



Dictamen nº **174/2024**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de junio de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 1 de marzo de 2024 (COMINTER 48971) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 4 de marzo de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_079), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de enero de 2022 D. X y D. Y, D. Z y D. P formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son el viudo y los hijos, respectivamente, de D.^a Q, que falleció el 16 de enero de 2021.

También relatan que a su familiar se le diagnosticó cáncer de cérvix el 10 de septiembre de 2000 y neoplasia maligna del cuello del útero, pero que no se le prescribió tratamiento específico, ni se le realizó citología vaginal, ni biopsia, ni alguna otra prueba destinada a perfilar dicho diagnóstico e implantar un tratamiento.

A continuación, explican que el 27 de enero de 2004 se le volvió a diagnosticar un cáncer precoz de cérvix, y que tampoco se le impuso un tratamiento ni se la sometió a pruebas específicas.

Destacan que el 9 de noviembre de 2009 se reiteró el diagnóstico anterior, después de que se le hubiese realizado una citología en el mes de agosto anterior. Sin embargo, tampoco se le prescribió un tratamiento específico.

Los reclamantes manifiestan, a continuación, que desde esa última fecha hasta octubre de 2019 la paciente sufrió toda clase de molestias y acudió en numerosas ocasiones a su Centro de Salud. Destacan que, pese a ello, no se hizo nada para tratar de confirmar aquel diagnóstico inicial, ni para tratarlo, ni para saber su evolución o precisar su alcance.

En el mes de octubre citado acudió al Centro de Salud porque advirtió la existencia de sangre en su orina (hematuria). Sin embargo, relatan que su médico de cabecera sólo pidió que se realizase una prueba de orina y le prescribió *Monurol*.

El 21 de diciembre acudió a Urgencias por nuevo sangrado en la orina. Su médico solicitó una citología que se iba a realizar el lunes siguiente.

No obstante, explican que, ante la evidente falta de atención médica por dicho sangrado, la enferma acudió el 23

de diciembre de 2019 al Centro Médico --, en el que le diagnosticaron un adenocarcinoma de endometrio tipo endometroide, tras realizarle una ecografía y una biopsia.

Los reclamantes sostienen que fue a raíz del informe realizado en la medicina privada que los facultativos del Servicio Murciano de Salud (SMS) parecieron entender la enfermedad que padecía su familiar, que no se trataba de una neoplasia de cérvix, sino de un adenocarcinoma seroso de endometrio, lo que era muy diferente.

Destacan, a continuación, que fue entonces cuando, el 11 de febrero de 2020, se decidió intervenir a la paciente. Y resaltan que en esa operación se lesionó a la enferma, ya que el método que se empleó, una laparoscopia, no era el más indicado.

Señalan que en esa intervención se le causó a la paciente una lesión de 0,5 cm en la cúpula vesical y en la pared uterina anterior a nivel del istmo. Manifiestan que ello motivó la colocación de una sonda vesical post-cirugía durante un mes por la afectación de la vejiga urinaria. Se decidió, entonces, efectuar una laparotomía.

Seguidamente, explican que, tras esa intervención, por el Servicio de Oncología se le prescribieron a la paciente seis sesiones de quimioterapia, aunque se descartó efectuar una segunda intervención. El 12 de enero de 2020 se optó por aplicar sólo tratamientos paliativos.

Los reclamantes exponen que su esposa y madre, respectivamente, falleció el 16 de enero de 2021, como consecuencia de las complicaciones derivadas de la enfermedad oncológica que padecía.

Sostienen los interesados que la muerte se debió a la continua negligencia de los facultativos del SMS, tanto por realizar un mal diagnóstico inicial (del que ni siquiera la paciente obtuvo tratamiento alguno), como por el hecho de que, una vez determinada tardíamente la enfermedad, se produjo un error en la intervención quirúrgica, así como un retraso imperdonable en ser tratada por el Servicio de Oncología.

