclamantes y a la compañía aseguradora correspondiente para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes.

DÉCIMO.- Las interesadas presentan el 24 de febrero de 2022 un escrito en el que reiteran el contenido de su pretensión resarcitoria, reproducen sus alegaciones acerca de la existencia de un nexo causal entre el mal

funcionamiento del servicio sanitario y el resultado de muerte producido y sostienen que el retraso en el que se incurrió no se puede justificar por fuerza mayor, provocada por la pandemia de COVID-19.

De manera concreta, recuerdan que entre los meses de marzo y abril de 2020 la atención que se le prestó a su familiar fue telefónica. También precisan que el 30 de marzo ya informó a la especialista de que había precisado asistencia de urgencia en el HGURS por dolor abdominal.

Detallan, de igual modo, que los días 6 y 14 de abril se le volvió a atender de forma telefónica, pero relatan que tuvo que acudir al Servicio de Urgencias los días 7, 11 y 17 de abril de 2020 por diarreas, deposiciones oscuras y dolores abdominales. Y se lamentan de que, sin embargo, no se le practicó alguna prueba.

Argumentan seguidamente que, desde la primera asistencia de urgencia, la primera llamada telefónica y la primera consulta presencial, el 22 de abril de 2020, transcurrieron 30 días, que es un plazo determinante en un caso de cáncer de páncreas.

Consideran que esos 30 días de retraso pueden suponer una diferencia entre vivir y morir que en este caso no se le ofreció al enfermo la oportunidad de vivir.

UNDÉCIMO.- Con fecha 1 de marzo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporados los preceptivos índice de documentos y extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito y CD recibidos en el Consejo Jurídico, respectivamente, el 1 y el 4 de marzo de 2022.

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 por daño moral se ha interpuesto por la viuda y la hija mayor de edad del paciente fallecido, relación familiar que han acreditado adecuadamente mediante una copia del Libro de Familia.

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

III. En relación con el requisito del plazo, 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 de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del familiar de las reclamantes se produjo el 14 de mayo de 2020 y la solicitud de indemnización se presentó el 30 de abril del siguiente año 2021, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, 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 el Dictamen de este Consejo Jurídico 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 las reclamantes no han presentado ningún informe pericial que les permita sostener la realidad de sus imputaciones.

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, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 núms. 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.

De acuerdo con lo que se ha expuesto, las reclamantes solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 128.000 € como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que se produjo el 14 de mayo de 2020, en el HGURS, después de que se le hubiera diagnosticado, a finales del anterior mes de abril, una neoplasia de páncreas con carcinomatosis peritoneal. Consideran que se incurrió en un funcionamiento anormal del servicio sanitario regional porque se cometió un retraso diagnóstico que, de no haberse producido, hubiese evitado el fallecimiento o, al menos, hubiera permitido que el paciente disfrutara de más tiempo de vida.

Sin embargo, las interesadas no han presentado alguna prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para acreditar el mencionado retraso diagnóstico. En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba y que resulta aplicable, asimismo, en materia de procedimiento administrativo, obliga a los reclamantes a demostrar los hechos en los que funden sus reclamaciones.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado a las presentes actuaciones la documentación clínica completa del paciente fallecido y los informes de la especialista de Aparato Digestivo que lo atendió. Asimismo, se ha traído al procedimiento un informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

En él se explica que *“según los datos que obran en su expediente clínico, comprobamos que la aparición de signos clínicos atribuibles a su tumor pancreático se inicia y manifiesta claramente en marzo de 2020, y el mismo paciente refiere en el interrogatorio que en torno al día 7 de marzo, acudiendo por dicho dolor al servicio de urgencias el día 28 de marzo de 2020, primer día que consta atención médica por síntomas dolorosos compatibles*

con el carcinoma pancreático.

Con respecto a la visita a urgencias del Hospital Infanta Sofía efectuada en fecha 05/09/2019, no cabe advertir en esa época la manifestación de signos clínicos atribuibles al tumor, consistiendo aquella consulta en un episodio de dolor cólico y trastorno en las deposiciones, autolimitado en el tiempo y no persistente, y con ausencia de cualquier otro signo o síntoma que obligase a una exploración mayor.

(...).

Contrastando con ese episodio autolimitado, si figuran consultas en Atención Primaria en abril y mayo del 2020 por dolor, en la época ya de su clara manifestación clínica de proceso tumoral (folio 81,82).

