



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 05/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de enero de 2025, 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 22 de abril de 2024 (COMINTER 87212), y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 23 de abril de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_128), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 22 de septiembre de 2017, D. X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por los daños que alega haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Considera que hubo un error en el diagnóstico inicial de cáncer de pulmón, que fue repetido en dos ocasiones por el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Comarcal del Noroeste (HCN). El error en el diagnóstico ha tenido, según la reclamante, varias consecuencias significativas: por una parte, alega que dicho error “ha generado un claro daño moral al reclamante y a su familia, quienes desde noviembre de 2016 hasta enero de 2017 creyeron erróneamente que padecía una enfermedad grave, hasta que finalmente fue descartada”; y, por otra parte, aduce que “el diagnóstico incorrecto ha provocado un retraso en el período de curación”, y que “de haber tenido un diagnóstico acertado desde el inicio, se habría acortado el tiempo de baja médica por incapacidad temporal”. Alega también que “he sufrido un lucro cesante, que comprende el haber tenido que hacer frente a los gastos fijos derivados de la actividad de hostelería a la que me dedico, así como las ganancias dejadas de obtener durante el período de tiempo en el que permanecí de baja médica”.

Solicita, “considerando los conceptos anteriores y sin perjuicio de que el daño moral sufrido no es resarcible en modo alguno en términos económicos”, una indemnización por importe de 100.000 euros. (No se determina qué parte del importe solicitado se corresponde con el daño moral, ni qué parte se corresponde con el alegado lucro

cesante; ni se justifica porqué se solicita esa concreta cantidad).

SEGUNDO.- La asistencia sanitaria que da lugar a la reclamación, a la vista del expediente remitido, se resume del siguiente modo:

-D. X acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del HCN, por dolor en el costado derecho, el 19 de septiembre de 2016, siendo diagnosticado de neumonía y tratado con antibióticos.

-Un mes después, el 22 de octubre de 2016, vuelve a Urgencias por malestar general, escalofríos y mialgias. Tras realizarle pruebas, se le diagnostica una neumonía de larga evolución con un nódulo pulmonar, y se decide su ingreso para más estudios.

-Durante su ingreso, el Servicio de Medicina Interna del HCN le realiza un TAC torácico que sugiere un posible proceso neoplásico. Se le realiza asimismo una PAAF (Punción Aspirativa con Aguja Fina) pulmonar y al alta se le diagnostica una masa en el lóbulo superior derecho. Se le cita para seguimiento en consultas de Neumología y se solicita un PET-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones) en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA).

-El informe de la PAAF sugiere un carcinoma epidermoide, por lo que fue derivado a Cirugía Torácica del HUVA, el 16 de noviembre de 2016, con sospecha de carcinoma epidermoide en estadio IB. El 16 de diciembre de 2016 se le realizó un EBUS (Ecobroncoscopia lineal) para estadiaje, que muestra adenopatías negativas para malignidad.

-El 07 de enero de 2017 ingresa en Cirugía Torácica del HUVA, donde se le realizan procedimientos como toracocentesis, drenaje torácico, fibrinolíticos y antibioterapia. Es dado de alta el 16 de enero de 2017 por mejoría.

-Posteriormente, en seguimiento en consultas externas de Cirugía Torácica del HCUVA, tras un TAC que concluyó engrosamiento cisural derecho crónico sin significado patológico, y revisión de la Anatomía Patológica, se reinterpreta la PAAF inicial. Los hallazgos se reevalúan en Sesión Clínica de 27 de enero de 2017, considerando que, en lugar de un carcinoma, se ha producido una celularidad reactiva ante un proceso neumónico. Y se indica seguimiento periódico.

TERCERO.- Con fecha 2 de noviembre de 2017, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica al interesado el siguiente día 16 de noviembre, indicándole el plazo máximo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

CUARTO.- Con fecha 7 de noviembre de 2017, el Servicio Jurídico del SMS, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita a la Gerencia del Área de Salud IV (HCN) la historia clínica del proceso asistencial de D. X, objeto de la reclamación, así como los informes de los facultativos intervinientes en dicho proceso asistencial, y el "historial de anotaciones de seguimiento del paciente e informe por el Servicio de Anatomía Patológica en el que aporte justificación documental del resultado de la primera y segunda biopsias realizadas, tal y como solicita el

reclamante en su escrito”.