Señalan que lo anterior queda corroborado con el informe pericial elaborado por el Dr. D. R el 25 de noviembre de 2021, que se acompaña con la reclamación, en el que se recogen las conclusiones siguientes:

“1. Hubo un retraso en el control de las pruebas diagnósticas y por tanto en el tratamiento de su enfermedad neoplásica ya que durante 10 años (desde 2009 al 2019) no se le realizó ninguna prueba diagnóstica (citología vaginal, biopsia, etc.), ni se derivó a especialista desde el primer momento.

2. Hubo errores durante el acto quirúrgico y se produjeron daños en vejiga urinaria (y posteriormente necesitó de colocación de sonda vesical que duró más de un mes) y de útero (rotura de endometrio y emisión de material a cavidad peritoneal).

3. No se realizó una segunda cirugía (para conversión reglada) y se optó por tratamiento adyuvante debido al COVID-19 y retraso en la recepción de la paciente (2 meses postcirugía) y que según los oncólogos podría haber estado indicada.

4. En una paciente con 3 laparotomías en años anteriores hubiera estado más indicado desde el principio una laparotomía antes que una laparoscopia. Hubo una probable indicación errónea ya que se efectuó en primer lugar laparoscopia y después se indicó laparotomía. También hubo error en el diagnóstico inicial.

5. Hubo una interpretación incorrecta de la sintomatología de la paciente, ya que desde seis meses antes del diagnóstico definitivo, no se tuvo en consideración la hematuria que presentaba. Por tanto, hubo un retraso en el diagnóstico correcto que perjudicó las posibilidades de recuperación.

6. Existe una probabilidad razonable de que la evolución de su enfermedad hubiera sido distinta si no se hubiera producido un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento”.

Por lo que se refiere a la valoración de los daños por los que reclaman, los cuantifican de manera conjunta en 223.716,71 €, con arreglo al siguiente desglose:

a) Para el cónyuge viudo:

- Por perjuicio básico, 134.854,18 €.
- Por perjuicio patrimonial por daño emergente (Perjuicio patrimonial básico), 421,42 €.
- Por perjuicio patrimonial por lucro cesante (cuota del perjudicado 60%), 23.964,00 €.

SUBTOTAL: 159.239,60 €.

B) Para cada uno de los hijos, la suma de 21.492,37 €, con arreglo a la siguiente distribución:

- Por perjuicio básico, 21.070,95 €.
- Por perjuicio patrimonial por daño emergente (Perjuicio patrimonial básico), 421,42 €.

SUBTOTAL (21.492,37 x 3), 64.477,11 €.

TOTAL (159.239,60 + 64.477,11), 223.716,71 €.

Junto con la solicitud de indemnización aportan copias de diversos documentos clínicos, entre ellos los realizados en el Centro Médico --, del informe médico-pericial ya referido y del Libro de Familia.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 11 de febrero de 2022, y el día 17 de ese mes se informa de ello a la correduría de seguros del SMS para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente. También se solicita con esa última fecha a las Direcciones Gerencias de las Área de Salud I y VI que remitan copias de las historias clínicas de la paciente fallecida de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- El 25 de marzo de 2022 se recibe la copia de la historia clínica solicitada a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI, Vega Media del Segura, tanto de Atención Primaria como Especializada. Se acompaña con ella el informe realizado el día anterior por el Dr. D. S, Jefe de la Sección de Oncología Médica.

En el apartado *Antecedentes* de este extenso informe se destaca que la paciente no presentó “*diagnóstico previo de neoplasia. Participación en el programa de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix (citologías negativas para malignidad en 2000, 2004 y 2009)*”.

