



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 220/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de septiembre 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 13 de abril de 2022 (COMINTER 112502 2022 04 13-02 48) y un disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 3 de mayo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_133), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de julio de 2020 D.ª X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su madre, D.ª Y, comenzó a sufrir un sangrado vaginal en el verano de 2014 y que, por ello, acudió al Servicio de Ginecología del Centro de Salud de El Ranero (Murcia). Relata que la facultativa no le dio mucha importancia a ese hecho e incluso puso en tela de juicio lo que le contaba y le hizo sentirse bastante mal, hasta el punto de que llegó a preguntarle si estaba segura de por dónde sangraba.

Añade que durante el año siguiente continuó con los sangrados y que volvió a acudir a dicho Servicio. Manifiesta que entonces la médica se alarmó un poco y que le mandó que se realizase alguna prueba.

Dado que la realización de las pruebas se retrasaba, su madre acudió a una médica de manera privada, en septiembre de 2015. En este caso, la doctora alertó de la gravedad del asunto y le ayudó a acelerar las pruebas oportunas.

Según explica la interesada, en octubre de 2015 se solicitó la realización de una histeroscopia y se diagnosticó un carcinoma de endometrio avanzado con afectación de tronco celiaco (M1) en estadio IV. Por ello, se desestimó realizar una cirugía y se indicó quimioterapia con intención de reducir y poder operar.

Tras cuatro ciclos, en febrero de 2016 se programó cirugía (histerectomía y doble anexectomía y amentectomía, pero no se abordó retroperitoneo). Posteriormente, en mayo de 2016, se retomó quimioterapia.

En septiembre de dicho año 2016 comenzó con braquiterapia vaginal, que finalizó en el mes de octubre siguiente.

La reclamante explica que en abril de 2017 comenzó con fuertes dolores en la zona lumbar, por lo que acudieron de nuevo al hospital. Allí, les informaron de que podía existir una probable metástasis en el cuerpo vertebral L3, con probable fractura por insuficiencia de platillo vertebral superior en L2. Por esa razón, ese mismo mes le

realizaron a la paciente una vertebroplastia única. Desde esa fecha, se realizan varias vertebroplastias, desde D11 a L5. La última se llevó a cabo en L1 en junio de 2017. Debido a este aplastamiento de las vértebras y a la posterior cementación, la calidad de vida se redujo mucho, y su madre comenzó a sufrir muchos dolores y a experimentar falta de movilidad.

Asimismo, relata que en diciembre de 2018 le detectaron a su madre un trombo en la arteria pulmonar, por lo que comenzaron a medicarla.

Gracias a una revisión rutinaria a la que se sometió en marzo de 2019, aparecieron signos de la enfermedad en el pulmón, por lo que se inició un tratamiento con quimioterapia. A finales de ese mes, después de que se le realizara una resonancia magnética craneal, se le detectó también el cerebro, lo que daba a entender que la enfermedad presentaba muy mal pronóstico.

La enferma se sometió a radioterapia y a quimioterapia y se le tuvo que transfundir sangre en varias ocasiones.

A partir de mayo de 2019 se la tuvo que empezar a tratar en su propio domicilio debido al estado en que se encontraba.

El 9 de julio de 2019 se la trasladó al Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) donde ya no se pudo hacer nada por ella. El 10 de julio se la sedó y falleció durante la noche.

La interesada considera que se incurrió, por tanto, en un retraso en el diagnóstico del cáncer que padecía su madre, que se les dijo que era muy agresivo y que acabó con su vida a los cuatro años. Además, añade que durante ese tiempo sufrió muchos dolores, perdió su calidad de vida, tuvo que dejar su trabajo, de conducir, de caminar y pasó a depender en todo momento de otra persona para su aseo personal y cuidados básicos.

Junto con el escrito acompaña una copia del Libro de Familia, acreditativa de la relación de filiación señalada.

SEGUNDO.- El 6 de agosto de 2020 un Asesor Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) solicita a la reclamante que aporte una copia del certificado de defunción de su madre. De igual modo, se le requiere para que especifique la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si resulta posible.

TERCERO.- La interesada presenta el 12 de agosto un escrito con que adjunta copias del certificado de defunción solicitado y del resultado de una prueba efectuada el 29 de septiembre de 2015 por la médica a la que acudió de manera privada.

CUARTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 10 de septiembre siguiente y cuatro días más tarde se informa de ese hecho a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique a la aseguradora correspondiente.

El 18 de septiembre se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA, VI [Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia - Centro de Salud El Ranero] y VII [Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HRS) de Murcia] que remitan copias de las historias clínicas de la paciente fallecida de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la trataron, en particular, de la ginecóloga que la atendió ya en el año 2014.

De igual forma, se solicita que también informe la ginecóloga que atendió a la enferma en su clínica privada.