Asimismo, también con fecha 7 de noviembre de 2017, la instrucción solicita a las Gerencias de las Áreas de Salud I (HUVA) y II (Hospital General Universitario Santa Lucía) la historia clínica del reclamante obrante en dichas Áreas, así como los informes de los correspondientes facultativos intervinientes en dicho proceso asistencial.

QUINTO.- Con fecha 30 de noviembre de 2017, en contestación a dicha solicitud, la Dirección Gerencia del Área de Salud I aporta copia de la historia clínica e Informe del Servicio de Cirugía Torácica, de 28 de noviembre de 2017, que se remite a la documentación clínica que obra en el expediente: “nos remitimos a nuestro informe clínico de Alta de día 16 de enero de 2017, que muestra la asistencia por parte de Cirugía Torácica durante el período de ingreso hospitalario que estuvo a nuestro cargo el paciente; así como también nos remitimos a nuestras notas clínicas de Seguimiento de Consultas Externas de Cirugía Torácica de los días 20 de enero de 2017 y de 22/24 de febrero de 2017, que manifiestan la actitud por parte de Cirugía Torácica a seguir ante los resultados en las pruebas y la evolución clínica que presentó el paciente”.

El Informe Clínico de Alta de 16 de enero de 2017 pone de manifiesto:

-“Ingreso programado para intervención pulmonar el lunes 09/01/2017, pero el paciente acude a urgencias 48 horas antes por encontrarse con dolor torácico de tipo pleurítico”, y que “ante aumento de densidad en radiología de urgencias se decide ingreso en Cirugía Torácica”.

-“Tras ingreso presenta fiebre alta el día de la Intervención prevista. Se actualizan estudios con TC preoperatorio que muestra derrame importante. Se punciona mediante toracocentesis obteniendo un líquido con criterios de exudado complicado. Citología y microbiología de líquido pleural negativas. Ante dicho diagnóstico, se suspende la cirugía reglada prevista y se procede a drenaje de la colección por Radiología Intervencionista. Se instaura tratamiento fibrinolítico intrapleural con uroquinasa que es efectivo”.

-“Se practica TC de control al alta que muestra mejoría del cuadro pleural sin cambios evolutivos en proceso oncológico de base. Es alta con antibioterapia y observación domiciliaria a la espera de asignar de forma preferente nueva fecha de cirugía programada pulmonar”.

La Nota Clínica de 20 de enero de 2017 expone:

“Se comenta en Sesión Clínica dada la evolución del cuadro, con disminución progresiva de la lesión.

Contactamos con Patólogo (Dr. Y) de H. Caravaca y revisa muestra, informándose como celularidad atípica reactiva a proceso neumónico.

No obstante, se cita con TC de control en 2 meses que solicito para control evolutivo”.

Y la Nota Clínica de 22 de febrero de 2017 señala :

“Paciente inicialmente diagnosticado de tumor pulmonar en LM/LSD que, tras neumonía y empiema asociados tratados con antibioterapia y drenaje, ha presentado una disminución de la supuesta lesión. Por ello, se revisa la

Anatomía Patológica y el patólogo lo ha informado como una atipia reactiva a neumonía, más que para tumor.

Debido a la complejidad del caso, se decide control y repetir TAC para descartar finalmente lesión pulmonar neoplásica. Acude hoy tras hacerse un TC torácico simple (16/02/2017): Se compara con TC previo de fecha 16/01/2017.

Enfisema pulmonar. Mínimo infiltrado en vidrio deslustrado en segmento anterior del lóbulo superior izqdo. sin aparente significado patológico actual. Engrosamiento cisural residual mayor y menor dcha. con reacción pleural del seno costofrénico posterior residual. Mínimo engrosamiento pleural seno costofrénico posteroinferior izqdo. No nódulos ni infiltrados pulmonares de significado patológico. No derrame pleural ni pericárdico. Adenopatías mediastínicas e hiliares de pequeño tamaño, sin cambios.

Conclusión. Engrosamiento cisural dcha. crónico sin significado patológico actual **CON** mínimos infiltrados atelectásicos laminares crónicos. Plan: Parece descartarse afectación neoplásica. No obstante, cito en 6 meseos tras un nuevo TC para finalmente confirmarse evolución libre de enfermedad”.

