



Dictamen nº 139/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de mayo de 2023, 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 7 de marzo de 2023 (COMINTER 60961) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 10 de marzo de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.º X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_077), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 24 de febrero de 2022 tuvo entrada en el registro un escrito presentado por D. Y con el que formulaba una reclamación por la responsabilidad patrimonial en que habría incurrido el Servicio Murciano de Salud (SMS) por la defectuosa asistencia sanitaria que se le había prestado en el Hospital General Universitario "Reina Sofía" (HRS).

En su escrito exponía que en mayo de 2020 acudió al médico de familia para ser atendido por un bulto en el canto interno del ojo izquierdo. El médico hizo una foto y la remitió telemáticamente al dermatólogo. En junio de 2020, su hija recibió una llamada telefónica para que acudiera al HRS donde fue visto el día 11 de dicho mes por los dermatólogos que lo remitieron al hospital Quirón, en donde le fue extirpado un carcinoma espinocelular. Al comprobar que el borde quirúrgico estaba afectado por el tumor, el 14 de julio de 2020, los dermatólogos consultaron con Oftalmología para incluirlo en la lista de espera y volver a operarlo, segunda intervención que se produjo el 23 de julio de 2020.

El 12 de noviembre del mismo año acudió a la revisión en Dermatología. Allí se diagnosticó que el carcinoma epidermoide era sin criterios de alto riesgo, palpando ganglio latero cervical. En una nueva revisión, el 1 de diciembre siguiente, el ojo ya estaba afectado, pero no se le dio, en principio, importancia. En la consulta de Dermatología del día 10 del mismo mes se apreció la necesidad de practicar una resonancia para el control del canto izquierdo del ojo. El resultado se le comunicó el 14 de enero de 2021 entendiendo que se trataba de una recidiva tumoral por lo que los dermatólogos tomaron una biopsia y comunicaron que se reunirían con el Comité de tumores del hospital. En una nueva consulta de Dermatología, a finales del mes de enero, se le dijo que se le remitía a Cirugía Maxilofacial dándole la opción de elegir entre la extirpación del ojo o someterse a radioterapia para eliminar el tumor.

El doctor Z, maxilofacial, en su consulta de 1 de febrero de 2021, le expuso la misma situación, siendo llamada su hija unos días después por el doctor P, Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital, urgiéndole a que se presentara en el centro sanitario porque consideraba que era él quien debía operarlo por su experiencia en ese tipo de tumores. En la consulta, el doctor P le comunicó que, efectivamente, era él quien lo intervendría, intervención que se produjo el 23 de febrero de 2021. En la intervención se le practicó exenteración orbitaria.

izquierda, osteotomía medial peri-orbitaria, reconstrucción mediante colgajo de fascia y músculo temporal izquierdo y reconstrucción craneal con placa de titanio. La intervención duró ocho horas y tras ella estuvo 14 horas ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Fue alta hospitalaria el 26 de febrero de 2021, quedando sujeto a tratamiento con antibióticos, ansiolíticos y analgésicos y curas diarias en enfermería del Centro de salud, sufriendo, según afirma, desde ese momento un estado de depresión por la agresiva intervención a que se sometió y, sobre todo, por la pérdida del ojo, además de por el temor de una nueva recidiva.

Durante el mes de marzo acudió en diversas ocasiones a la consulta de Maxilofacial para revisión, siendo en la del 18 de marzo cuando se le comunicó que la neoplasia había sido resecada en su totalidad. Igualmente, durante los meses de abril y junio, volvió a la consulta. En la del día 24 de junio se le informó del estudio postquirúrgico sin signos de recidiva local ni ganglionar. El 21 de octubre el doctor P solicitó la realización de una TAC para descartar recidiva. La recidiva fue descartada el 3 de febrero de 2022 por el doctor P.

El reclamante considera que el tratamiento a que se había visto sometido desde que acudió a Atención Primaria se había alargado innecesariamente en el tiempo y había sido más agresivo y dañino de lo inicialmente necesario, siendo el retraso en su reenvío al Servicio de Cirugía Maxilofacial el causante del daño y de las secuelas que presentaba, por lo que solicitaba una indemnización que, inicialmente, evaluaba en, al menos, 400.000 euros.