También se precisa en el apartado titulado *Historia oncológica*, que se le “*Diagnosticó en enero de 2020 (a los 65 años de edad) de adenocarcinoma (ADC) seroso de alto grado endometrial estadio IIIC1. La paciente había sido diagnosticada a finales de diciembre-2019 en un centro externo de una neoplasia endometrial con invasión del miometrio, con biopsia positiva para carcinoma de endometrio tipo endometrioide; el cérvix era normal en la exploración ginecológica realizada en dicho centro y en el servicio de Ginecología del H. Virgen de la Arrixaca. Con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio estadio Ib fue intervenida por vía laparoscópica el 11/2/2020 (Sº Ginecología H. Virgen de la Arrixaca) practicándose hysterectomía, doble anexitomía y linfadenectomía pélvica bilateral; en el protocolo quirúrgico se describen intensas adherencias de la cara anterior uterina a la vejiga, así como ausencia de líquido ascítico o de implantes peritoneales, con superficie hepática y diafragmática libres, sin otros hallazgos en la cavidad abdominal; durante el acto quirúrgico se produjo, a pesar del despegamiento cuidadoso de la plica vesicouterina, rotura de pared uterina anterior y emisión de material a cavidad peritoneal, así como lesión de la vejiga urinaria, por lo que la cirugía se reconvirtió a laparotomía y se colocó sondaje vesical*”.

Y se añade que “Tras ser valorada en consulta de Ginecología HCUVA con el informe anatomo patológico de la pieza quirúrgica, la paciente fue remitida con fecha 13/3/21 para tratamiento adyuvante a nuestro servicio y al servicio de Oncología Radioterápica del HCUVA. Tras valoración en nuestra consulta el mismo día de la recepción de la interconsulta (08/04/20) el caso fue presentado en sesión clínica; aunque se planteó la posible realización de cirugía reglada, se descartó finalmente teniendo en cuenta la situación epidemiológica del COVID-19 y el intervalo temporal con la primera cirugía, así como la prioridad de la administración de quimioterapia. Se completó estudio diagnóstico con TC toracoabdominal postquirúrgico, que no mostró enfermedad residual y con marcadores tumorales, que fueron normales (...).

Con el diagnóstico definitivo de adenocarcinoma de endometrio seroso de alto grado estadio pT2pN1M0, sin enfermedad residual detectable, recibió un total de 6 ciclos de quimioterapia con carboplatino-paclitaxel: CBPA AUC 5 + PTX 175 mg/m² cada 21 días. El tratamiento fue administrado entre el 20/04/2020 y el 29/07/2020. La toxicidad más relevante fue astenia grado 1 y alopecia grado 2. Tras concluir la QT se realizó reevaluación de la enfermedad, con TC toracoabdominopélvico sin evidencia de recaída y con marcadores tumorales normales (CA 125: 11.8; CEA: 1). La paciente fue remitida a Oncología Radioterápica en HCUVA donde recibió RT externa (45 Gy, entre el 18/08/2020 y el 22/09/2020) y braquiterapia endocavitaria en octubre de 2020. Una vez finalizado el tratamiento adyuvante la paciente fue citada en CEX de Oncología Médica para revisiones de acuerdo con el protocolo del Servicio”.

A continuación, se expone que “La paciente ingresó con carácter urgente el día 02/01/2021 a cargo de la Sección de Digestivo por sospecha de hemorragia digestiva alta. La paciente presentaba dolor y distensión abdominal por lo que entre los estudios complementarios llevados a cabo se incluyó una TC de tórax-abdomen-pelvis en la que se objetivó una recaída de su enfermedad de base a nivel pulmonar, peritoneal, en fondo vaginal y en pared abdominal. Ante tales hallazgos se realizó interconsulta a Oncología Médica para valoración.

(...)

El día 08/01/2021 se realizó cambio de cargo de Sección de Digestivo a Oncología Médica para mejorar el control de síntomas de la paciente y la situación funcional con vistas a iniciar quimioterapia más adelante ya que en el momento que asumimos a la paciente los riesgos superaban a los beneficios del tratamiento antineoplásico por el ECOG 3 y el contexto clínico en el que se encontraba. Se informó tanto a familiares como a la propia paciente, estando de acuerdo con la actitud adoptada.

(...)