SEXTO.- Con fecha 7 de diciembre de 2017, la Gerencia del Área de Salud IV remite la documentación solicitada por la instrucción: historia clínica, Informe del Servicio de Medicina Interna, Listado de Notas del seguimiento del paciente e Informe de los estudios citopatológicos realizados.

El Informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna del HCN, de fecha 29 de noviembre de 2017, pone de manifiesto lo siguiente:

“Mediante la presente nota paso a relatarle la asistencia que se prestó a D. X por parte del servicio de M. Interna.

El paciente ingresó en nuestro servicio la noche del día 24 de octubre de 2016, con la sospecha clínica y radiológica de neoplasia pulmonar.

El día 25 de octubre fue visto por la Dra. Z Facultativo Especialista en Neumología, y según consta en la Historia Clínica electrónica se explicó al paciente, en presencia de su esposa, todas las posibilidades etiológicas incluida la tumoral, junto con la necesidad de la realización de pruebas diagnósticas para la correcta tipificación del proceso. Dada la localización periférica del tumor se optó por la realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF) bajo control de TAC. Dicha prueba se realizó el 27 de octubre sin incidencias negativas. Mientras tanto se llevaron a cabo análisis generales y TAC corporal completo para el estadiaje de la probable neoplasia. Dicho TAC se reafirmó en la presencia de una probable neoplasia pulmonar y no encontró otras alteraciones.

El día 28 de octubre D. X fue alta, dada la ausencia de complicaciones y su buen estado general, con cita para el día 3 de noviembre, en la consulta externa de Neumología, para recoger los resultados del estudio citopatológico. Dichos resultados fueron sugestivos pero no concluyentes de neoplasia epidermoide por lo cual de forma conjunta se decidió realizar nueva PAAF, realizándose esta el día 10/11 y no presentando ninguna complicación. El día 15/11 el paciente se realizó PET-TAC en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca dentro del proceso diagnóstico.

El paciente fue visto nuevamente en consulta de Neumología el día 16/11 y se le informó que los nuevos resultados eran igualmente compatibles con carcinoma epidermoide. Por este motivo, ese mismo día, se remitió Anexo I a Cirugía Torácica del HCUVA para proseguir con la continuidad asistencial. Por lo tanto, la actuación del servicio de M. Interna en este caso fue rápida, eficaz y ajustada a la buena práctica médica”.

El Informe del Servicio de Urgencias del HCN expone lo siguiente:

“El paciente fue valorado en numerosas ocasiones en nuestro Servicio de Urgencias, con el siguiente detalle:

Primera visita: 09/06/2016, dolor en costado izquierdo de características mecánicas, con rx que no evidencia patología alguna y prescripción de antiinflamatorios.

Segunda visita: 07 /08/2016, Herida inciso contusa en una pierna, siendo tratada en primera instancia por nuestro traumatólogo de guardia, con alta a domicilio y tratamiento.

Tercera visita: 18/09/2016, (sic) con el diagnostico de neumonía derecha, precisando observación en camas de observación, y finalmente alta a domicilio con tratamiento.

Cuarta visita: 22/10/2016, (sic) tras continuar con los síntomas de neumonía, acude de nuevo, donde es reevaluado y diagnosticado por radiografía de una condensación o nódulo pulmonar derechos, se le prescribe tratamiento y se programa su ingreso para estudio.

Quinta visita: 24/10/2016, (sic) acude para ingreso programado desde urgencias, por condensación pulmonar a estudio.

Medicina interna (resumen), dado de alta el día 28/10/2016 con todas las pruebas de imagen realizadas, se realiza también una biopsia con aguja fina (PAAF), en espera de resultados de Anatomía Patológica. Diagnostico al alta: masa LSD a estudio.

Tabaquismo activo, anemia normo-normo, con citas para revisión el 3/11/17 en consultas de Neumología para resultados.

Sexta visita: 11/11/16 (sic) con el diagnostico de dolor muscular tras biopsia pulmonar, sin evidenciar neumotórax, se da de alta con tratamiento.

Séptima visita: 23/12/2016: acude por dolor de tipo mecánico, siempre en el costado derecho, con el dx de carcinoma Epidermoide de pulmón en LSD (en principio T2a, NO, MO, estadio IB) en espera de cirugía se le da el alta con analgesia.