Terminaba el escrito solicitando el recibimiento aprueba para la que proponía:

- 1) Documental: incorporación al expediente de su historia clínica, de los protocolos, anexos, notas, hojas informativas u otro tipo de información, dirigidas a médicos de familia u otras unidades sobre tumores en cara y cavidad orbitaria para su remisión directa al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del HRS, y el informe de dicho Servicio sobre si ese tipo de tumores también eran operados por otros facultativos de la misma especialidad en otros hospitales de la región.
- 2) Testifical: Declaración de su hija Dª. X.
- 3) Testifical-pericial: del doctor P.
- 4) Pericial: con el fin de concretar los daños y perjuicios sufridos, así como su valoración.

SEGUNDO.- Por resolución del Director gerente del SMS, de 7 de marzo de 2021, se admitió a trámite la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 169/22, y se designó al Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica como órgano encargado de la instrucción. La resolución fue notificada al interesado el 11 de marzo de 2022.

TERCERO.- Mediante escrito del 7 de marzo de 2022, el instructor remitió copia de la reclamación a la Gerencia del HRS. Solicitaba el envío de una copia compulsada de la historia clínica del interesado, así como los informes de los profesionales implicados en el proceso asistencial.

Con otro escrito de esa misma fecha se dirigió al hospital "Quirónsalud" en demanda de envío de similar documentación a la requerida al HRS.

En igual fecha comunicó la presentación de la reclamación a la correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal. S.A.".

CUARTO.- El día 11 de marzo de 2022 quedó registrado un escrito de la Gerencia del hospital "Quirónsalud", remitiendo una copia de la historia clínica del interesado y comunicando que los facultativos que le prestaron asistencia pertenecían al SMS, no formando parte de la plantilla de dicho centro, por lo que sus informes debían reclamarse al SMS.

QUINTO.- La Gerencia del HRS envió la documentación solicitada mediante escrito de 30 de mayo de 2022, que incorporaba la documentación clínica de Atención Especializada y de Atención Primaria, un informe del Servicio de Oftalmología y otro del Servicio de Dermatología, así como las imágenes radiológicas en soporte CD, quedando pendiente el envío del informe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

El Servicio de Oftalmología se limitaba a señalar que no constaba entre la historia clínica ningún informe del mismo. Tan solo que el interesado fue atendido en el Servicio de Urgencias por Oftalmología a causa de una conjuntivitis adenovírica el 28 de julio de 2020.

La doctora Q, del Servicio de Dermatología, expone en su informe la atención prestada al interesado desde el 1 de junio de 2020, respondiendo a una interconsulta no presencial realizada por su médico de Primaria. Expone que, de acuerdo con el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (Orden SCO/2754/2007, de 4 de septiembre), el manejo de cáncer cutáneo es competencia del dermatólogo, si bien tiene con otras especialidades áreas fronterizas en las que sus campos o sus cometidos respectivos se superponen o coinciden, y que esta es una situación que se produce no solo con la Dermatología, sino con gran parte de las especialidades médicas, siendo inevitable y necesario. Este es uno de los motivos por los que se trabaja con comités interdisciplinares, y que, *“En el caso que nos ocupa, el paciente fue tratado adecuadamente por dermatología, se le realizó una primera intervención para exéresis del tumor y estudio histológico, dejando la zona cerrar por segunda intención, esto se hace en ocasiones cuando no hay certeza de que los márgenes tumorales estén libres de tumor, de esta manera no se modifica la zona donde estaba inicialmente el tumor y en caso de ser necesario se realiza la segunda intervención sobre la zona inicialmente resecada. En la segunda intervención se ampliaron los márgenes profundos, después de preparar la cirugía en colaboración de otras dos especialidades, oftalmología y anatomía patológica. El motivo de consultar con oftalmología fue la localización del tumor, con la intención de preservar la vía lacrimal y la funcionalidad palpebral. Después de esta intervención, se realizó el estadiaje del paciente siguiendo las guías ya referidas. El estadio T1NOMO es de bajo riesgo. Es necesario reflejar que, de forma intercurrente, el paciente fue diagnosticado de una micosis fungoide estadio IV/síndrome de Sézary con eritrodermia cutánea, por lo que el paciente inició tratamiento oncológico. Existe evidencia científica sobre que la inmunosupresión del paciente por distintas causas puede empeorar el pronóstico del carcinoma escamoso.*

La sospecha de recidiva tumoral durante la exploración dermatológica derivó de forma inmediata en la solicitud de las pruebas complementarias necesarias para confirmarlo y actuar en consecuencia. Con el resultado de las mismas el paciente fue informado de que se presentaría en el comité interdisciplinar de cabeza y cuello. En el comité se decidió que debía valorarlo el servicio de cirugía maxilofacial para plantear intervención quirúrgica y radioterapia adyuvante. El mismo día, el dermatólogo intentó contacto telefónico infructuoso, pero al día siguiente, de forma presencial se le transmitió la información y en menos de 1 semana fue valorado por el servicio de cirugía maxilofacial, que finalmente intervino al paciente. No ha habido retraso en la derivación al servicio de cirugía maxilofacial”.