QUINTO.- El 20 de octubre de 2020 se recibe una copia de la historia clínica de la paciente, tanto de Atención Primaria como Especializada, remitida por el Director Gerente del Área VI de Salud.

SEXTO.- El 11 de noviembre de 2020 se reiteran las solicitudes de documentación e información que se habían dirigido a las Direcciones Gerencias de las Áreas I y VII de Salud.

SÉPTIMO.- Con fecha 16 de noviembre se recibe, remitido por la Dirección Gerencia del Área de salud VII, el informe elaborado el 29 de septiembre anterior por la Dra. D.^a Z en el que se expone lo siguiente:

“Paciente vista en esta consulta desde el año 2008.

Antecedentes de madre con Ca de recto y tía materna Ca de ovario y de mama.

En el año 2008, citología endometrial sin atipias ni malignidad.

En 2015 con 59 años, acudió a consulta refiriendo sangrados irregulares desde hacía un año, habiéndola diagnosticado de pólipo endometrial.

En ecografía vaginal realizada ese día en consulta se apreciaron 2 miomas de 4 y 2,5 cms y un endometrio con mucometra e imagen sólida de aspecto complejo por lo que se le indicó la realización de una Histeroscopia urgente, siendo derivada para ello a su centro de referencia del SMS”.

OCTAVO.- El 17 de noviembre de 2020 se recibe una comunicación de la Dirección Gerencia del Área I de Salud con la que se acompañan una copia de la historia clínica de la paciente fallecida y el informe elaborado por la Dra. D^a. P, Facultativa de Obstetricia y Ginecología, de la Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA) del Centro de Salud de El Ranero, en el que se explica lo que se transcribe a continuación:

“Basado en la recopilación de datos del programa Selene:

12-10-2014:

Primera consulta por sangrado menor que regla:

- Exploración normal.*
- Ecografía endovaginal normal con endometrio lineal.*

No se detecta patología ginecológica y se le indica:

1. Control en tres meses, es decir, que vuelva a la consulta a los tres meses para ser de nuevo revisada (este control se indica para volver a realizar exploración y ecografía buscando siempre la posibilidad de que aparezca alguna patología. Si no se encuentra nada, se le pide a la paciente que vuelva a los 6 meses para nuevo control).

Esta cita queda reflejada en el histórico del Selene: “Cita: 21-01-2015. Hora: 13,50 h”. No se presentó en la consulta.

2. Acudir a la consulta si aparece nuevo sangrado entre revisiones.

25-09-2015:

Refiere sangrado = regla de unas horas de evolución.

- *Exploración: útero y anejos no se palpan por obesidad. Cérvix sano atrófico. Sangra de cavidad = a regla.*
- *Ecografía endovaginal: útero normal en anteversión de 76 mm. Endometrio lineal con imagen de 7x5 mm que impresiona de pólipo endometrial. Mioma post subseroso de 18 mm. Ovarios afuncionantes. No indica si hay o no líquido libre en Douglas porque sólo lo reseña si aparece en la ecografía. Por lo tanto, se colige que no había líquido libre.*
- *Se toma biopsia de endometrio.*

A.P.: B endometrial: Adenocarcinoma de endometrio no endometriode de células claras.

Se comunica a la consulta de Histeroscopia el resultado de la AP y el 19 de Oct de 2015 es vista por primera vez en HUVA.

Aclaraciones:

A. Cuando pregunto a una paciente si está segura de que el sangrado era por vagina es porque:

- *El sangrado referido es muy escaso.*
- *En la exploración no se detecta patología ginecológica y no hay sangrado activo ni restos hemáticos en vagina.*
- *Le pregunto también si el sangrado es sólo al orinar, por si su procedencia fuese uretral, es decir, origen urológico, ya que la uretra desemboca en la cara anterior de la vagina y los sangrados de pueden confundir.*
- *También he de hacer diagnóstico diferencial con pequeñas fisuras anales o hemorroides que pueden dejar sangrado en la compresa y la paciente puede confundirlo con sangrado vaginal.*

Lo que sí puedo asegurar es que mi pregunta siempre está formulada con todo el respeto hacia la paciente porque es así mi manera de trabajar en todo momento.

B. En el supuesto de haberle realizado una biopsia de endometrio en la primera visita, lo más probable es que el

resultado de la Anatomía Patológica hubiese sido: "Muestra insuficiente" por no haber tejido endometrial en la cavidad, ya que, en ecografía, el corte para realizar biopsia endometrial está entre 3-5 mm de grosor endometrial.

C. Deseo señalar que, el 25 de Sept de 2015, la paciente seguía presentando endometrio lineal pero esta vez con una imagen de pólipo de 7 mm, que creo que coincide con la ecografía que días después (el 29 de Sept) realizó mi compañera la Dra. (...), donde podría estar el origen del sangrado.