Octava y última visita en nuestro servicio: 24/12/2017, cuando acude nuevamente por dolor, ajustando el tratamiento.

Conclusiones:

El dolor muscular o de tipo mecánico, consiste en un dolor que varía de intensidad con los cambios posturales o la respiración. Al no evidenciarse patología radiológica, en principio el tratamiento es únicamente para calmar y erradicar el dolor.

Ya en la tercera visita se aprecia una condensación neumónica en pulmón derecho, junto con más síntomas como fiebre y datos analíticos y radiológicos patológicos. Precisando observación en camas. Dándose de alta por mejoría.

Tras prolongarse los síntomas, en la cuarta visita (un mes más tarde), se decide su ingreso para estudio, ya que las imágenes radiológicas patológicas persisten. Que es cuando finalmente realizan el diagnostico de sospecha por imagen (TAC) y finalmente por punción aspiración con aguja fina (PAAF). Las siguientes visitas son provocadas por el dolor secundario a la punción.

La actuación clínica se realiza en función de la clínica y los resultados de las pruebas complementarias indicadas. Actuando en consecuencia y tomando decisiones según la variabilidad del paciente y sus circunstancias. Siempre en beneficio de su salud”.

El Informe de la Unidad de Anatomía Patológica del HCN pone de manifiesto lo siguiente:

“En relación a su solicitud de informe con documentación de los estudios citopatológicos realizados al paciente D. X se adjuntan ambos resultados de las Punciones por Aspiración con Aguja Fina.

La primera ref 16P243 no fue diagnóstica.

La segunda punción 16P263 presentaba características citopatológicas compatibles con carcinoma epidermoide.

Como ya informé en nota adjunta de la segunda punción, hay casos ampliamente documentados en la literatura científica de la que dispongo y utilizo a diario en todo momento para consultar (1) en donde entidades no neoplásicas pueden simular un carcinoma.

Los informes citopatológicos solo adquieren validez en un contexto clínico compatible, y tienen sus falsos positivos”.

SÉPTIMO.- Con fechas 11 y 26 de diciembre de 2017, la Dirección Gerencia del Área de Salud II remite la historia clínica solicitada, así como Informe del Facultativo Especialista de Neumología del HCU Santa Lucía, de 29 de diciembre de 2016, que señala lo siguiente:

“En relación a la información solicitada del expediente de reclamación interpuesta por D. X.

Les comunico que a nuestro hospital solo se solicitó un EBUS, por parte del HUVA. Cuya petición se recibe 07/12/2016.

Se realiza el 14/12/2016 sin complicaciones.

Se envían los resultados el 29/12/2016. Una vez que obtuvimos respuesta de Anatomía Patológica”.

OCTAVO.- Con fecha 31 de enero de 2018, el órgano instructor del procedimiento solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria “que por parte de la Inspección Médica se emita informe valorativo de la referida reclamación, en el plazo de 3 meses”.

NOVENO.- Con fecha 18 de marzo de 2021, el reclamante comparece en las dependencias del Servicio Jurídico del SMS solicitando copia de determinada documentación del expediente, de la que se le hace entrega en formato digital. Y con fechas 15 de diciembre de 2022 y 8 de noviembre de 2023 solicita “el impulso de oficio del procedimiento”.

DÉCIMO.- Con fecha 15 de diciembre de 2023, el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales emite el informe solicitado sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial, formulando las siguientes conclusiones:

“1.-El paciente tras un cuadro inicial (17-09-16) calificado de Neumonía Derecha y posteriormente de neumonía de

larga evolución -nódulo pulmonar- fue asistido y tratado en un primer momento en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste y tras diagnosticar finalmente Condensación Pulmonar a estudio (24-10-16) ante la evolución del cuadro clínico determinó el ingreso (24-10-16) del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal del Noroeste.

2.-El Servicio de Medicina Interna -Neumología- del Hospital Comarcal del Noroeste estableció de inicio (24-10-16) la existencia de una masa pulmonar a estudio, estableciendo la necesidad de descartar un proceso neoplásico. Entre las pruebas y actuaciones realizadas se concluyó mediante TAC (con y sin contraste) que los hallazgos <<podrían>> corresponder a proceso neoplásico focalizado en una masa en Lóbulo Superior derecho. Se indicó la realización de prueba anatomopatológica mediante biopsia de aguja fina o PAAF.