Termina su informe con los siguientes pronunciamientos: *“28. No se puede afirmar que toda la agravación deriva de no remitir al paciente a cirugía maxilofacial. Como ya se ha expuesto, hay múltiples causas que intervienen en la evolución del paciente y en este caso en concreto el diagnóstico de micosis fungoide estadio IV/síndrome de Sézary es, sin duda, un hecho relevante.*

29 y 30. No tiene relación con dermatología”.

SEXTO.- Con un nuevo escrito de 13 de junio de 2022, el instructor requirió de la Gerencia HRS el envío del informe del Servicio de Cirugía Maxilofacial, siendo remitido el siguiente día 16.

El informe del doctor P, Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial, de 14 de junio de 2022, se refiere a la atención que se le prestó al interesado a partir del 1 de febrero de 2021, tras ser analizado el caso en el Comité de tumores de cabeza y cuello del día 27 de enero anterior. En él se decidió que el paciente fuera atendido por su Servicio, siendo intervenido quirúrgicamente el 23 de febrero de 2021 y dado de alta el siguiente día 26. El informe del Servicio de Anatomía Patológica concluyó que se había extirpado el tumor con márgenes de manera que, vuelto a presentar ante el Comité se consideró que no precisaba tratamiento coadyuvante de radioterapia. Desde ese momento pasó revisiones periódicas en las consultas externas de Cirugía Maxilofacial realizando exploraciones físicas y estudios complementarios de imagen (TAC con contraste intravenoso) encontrándose el paciente libre de enfermedad. Con el informe del doctor P se adjuntaba el del Servicio de Anatomía Patológica de 17 de marzo de 2021 que, en una nota adicional final señala *“Teniendo en cuenta la totalidad de las biopsias recibidas y*

entendiendo que el tejido remitido como “hueso medial al tumor” es el verdadero margen interno de la operación, se considera que la neoplasia ha sido resecada en su totalidad”.

SÉPTIMO.- Con escrito de 21 de junio de 2022, el instructor remitió el expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA) en demanda de la evacuación del informe de la Inspección Médica.

En la misma fecha remitió copia de todo lo actuado a la correduría de seguros.

OCTAVO.- Mediante correo electrónico de 14 de septiembre de 2022 se recibió un informe médico pericial remitido por la correduría de seguros. Se trataba de un informe de la empresa --, evacuado por la doctora R, facultativa especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, el 9 de septiembre de 2022. Formulaba una conclusión final según la cual *“La actuación por parte de los facultativos que trataron al paciente desde que se le valoró por telederma, hasta la última intervención realizada por cirugía maxilofacial, fue correcta”*.

El informe fue remitido a la SIPA el 4 de octubre siguiente.

NOVENO.- El instructor del procedimiento acordó la apertura del trámite de audiencia el día 29 de noviembre de 2022, notificándolo al interesado el siguiente 13 de diciembre.

DÉCIMO.- El 23 de diciembre de 2022 tuvo entrada en el registro electrónico de la Comunidad un escrito presentado por Dª. X, hija del Sr. Y, comunicando que su padre había fallecido y que sus herederos solicitaban la suspensión del plazo abierto y la concesión del necesario para personarse en el expediente, tomar vista y formular alegaciones. Respondiendo a ello el instructor le dirigió un escrito el 30 de diciembre de 2022 comunicando la concesión de un plazo de 15 días naturales. El escrito fue recibido el 4 de enero de 2023.

UNDÉCIMO.- El 13 de enero de 2023 un abogado presentó un nuevo escrito en el registro con el que los herederos del fallecido se personaban en el procedimiento, acompañando copia del testamento y de los documentos de aceptación del apoderamiento apud acta otorgado a su favor por la esposa del Sr. Y, Dª. S, y de sus hijos, Dª. X y D. T.