D. Indico también que el carcinoma de células claras es muy poco frecuente, suele presentarse en mujeres de > de 70 años, es muy agresivo y tiene mucha más probabilidad de haberse propagado fuera del útero en el momento del diagnóstico que otros tipos de cáncer de endometrio".

El informe concluye con una referencia bibliográfica.

Por último, en la comunicación de la Dirección Gerencia se advierte que se remitirá a la instrucción, por correo, 22 CD que contienen imágenes radiológicas relacionados con la asistencia que se le dispensó a la madre de la interesada.

NOVENO.- El 14 de enero de enero de 2021 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar los informes pericial y valorativo correspondientes.

DÉCIMO.- Con fecha 19 de abril de 2021 se recibe el informe pericial elaborado conjuntamente el día 1 de ese mes, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por dos médicas especialistas en Ginecología y Obstetricia, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

"1. Se trata de una reclamación por una mala atención médica que condiciona la demora del diagnóstico de la patología de [la reclamante]: cáncer de endometrio.

2. El cáncer de endometrio que desarrolla la paciente es un cáncer de endometrio tipo II (de células claras). Éste es un tipo de tumor de evolución más agresiva y con peor pronóstico que el tipo I, y suele diagnosticarse en estadios más avanzados.

3. Con respecto a la atención médica recibida:

a. [La interesada] acude por primera vez a consulta el 18.12.2014, refiriendo metrorragia menor/igual a regla desde hace 2 meses.

i. Es valorada adecuadamente mediante exploración (donde no se evidencia sangrado ni restos hemáticos) y ecografía, que resulta ser normal.

ii. Se indica, de forma correcta, control clínico en 3 meses o ante el siguiente sangrado.

iii. La paciente es correctamente atendida en esta ocasión, ajustándose a los protocolos actuales.

b. [La interesada] acude por segunda vez a consulta el 21.01.15, refiriendo sangrado esporádico rojo +febrícula.

i. Es valorada adecuadamente mediante exploración (donde no se evidencia sangrado ni restos hemáticos) ecografía, que resulta ser normal.

ii. Dado que presenta sangrado y hematuria se decide, de forma adecuada, realizar un diagnóstico diferencial con una infección urinaria, solicitando un urocultivo.

iii. Una infección urinaria justificaría todos los síntomas (la febrícula no es un síntoma típico del cáncer de endometrio en estadios iniciales) y explicaría la ausencia de patología endometrial en la ecografía.

iv. Aun así, se deja indicado que, si el urocultivo es negativo, la paciente vuelva a consulta para valorar la realización de una biopsia endometrial.

v. La paciente es correctamente atendida en esta ocasión, ajustándose a los protocolos actuales.

c. [La interesada] no vuelve a consulta hasta el 29.09.15. Desconocemos la razón, teniendo en cuenta que continúa sangrando.

4. El estudio de Síndrome de Lynch se solicita en el momento en que se conocen todos los antecedentes familiares de la paciente. Hasta ese momento no presentaba criterios para indicar el estudio genético.

5. El retraso diagnóstico no se produce por una atención sanitaria incorrecta. A pesar de aconsejar biopsia endometrial por la persistencia del sangrado la paciente no acude a consulta cuando se indica.

6. De haberse diagnosticado con anterioridad lo más probable es que no hubiese cambiado el pronóstico teniendo en cuenta que se trata de tumores de mayor agresividad.

7. Las actuaciones de los profesionales implicados fueron correctas, acordes a los protocolos y a la lex artis ad hoc sin que haya evidencia de actuación negligente en los hechos analizados”.

El 28 de abril de 2021 se remite una copia de este informe a la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- El 26 de agosto de 2021 se concede audiencia a la reclamante y la compañía aseguradora

interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes, pero no consta que alguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

DUODÉCIMO.- Con fecha 6 de abril de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito y un CD recibidos en este Consejo Jurídico los días 13 de abril y 3 de mayo de 2022, respectivamente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado 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 una persona interesada que es la hija, mayor de edad, de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y ha acreditado 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.

II. 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 de la progenitora de la reclamante se produjo el 10 de julio de 2019 y la solicitud de indemnización se presentó el 3 de julio del año siguiente, 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 con notable exceso el plazo de tramitación al que se refiere 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 la reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le 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.

Como se ha expuesto, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que no ha concretado en el procedimiento, como consecuencia del retraso que incurrió, en diciembre de 2014, una ginecóloga del Centro de Salud de El Ranero a la hora de diagnosticar el cáncer de endometrio que padecía su madre, que falleció en el HUVA en julio de 2019.