Así mismo, en las revisiones de Digestivo por su seguimiento y tratamiento de la enfermedad de Crohn, como en consulta de 28/10/2019 (folio 65) no consta ni la existencia de dolor, ni bajada de peso, ni ningún otro síntoma que obligue a ir más allá indicando exploraciones clínicas. En esa misma consulta se refieren al dolor que tuvo en septiembre y fue visto en urgencias como ya ausente y sin dolor presente en fecha de esa consulta (folio 49).

Es importante considerar también que [el paciente] padecía una enfermedad de Crohn activa y estenosante, cuya sintomatología es más típica de ese episodio de septiembre, que un carcinoma de páncreas, enfermedad que, una vez aparecido el dolor, este es de características muy severas y no cede ya espontáneamente.

Tampoco se advierte pérdida de peso significativa hasta abril de 2020, según las anotaciones obrantes en las consultas de Digestivo, por lo que ese signo no puede considerarse como indicativo antes de dicha fecha.

La aparición clara de signos atribuibles a su proceso neoplásico sucede según anotaciones que obran en el expediente clínico a partir de marzo de 2020, y se manifiestan en las consultas de Urgencias los días 28/03, 07/04, 11/04 y 17/04, todas del 2020. En esas visitas se descartó patología urgente en el sentido del servicio de Urgencias, como urgencia vital, derivándose el caso a la consulta de Digestivo que el paciente debía celebrar. Fue en dicha consulta del 22/04/2020 donde efectivamente se ingresó al paciente para estudio, llegándose al diagnóstico del tumor. En algunas de esas consultas de urgencias se juzgaron los síntomas diarreicos que aquejaba [al paciente] como atribuibles a su proceso de enfermedad de Crohn, lo que no es disparatado con la propia enfermedad de Crohn que cursa con dichos síntomas en sus brotes inflamatorios.

Es preciso señalar también en dichas visitas a Urgencias la concurrencia de un posible factor de fuerza mayor al haber una alerta sanitaria por la situación de pandemia Covid, que mantenía a muchos hospitales del país en situación de colapso asistencial, reservando los recursos disponibles para lo estrictamente urgente en sentido vital. Si se prescindiera de dicha situación, se podría haber adelantado el diagnóstico desde los días 22/04 al 30/04 en que se hizo, un par de semanas o tres antes, si se hubiese ingresado al paciente el mismo 28/03, fecha de su primera consulta o en alguna posterior del día 7 o del 11. Tal adelanto de dos o tres semanas no hubiese constituido ningún factor favorable en la situación de la enfermedad diseminada, por lo que no podemos valorar en este análisis ninguna pérdida de oportunidad real.

Finalmente, en el ingreso del 22/04 al 30/04/2020 se efectúa el diagnóstico con celeridad, planteándose un tratamiento paliativo por parte de Oncología con previsión de comenzar el 8/05 con gencitabina, siendo dado de

alta domiciliaria el 30/04, todos ellos aspectos considerables de práctica médica habitual.

Lamentablemente, el día 06/05/2020 [el enfermo] es ingresado por cuadro de oclusión abdominal secundario a la invasión carcinomatosa peritoneal de la cavidad abdominal, lo que motiva su intervención para intentar liberar ésta el día 09/05/2020. Con respecto a la indicación de esta intervención efectuada, dado lo avanzado y el pronóstico de la enfermedad de base podía estimarse como inútil, pero también era la única oportunidad de poder mejorar su estado de tránsito intestinal en un intento de prolongar su vida. Ambas actuaciones por tanto pueden considerarse dentro de la práctica médica habitual en el enfoque de estos casos.

La celeridad del proceso tras su diagnóstico dado lo avanzado a la presentación es desgraciadamente muy habitual en esta enfermedad en todos los países desarrollados de nuestro entorno. La utilización de gencitabina, de haberse producido, no era esperable pudiese mejorar significativamente el proceso, a tenor de la experiencia publicada y la habitual en esta enfermedad. No se encuentra retraso diagnóstico significativo ni asistencia médica contraria a la praxis médica en el proceso [referido]”.

Por lo tanto, se considera en ese informe que lamentablemente, aunque se incurrió en un cierto retraso en el diagnóstico de la enfermedad, *“un adelanto diagnóstico de ese tiempo no hubiese constituido una posibilidad mayor de supervivencia en este tipo de enfermedad”* (Conclusión 3ª) y que *“No se encuentra retraso diagnóstico significativo ni asistencia médica contraria a la praxis médica habitual en estos casos médicos en el proceso asistencial”* analizado (Conclusión 5ª).

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al desenlace fatal que se produjo, no se advierte la concurrencia de mala praxis pese al retraso citado ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por las interesadas.

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 existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.