DUODÉCIMO.- El 1 de febrero de 2023, el representante de los herederos presentó un escrito de alegaciones, ratificando todo lo manifestado hasta esa fecha y haciendo ver su disconformidad con la tramitación del procedimiento en el que no se habían practicado las pruebas propuestas en su escrito inicial, lo que, a su entender, causaba indefensión al limitar el derecho de defensa por consistir en pruebas que sólo podía facilitar el SMS. Pedía la retroacción del expediente para que se practicaran las pruebas de las que se desconocía el motivo de su rechazo.

DECIMOTERCERO.- El instructor solicitó a la Gerencia del Área VII la remisión por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del HRS de los protocolos, anexos, notas, hojas informativas o de otro tipo dirigidas a los médicos de familia u otras unidades sobre tumores en cara y cavidad orbitaria para su remisión directa a dicho Servicio, así como de un informe del mismo sobre si ese tipo de tumores los operaban también los cirujanos maxilofaciales de otros hospitales de la región.

En contestación a la petición, el Gerente del HRS remitió un informe del Director Médico del hospital de 15 de febrero de 2023 danto cuenta de la inexistencia de protocolos, anexos, notas, hojas informativas ni otro tipo de información emitido desde tal dirección a médicos de familia u otras unidades sobre tumores en cara y cavidad orbitaria y que, de existir algún documento remitido desde alguna unidad asistencial del hospital, no contaría con el aval y la aprobación de dicha dirección médica por no haberse sometido a valoración y aprobación.

DECIMOCUARTO.- Mediante escrito de 20 de febrero de 2023, el instructor comunicó al representante de los interesados las razones de no practicar las pruebas propuestas. En unos casos por la inexistencia de los documentos solicitados y en otros por denegarse al considerarlas innecesarias, concretamente en este último caso el informe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial sobre la posibilidad de que tales tumores fueran operados por facultativos de la misma especialidad en otros hospitales de la Región. Asimismo, se consideró innecesaria la declaración testifical de la hija del fallecido, al constar ya los hechos en los que participó, así como la del citado Jefe de Servicio, una vez que había evacuado su informe describiendo su participación en el proceso asistencial.

El escrito fue notificado el día 1 de marzo de 2023.

DECIMOQUINTO.- El 6 de marzo de 2023 el instructor elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos previstos legalmente para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

DECIMOSEXTO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando copia del expediente y el 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. El inicialmente reclamante tenía legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños que imputaba al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 32.1 LRJSP. Fallecido él, se personaron en el procedimiento su esposa e hijos que también gozan de legitimación como reconoce la jurisprudencia. Así, por ejemplo, en un asunto similar al presente, la Sentencia núm. 200/2013 de 8 febrero, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3^a) se pronunció en los siguientes términos: *“Es evidente que el daño personal de don ... no solo era eminentemente personal e intransmisible; de tal manera que no cabe sucesión en tal sentimiento y pesar; pero lo mismo que ello no puede ser resarcido en sí mismo considerado y nadie puede reparar un daño no material, sino por su equivalente económico, es patente que el valor monetario sí puede ser objeto de sucesión por parte de los herederos, pues en nuestro ordenamiento jurídico los herederos suceden al causante por el mismo hecho de la muerte y la herencia está integrada por todos los bienes y derechos que no son de naturaleza personalísima y quedan pocas dudas acerca de que una indemnización, un crédito al fin y al cabo, carece de cualquier carácter personalísimo y puede integrarse en una herencia. Otra cosa llevaría, además de contradecir las normas del Código Civil -artículos 657 y 659-, a determinar que la administración hubiera resultado favorecida por el fallecimiento de su acreedor, lo que, realmente, carece de todo fundamento [...]”*

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, pues el *dies a quo* fue el 26 de febrero de 2021, fecha del alta hospitalaria, y la reclamación se presentó el 24 de febrero de 2022

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, habiendo decidido el instructor la continuación del procedimiento una vez vencido el plazo máximo para la evacuación del informe de la Inspección Médica sin haberse recibido, al contar con elementos de juicio suficientes.

TERCERA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Son requisitos exigidos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración la concurrencia de un hecho, acción u omisión que resulte imputable a la Administración; la producción de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado, que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar, y la

existencia de una relación de causalidad directa e inmediata entre aquel hecho, acción u omisión y el mencionado daño o perjuicio, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal ni en particular la concurrencia de fuerza mayor. Tales exigencias están contenidas en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y han sido precisadas por constante jurisprudencia del Tribunal Supremo y reiterada doctrina de los diferentes Órganos consultivos, correspondiendo al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

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.

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.