A pesar de la imputación de mala asistencia y de retraso diagnóstico que alega, la reclamante no ha aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permite sostener la realidad de dichas alegaciones. En este sentido, no se puede olvidar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre el principio de distribución de la carga de la prueba y que también resulta aplicable en materia de procedimiento administrativo, atribuye al reclamante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a su pretensión.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento la documentación clínica completa de la madre de la interesada y el informe de las ginecólogas que la atendieron, tanto en el ejercicio de su función pública como de forma privada, de manera respectiva.

Además, la compañía aseguradora ha aportado un informe pericial realizado de forma conjunta por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia, de cuya lectura se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) La primera, que la paciente fue correctamente atendida en la primera consulta que se celebró el 18 de diciembre de 2014, cuando relató que venía experimentando metrorragia menor o igual a regla desde hacía 2 meses. En la exploración no se evidenció sangrado ni restos hemáticos y se realizó una ecografía en la que se visualizó un endometrio inferior a 5 mm. Además, se le advirtió que debía solicitar una nueva consulta cuando volviese a manchar y someterse a una nueva revisión, en cualquier caso, a los tres meses.

Las peritas médicas consideran que en esa ocasión se actuó de acuerdo con lo que se determina, respecto del diagnóstico de cáncer de endometrio, en los protocolos actuales (Conclusión 3ª,a), y en concreto en la *Oncoguía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) de 2016*, que se transcribe en el informe en ese punto.

b) La segunda, que la enferma fue asimismo atendida adecuadamente en la segunda consulta, que se llevó a cabo el 21 de enero de 2015, cuando refirió que había experimentado un sangrado específico rojo y febrícula.

En el momento de la exploración ginecológica que se le efectuó seguía sin presentar sangrado activo ni restos hemáticos en la vagina. En la ecografía vaginal se visualizó un endometrio de 3,4 mm.

Se argumenta en el informe pericial, por tanto, que la ausencia de sangrado, asociada con febrícula y un endometrio atrófico, requería realizar un diagnóstico diferencial con una patología que cursa con esos mismos síntomas, la infección urinaria.

Se explica en el informe que una infección urinaria puede cursar con hematuria (que se puede confundir con un sangrado vaginal) y se asocia con fiebre o febrícula. Además, esta patología justificaría que el endometrio no estuviese engrosado.

Por otro lado, se advierte que la febrícula no es un síntoma habitual en pacientes con sospecha de patología endometrial.

Hay que añadir que se dejó indicado lo siguiente: *“Pendiente de resultado de urocultivo. Si negativo, volver para valorar B de E (biopsia de endometrio)”*.

Es decir, para las peritas médicas se dejó reflejado que si se descartaba el cuadro urinario se debía seguir investigando mediante la realización de una biopsia endometrial, siguiendo el algoritmo diagnóstico que resultaba de aplicación en este caso, que se expone en la *Oncoguía* ya citada.

Por tanto, la decisión de la facultativa que atendió a la paciente de pedir un urocultivo fue correcta. No existe evidencia de mala praxis, según se expone asimismo en la Conclusión 3ª,b del informe pericial.

c) La tercera es que se sabe que la paciente no solicitó una nueva cita en el período comprendido entre la segunda consulta (21 de enero de 2015) y la tercera, que fue cuando se tomó la muestra de biopsia endometrial, el 25 de septiembre de 2015. Y que tampoco volvió al centro privado en el que le realizaron otra ecografía el 29 de septiembre de ese año. Por tanto, la paciente no acudió a consulta cuando se le indicó (Conclusión 5ª).

Y añaden las peritas (folio 45 del expediente administrativo) que *“Probablemente se podría haber diagnosticado antes (eso nunca lo sabremos con certeza), pero la realidad es que la paciente no acudió a consulta. Si hubiera seguido las indicaciones dadas el 21.01.15 (momento en el que ya se dejó indicada la posibilidad de realizar una biopsia endometrial) puede que el diagnóstico se hubiese podido realizar antes”*.

d) En cuarto lugar, acerca de la pregunta sobre si hubiese cambiado el desenlace si se hubiese diagnosticado el cáncer más tempranamente, las peritas médicas responden que lo más probable es que no (Conclusión 6ª), dado que el cáncer que padecía la madre de la interesada (de endometrio tipo II, de células claras) es muy agresivo y de peor pronóstico que el tipo I, y que suele diagnosticarse en estadios más avanzados, ya que también es más frecuente que no se manifieste con engrosamiento endometrial como sucede con el de tipo I (Conclusión 2ª).

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 que se incurriera en la mala asistencia y en el retraso diagnóstico que se alegan ni en otra posible actuación contraria a la praxis médica exigible. En consecuencia, no existe relación de causalidad alguna entre el daño moral por el que se solicita una reparación y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por la interesada.

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.