Dado que la paciente reunía criterios de refractariedad y que no estaba en condiciones de iniciar ningún tipo de tratamiento antineoplásico se consideró que lo indicado era realizar un tratamiento exclusivamente paliativo con vistas a garantizar su confort. Los familiares de la paciente fueron informados y se les explicó la situación de últimos días. Tras resolver sus dudas dieron consentimiento para iniciar una sedación paliativa. La paciente se mantuvo con adecuado control de síntomas, falleciendo el día 16/01/2021 a las 13:15 horas”.

Y se exponen los siguientes diagnósticos principales:

- “• Enero-20. Adenocarcinoma seroso endometrial de alto grado estadio pT2 pN1 M0 (IIIC1) tratado con cirugía (histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica), sin evidencia de enfermedad residual. Tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.
- Enero-21. Recaída pulmonar, peritoneal, pleural, vaginal y en pared abdominal. Deterioro del estado general secundario a progresión de su enfermedad oncológica de base, con insuficiencia respiratoria secundaria a derrame pleural y ascitis refractaria. Exitus letalis”.

Se remite, asimismo, un disco compacto (CD) que incorpora los resultados de las pruebas de imagen que se realizaron.

CUARTO.- El 5 de abril siguiente se recibe la copia de la historia clínica demandada a la Dirección Gerencia del Área de Salud I. Se adjuntan con ella, asimismo, dos informes médicos.

El primero es el realizado el 30 de marzo de 2022 por el Dr. D. T, facultativo especialista del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUVA, en el que reconoce que atendió a la paciente el "9 de enero de 2020 en la consulta de oncología ginecológica del Hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca, a donde fue derivada con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio tipo endometrioide, según una biopsia externa al hospital.

En esa visita exploré a la paciente, evalué la ecografía, que mostraba un tumor que se había empezado a extender en profundidad por las paredes uterinas, y establecí la indicación quirúrgica, así como la vía de abordaje. Informé del procedimiento, de las vías alternativas, y de las potenciales complicaciones, haciendo especial hincapié en el antecedente de las tres cesáreas anteriores. Finalmente, [la paciente] firmó ante mí los consentimientos informados de la cirugía y de transfusión de hemoderivados y solicité la valoración preanestésica.

El día 11 de febrero de 2020 realicé la cirugía inicialmente por laparoscopia, que se complicó con una lesión vesical, algo común cuando la paciente tiene hecha una cesárea, y más cuantas más sean, motivo por el que la cirugía se terminó por laparotomía. Aparte de esas incidencias, los objetivos oncológicos se completaron según lo previsto, cumpliendo los estándares establecidos para el tipo de tumor diagnosticado.

El resultado final de la pieza quirúrgica fue la de un adenocarcinoma seroso de endometrio (distinto del que figuraba en la biopsia externa con la que la paciente acudió la consulta de oncología ginecológica) que estaba afectando a los ganglios linfáticos de la pelvis. Con ese diagnóstico final se indicó la necesidad de administrar un tratamiento con quimioterapia adyuvante, del que se encargó el Servicio de Oncología Médica del Hospital Morales Meseguer, así como radioterapia adyuvante, que corrió a cargo del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

De las alegaciones que hacen los demandantes, tengo que decir lo que sigue:

- En la séptima alegación (página 3 de la reclamación patrimonial) y en el informe pericial (página 12) se dice que la laparoscopia no es método más indicado para abordar este caso. Esa afirmación carece de toda base. Desde hace años disponemos de datos de múltiples estudios que demuestran que laparoscopia y laparotomía son vías equivalentes para tratar el cáncer de endometrio, con iguales tasas de supervivencia y similares tasas de complicaciones intraoperatorias, pero con menos complicaciones postoperatorias y mejor calidad de vida en caso de la laparoscopia. Por ello las más importantes sociedades científicas, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) o la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) sitúan a la laparoscopia como vía de primera elección para tratar un cáncer de endometrio. Por tanto, las complicaciones intraoperatorias de este caso no se pueden atribuir a la vía quirúrgica elegida, puesto que serían igualmente posibles si se hubiera optado por la laparotomía, sino a los antecedentes de la paciente, en concreto a las tres cesáreas anteriores, que dificultan la disección de la vejiga urinaria durante la cirugía, aumentando el riesgo de que se lesione.