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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervenientes, de preceptiva incorporación al procedimiento (artículo 81.1 LPACAP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que "*en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes*".

III. Dicho esto debe, en primer lugar, dejarse constancia de que las aseveraciones hechas por los interesados no han contado con un informe pericial que las respalde, incumpliendo así con la obligación que recae sobre ellos. Sin embargo, la Administración ha traído al expediente diversos informes que sostienen la inexistencia de mala praxis y, por tanto, de responsabilidad por su parte.

Es el caso del informe de la doctora Q, Jefa del Servicio de Dermatología del HRS (Antecedente Quinto), en el que concluye que la atención dispensada en su Servicio fue la adecuada, realizándole una primera intervención para exéresis del tumor y estudio histológico, dejando la zona cerrar por segunda intervención en el caso de que, ante

la incertidumbre sobre si los márgenes tumorales quedan libres de tumor, fuera precisa esa segunda intervención sobre la zona inicialmente resecada. Así sucedió. Se efectuó una segunda intervención en la que se ampliaron los márgenes profundos de acuerdo con las consultas a otras especialidades - oftalmología y anatomía patológica -. La recurrencia de infección por micosis fungoide IV/síndrome de Sézary determinó el tratamiento oncológico del paciente, existiendo evidencia de que la inmunosupresión del paciente podía empeorar el pronóstico de carcinoma escamoso. De modo terminante señala *"No se puede afirmar que toda la agravación deriva de no remitir al paciente a cirugía maxilofacial. Como ya se ha expuesto hay múltiples causas que intervienen en la evolución del paciente y en este caso en concreto el diagnóstico de micosis fungoide IV/síndrome de Sézary es, sin duda, un hecho relevante".*

El Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial, Dr. P, expone en su informe la atención prestada tras serle derivado el paciente según el acuerdo adoptado en el Comité de tumores de cabeza y cuello, en su sesión celebrada el 27 de enero de 2021. La intervención quirúrgica que se le practicó fue plenamente eficaz, puesto que, cuando fue alta el día 26 de febrero de 2022, el tumor le había sido extirpado totalmente, no necesitando tratamiento adyuvante de radioterapia, por lo que la solución quirúrgica resultó ser un tratamiento curativo como acreditaba el informe del Servicio de Anatomía Patológica de 17 de marzo de 2021, según el cual la neoplasia había sido extirpada en su totalidad.

Por último, el informe de la doctora R, de la empresa --, en sus consideraciones sobre el caso, comienza señalando que *"El dermatólogo en la primera intervención, ante diagnóstico clínica de queratoacantoma, realiza exéresis de la lesión y deja el margen interno cruento para cierre por segunda intención a la espera del estudio anatomicopatológico, praxis adecuada para no distorsionar los bordes de resección en caso de tener que reintervenir".* Ante el diagnóstico que presentaba, la opción de tratamiento a seguir era la ampliación del margen afectado por el tumor, acorde a las guías clínicas internacionales, y la actitud debía ser la de seguimiento clínico, como así ocurrió hasta que se decidió la segunda intervención quirúrgica. Afirma que *"Los carcinomas espinocelulares craneofaciales, en estadio T1-T2 NO, pueden ser tratados quirúrgicamente tanto por dermatología como por cirugía maxilofacial"*, debiendo ser tratados necesariamente por esta última en determinados casos, entre los que se encontró el señor Y después de la progresión experimentada por del tumor con recidiva y afectación orbitaria, momento en el que fue valorado, y así lo decidió el Comité de tumores derivándolo a dicho Servicio. En su apartado de conclusiones, ante la opinión del paciente de que había sufrido un agravamiento de sus lesiones por el retraso en la derivación al Servicio de Cirugía Maxilofacial, la informante lo niega. Partiendo de que el proceso asistencial se inició cuando él acudió en mayo de 2020 a su médico de Atención Primaria, después de una evolución de 3 meses, siendo atendido por teleconsulta dermatológica en la que se propuso una primera intervención quirúrgica, pasando por su derivación en momento adecuado al Servicio de Cirugía Maxilofacial, y finalizando con su alta hospitalaria tras ser intervenido por dicho Servicio con el resultado de extirpación total del tumor, califica como correcta la actuación de todos los facultativos que prestaron su asistencia.

Puede concluirse, en consecuencia, que en el presente caso no se ha producido una infracción de la *"lex artis"* por lo que los daños por los que se reclama no tienen la consideración de antijurídicos.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos legalmente exigibles para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.