3.-El informe citopatológico estableció como diagnóstico anatomopatológico la existencia de <<abundantes histiocitos espumosos y ocasionales células con discreta atipia, no diagnósticas de malignidad aunque con rasgos sugestivos de carcinoma epidermoide>>. El diagnóstico es de sospecha pero no concluyente.

4.- Se instauro tratamiento y se deriva a Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca para valoración preferente. En el documento de derivación figura en el apartado de datos clínicos el diagnóstico de <<Carcinoma Epidermoide LSD T2aNOMO estadio IB a falta de PET-TAC a realizar en dicho centro>>. Expresamente en el informe clínico de consultas externas de Neumología del Hospital Comarcal del Noroeste se indica que es alta (16-11-16) para <<continuar en HCUVA diagnóstico y tratamiento de su patología actual>>.

5.-Dentro del proceso diagnóstico se realizó por derivación desde el HCUVA prueba EBUS en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena con resultado de PAAF de adenopatías en territorio 7 y 4R representativas negativas para malignidad.

6.-En documentos clínicos posteriores (Servicio de Urgencias HCN) figura como diagnóstico principal <<Ca Epidermoide de Pulmón en espera de Cirugía>> o <<Carcinoma Pulmonar en lóbulo medio>> (HCUVA). El 20-24 de enero de 2017 en el seguimiento consultas externas de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en notas facultativas se indica que este paciente inicialmente diagnosticado de tumor pulmonar en LM/LSD que tras neumonía y empiema asociados tratados con antibioterapia y drenaje ha presentado una disminución de la supuesta lesión. Por eso se revisa la Anatomía Patológica y el patólogo lo ha informado como una atipia reactiva a neumonía más que para tumor con un TAC realizado en estas fechas que concluye engrosamiento cisural derecho crónico sin significado patológico. Se indica seguimiento periódico.

7.- El informe anatómo-patológico revisado en dichas fechas expresa <<Citología con celularidad atípica que se interpreta reactiva ante un proceso neumónico>>.

8.- De la bibliografía científica examinada se desprende que este caso puede ser considerado un falso positivo de cáncer de pulmón, cuya frecuencia de ocurrencia suele ser hasta cierto punto elevada. De forma más específica la aspiración con aguja fina (PAAF) tiene una sensibilidad del 82% y con aguja gruesa del 90% . El resto de pruebas diagnósticas no están tampoco carentes de la posibilidad de falsos positivos o falsos negativos.

En este caso de falso positivo anatomopatológico se produjo una imitación del carcinoma epidermoide por inflamación y neumonía del tejido pulmonar que genere una reactividad citológica donde entidades no neoplásicas pueden simular un carcinoma.

9.- Figurando no obstante en documentos clínicos del proceso asistencial la consideración diagnóstica de Cáncer de Pulmón, a la luz de las actuaciones terapéutico-diagnósticas ulteriores puede inferirse que este diagnóstico no terminaba de ser concluyente y se prescribieron nuevas pruebas complementarias para corroborar la definitiva validez del mismo, que luego no fue tal.

10.-Todo proceso diagnóstico/terapéutico genera una situación de incertidumbre y preocupación en la persona afectada, más aún cuando puede alcanzar una conclusión potencial de severidad y gravedad clínica que puede atemperarse con la información y el seguimiento asistencial adecuado. A veces los resultados de los exámenes de detección pueden parecer anormales aunque no haya cáncer. Un resultado positivo falso de una prueba (que muestra que hay un cáncer cuando en realidad no lo hay) puede causar ansiedad y, por lo habitual, se realizan más pruebas y procedimientos como fue el caso. La determinación de si puede considerarse o no un daño moral

la situación creada, no responde a criterios de objetividad evaluables de forma absoluta que varían según la persona afectada y su entorno, pero es cierto en el caso que nos ocupa el sistema sanitario público procuró los medios y la asistencia precisados para concretar el diagnóstico definitivo mediante diferentes pruebas, centros sanitarios y varias especialidades sanitarias que contribuyesen a un proceso de diagnóstico correcto y adecuado como así fue y eliminar la incertidumbre creada.

11.- No se aprecia mala praxis en los profesionales intervinientes y su actitud es acorde con lo establecido en la literatura científica al respecto del cuadro clínico del paciente”.