(...).

- En la página 10 del informe pericial se hace referencia a la conveniencia ha haber realizado una segunda cirugía una vez conocido el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica. Si bien es cierto que esa es una actitud que se adopta en determinados casos, en este habría sido de escasa utilidad porque no hubiera cambiado la actitud

terapéutica. Esta forma de actuar está sancionada por la ESGO que afirma que se pueden omitir otros gestos quirúrgicos si los ganglios pélvicos están afectados, como ocurrió en el caso de [la paciente].

- En la reclamación se hace referencia al diagnóstico de un tumor en el cuello uterino hecho hace veinte años al que no se puso tratamiento. Sin embargo, no se aporta ningún dato objetivo, ni el resultado de ninguna prueba que ratifique la existencia de ese tumor, ni se explicita la forma en que se hizo el diagnóstico. Además, se indica que el supuesto cáncer inicial era un tumor que afectaba al cuello uterino, mientras que el tumor que se diagnosticó por la biopsia externa y que se trató en el Hospital clínico universitario Virgen de la Arrixaca, afectaba al cuerpo uterino. Los tumores que afectan a cuello y los que afectan al cuerpo uterino son absolutamente distintos en cuanto a su origen, génesis, pautas de extensión, comportamiento biológico y formas de diagnóstico. En ningún caso uno va a depender o va a estar relacionado con el otro.

En el informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica se establece que el cuello uterino no estaba afecto por ningún tumor primario. Ese hallazgo va en contra del supuesto diagnóstico de un tumor del cuello hecho veinte años atrás, puesto que el cáncer es una enfermedad de carácter progresivo, que avanzará paulatinamente sin tratamiento y que no va a regresar espontáneamente".

El segundo informe es el elaborado por la Dra. D.^a V, facultativa especialista del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUVA, en el que explica la asistencia que dispuso a la enferma.

QUINTO.- El 6 de abril de 2022 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- Con fecha 22 de septiembre se recibe el informe pericial realizado conjuntamente, el 23 de mayo anterior, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por dos médicas especialistas en Ginecología y Obstetricia, una de ellas con especial dedicación a patología oncológica y quirúrgica.

1. Se trata de una reclamación por una supuesta atención sanitaria defectuosa en el Servicio Murciano de Salud, de modo que se generó un retraso diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio y retraso en el tratamiento oncológico.

2. No existe diagnóstico de neoplasia maligna de cérvix, siendo las citologías realizadas en los años 2000, 2004 y 2009 en la consulta de Atención Primaria, dentro del programa de actividades preventivas NORMALES. Además, en el estudio histológico el útero tras cirugía en febrero de 2020 no hay evidencia de tumor maligno de cuello de útero.

3. La actuación ante la aparición de sangrado de origen genital es correcta realizándose derivación preferente a consulta de ginecología especializada.

4. La paciente consultó en un centro privado de ginecología tras la derivación desde Atención Primaria a consulta especializada.

5. Ante el diagnóstico preliminar es correcto el plan quirúrgico y terapéutico planteado puesto que inicialmente se

sospechaba un carcinoma de bajo riesgo localizado en endometrio, confirmándose tras la cirugía un carcinoma de endometrio de alto riesgo para recidiva y estadio avanzado.

6. La actuación del equipo multidisciplinar se ajustó durante el tratamiento a las recomendaciones de las guías y sociedades médicas en cuanto a la crisis sanitaria por COVID 19, valorando el caso de manera individualizada en comité multidisciplinar .

7. La evolución y la aparición de las recaídas se explica por la propia histología del tumor, los carcinomas serosos de endometrio son tumores con mayor agresividad y estadio más avanzado al diagnóstico, por lo que su pronóstico de supervivencia es bajo.

8. 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”.

Se remite una copia de este informe a la Inspección Médica el 28 de septiembre de 2022.

SÉPTIMO.- El 16 de diciembre de 2022 se recibe una comunicación de la Dirección de los Servicios Jurídicos con la que se adjunta el Decreto dictado el día 2 de ese mes por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia en los trámites del procedimiento ordinario núm. 414/2022, interpuesto por los interesados contra la denegación presunta, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En su virtud, se acuerda admitir el recurso contencioso-administrativo, requerir el envío del expediente administrativo y efectuar los emplazamientos de los interesados en dicho procedimiento.

La remisión del expediente, con la acreditación de haber emplazado a la compañía aseguradora del SMS, se lleva a efecto el día 28 de dicho mes de diciembre de 2022.

OCTAVO.- El 27 de marzo de 2023 se recibe el Decreto dictado el 17 de marzo de 2023 por la Sala citado del órgano jurisdiccional mencionado en el que se acuerda tener por desistidos a los recurrentes y se declara la terminación del proceso.

NOVENO.- Con fecha 3 de junio de 2023 se recibe el informe realizado por la Inspección Médica el 31 del anterior mes de mayo, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“Según los resultados de ausencia de malignidad de las citologías vaginales de cribado de cáncer de cérvix realizadas desde el año 2000 hasta 2009, la paciente no tuvo carcinoma de Cérvix y por lo tanto no necesitó iniciar tratamiento específico. El cáncer de endometrio uterino diagnosticado en 2019, no tiene relación con el cuello uterino estudiado en 2009, por lo que no hubo retraso diagnóstico desde 2009.

La hematuria encontrada en la paciente en julio y octubre de 2019, no es signo de sospecha de cáncer de útero, por lo que tampoco hubo retraso diagnóstico.

El 21 de diciembre 2019 por el sangrado vaginal explorado por el médico del Centro de Salud, de forma correcta se solicita citología vaginal y cita preferente con Ginecología.

El 9 de enero de 2020, con el diagnóstico preoperatorio por biopsia de: carcinoma de endometrio tipo endometrioide estadio Ib y una exploración cérvix normal, correctamente se indica cirugía de cualquiera de los tipos (laparoscopia o laparotomía) de lo que es informada la paciente mediante el consentimiento informado firmado.

La paciente también fue informada de las complicaciones de lesiones de vejiga que podrían aparecer, como fue su caso, por lo que se pasó a laparoscopia para resolver las lesiones y solventarlas en el momento quirúrgico.

Con el diagnóstico de adenocarcinoma seroso endometrial de alto grado pT2-pN1 IIIC mediante biopsia postoperatoria, el 8 de abril de 2020 en Sesión Clínica respecto de forma correcta se ajustaron a las recomendaciones de las guías en cuanto a la crisis sanitaria por COVID 19 al optar por el tratamiento coadyuvante en lugar de segunda cirugía, indicando que la decisión podría verse modificada en función de su evolución.

En octubre de 2020 la paciente finaliza el tratamiento adyuvante comprobando mediante TAC la ausencia de recaída de un adenocarcinoma endometrial de alto grado de evolución agresiva y mal pronóstico.

Tras finalizar tratamiento adyuvante en octubre de 2020 y una vez comprobada la ausencia de recaída, el 2 de enero 2021 la paciente ingresa en el Hospital Morales Meseguer porque sufre progresión de su enfermedad de mal pronóstico y curso agresivo de adenocarcinoma seroso endometrial de alto grado pT2-pN1 IIIC, por lo que correctamente recibe cuidados paliativos que al no evolucionar favorablemente, consensuado con la familia recibe sedación paliativa, con posterior fallecimiento el 19 de enero 2021 (sic)".

Se remite una copia de este informe a la correduría de seguros del SMS el 14 de junio de 2023.

DÉCIMO.- El 11 de agosto de 2023 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes.

Sin embargo, no consta que alguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- Con fecha 29 de febrero de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación 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 escrito recibido en este Consejo Jurídico el 1 de marzo de 2024, completado con la presentación de un CD tres días más tarde.

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 (LPAC), 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 formulado por cuatro personas interesadas, que son el cónyuge viudo y los tres hijos mayores de edad de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia del Libro de Familia que han aportado al procedimiento.

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. El artículo 67.1 LPAC determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motiva la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En el presente supuesto, el fallecimiento de paciente se produjo el 16 de enero de 2021, y la acción de resarcimiento se interpuso el 7 de enero de 2022, dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LCAP.

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 en relación con una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, 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.

Ya se ha expuesto que los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 223.716,71 € como consecuencia del retraso diagnóstico que alegan que se produjo, entre 2009 y 2019, del carcinoma de endometrio que padecía su esposa y madre, respectivamente. Argumentan que es razonable entender que la evolución de la enfermedad hubiese sido distinta si se hubiese diagnosticado antes y se hubiese prescrito el tratamiento oncológico adecuado.

En apoyo de su imputación de mala praxis médica han presentado un informe pericial suscrito por un médico experto en valoración del Daño Corporal.

Por su parte, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa de la paciente fallecida y el informe realizado por la Inspección Médica. A instancia de la compañía aseguradora del SMS se ha traído, asimismo, un informe pericial elaborado de manera conjunta por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia.

De la lectura de esos documentos y de estos últimos informes reseñados cabe concluir, en primer lugar, que -frente a lo que sostienen los reclamantes- la paciente no padeció en algún momento cáncer de cérvix o cuello uterino ni, por tanto, se le diagnosticó ese tumor ni se le prescribió tratamiento. Por tanto, como no existe relación entre el cuello y el endometrio uterino, no cabe hablar de retraso diagnóstico alguno.

En segundo lugar, acerca ya del cáncer de endometrio uterino, conviene destacar que la hematuria que presentaba la enferma en julio y en octubre de 2019 no era signo de sospecha de esa afección tumoral (como sí lo hubiese sido una metrorragia). Ya en diciembre de 2019, ante el sangrado vaginal que sufría la paciente, el médico de Atención Primaria solicitó de manera correcta una citología vaginal y cita preferente en el Servicio de Ginecología.

Una vez alcanzado el diagnóstico de carcinoma de endometrio en la sanidad privada, por elección de la enferma, en el Servicio de Oncología ginecológica del HUVA se propuso intervenirle empleando cualquiera de las dos técnicas posibles, laparoscopia o laparotomía. Así se ponía de manifiesto en el documento de consentimiento informado que firmó.

Como se expone en el informe de la Inspección Médica (folio 192), “Durante la intervención quirúrgica el 11/02/2020, se observan intensas adherencias de la cara anterior uterina a la vejiga, pero a pesar del despegamiento cuidadoso de la plica vésico-uterina, se rompe la pared uterina anterior, así como lesión de la

vejiga urinaria, por lo que el acto quirúrgico se reconvirtió a laparotomía, finalizando la cirugía con buena evolución”.

Sin embargo, la materialización del riesgo de lesionar la vejiga y la pared anterior del útero, de las que era conocedora la enferma, no constituye una vulneración de la *lex artis ad hoc*.

En tercer lugar, respecto del tratamiento adyuvante posterior que se le prescribió y aplicó a la paciente, incluidos los ajustes que fue necesario realizar como consecuencia de la pandemia provocada por el COVID-19, no advierten la Inspectoría Médica ni las peritas médicas ninguna infracción de la *lex artis*.

Lejos de ello, éstas últimas facultativas resaltan en su informe pericial que las actuaciones de los facultativos intervenientes fueron correctas, acordes a los protocolos médicos que resultaban de aplicación y respetuosas con la normopraxis exigible. Esta misma conclusión se puede considerar implícita en el informe de la Inspección Médica.

Por tanto, y a pesar del lamentable fallecimiento de la enferma, no se aprecia que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño moral que se alega, ni que éste revista carácter antijurídico, lo que debe justificar la desestimación de la reclamación planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, en concreto una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño moral que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.