UNDÉCIMO.- Con fecha 26 de diciembre de 2023, el órgano instructor notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia, a efectos de que pueda “formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes”. Con fecha 2 de febrero de 2024, tras haber accedido a la totalidad del expediente, el reclamante reitera que “se acuerde de conformidad a lo interesado declarando haber lugar a la responsabilidad patrimonial indemnizando al compareciente de los daños sufridos en base a la cantidad reclamada en su día”.

DUODÉCIMO.- Con fecha 19 de abril de 2024, el órgano instructor del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “desestimar la reclamación patrimonial interpuesta por X por no concurrir los requisitos previstos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público para la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración”.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 22 de abril de 2024, se recaba el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo, un índice de documentos y un resumen de las actuaciones del procedimiento.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I.-D. X ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley

40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por ser la persona que sufre el daño por cuya indemnización reclama.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se pretende imputar el daño reclamado.

II.-En cuanto al plazo para la interposición de la acción de resarcimiento, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, que dispone que “el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”, y que “en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

De conformidad con dicha disposición, en el supuesto sometido a consulta, puede considerarse como dies a quo el día 16 de enero de 2017, que es la fecha en la que el Servicio de Cirugía Torácica concede al reclamante el alta por mejoría; y, por lo tanto, debe considerarse que la reclamación registrada el día 22 de septiembre de 2017 es temporánea.

III.-En cuanto al procedimiento, el examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido, en mucho, el plazo de seis meses previsto en el artículo 91.3 de la LPAC (la Inspección Médica ha tardado casi seis años en emitir su informe).

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I.-La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 de la Constitución Española: “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 son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

-Que el daño o perjuicio sea real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

-Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Que no concurra causa de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II.-Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los medios 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2018, recaída en el recurso núm. 1016/2016) que, “frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”.

La actuación del médico 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 de este Consejo Jurídico números 49/2001 y 97/2003, entre muchos otros). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 de la LPAC, 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 Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 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”.

CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado: Falta de acreditación.

I.-El reclamante considera que hubo un “claro error en el diagnóstico inicial” de cáncer de pulmón. Alega que, inicialmente, “a través de informe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Comarcal del Noroeste, de 11 de noviembre de 2016, y a la vista del estudio citopatológico realizado a quien suscribe que muestra <<abundante fondo necrótico y con PMN y presencia de ocasionales grupos de células atípicas con nucléolo presente, hiper cromatismo y formas nucleares atípicas (algunas fusocelulares y en renacuajo) con presencia de ocasional citoplasma poligonal>>, se concluyó en el siguiente diagnóstico: <<citología positiva para células neoplásicas compatible con carcinoma epidermoide>>”. Y alega que, posteriormente, en enero de 2017, el Patólogo del HCN pone de manifiesto que “pese a que la descripción microscópica se mantiene, se interpreta la celularidad atípica como un caso de imitación citológica del carcinoma epidermoide”.

Es evidente que las alegaciones del reclamante deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudirse a los informes médicos y periciales del expediente. Como ya se ha dicho, siendo necesarios conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la LEC-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

El reclamante no ha traído al procedimiento un dictamen pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Y esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es a la parte actora a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la “lex artis” que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la LEC, conforme al clásico aforismo “necessitas probandi incumbit ei qui agit”. (Como señala la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, en sentencia de 27 de junio de 2001, “quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial ...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”).

En cualquier caso, los informes técnicos que obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada al paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis; tanto los informes de los facultativos intervinientes como, en especial, el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales ponen de manifiesto que la actuación de los profesionales del servicio público de salud fue conforme a la “lex artis ad hoc”.

II.-El Informe del Servicio de Medicina Interna del HCN pone de manifiesto:

- Que el paciente ingresó la noche del 24 de octubre de 2016 con la sospecha clínica y radiológica de neoplasia pulmonar;
- Que el día 25 de octubre se explicó al paciente, en presencia de su esposa, todas las posibilidades etiológicas incluida la tumoral, junto con la necesidad de la realización de pruebas diagnósticas para la correcta tipificación del proceso;
- Que el día 27 de octubre se realizó al paciente un TAC que se reafirmó en la presencia de una probable neoplasia pulmonar;
- Que el mismo día 27 de octubre se le realizó un PAAF, cuyos resultados obtenidos el 3 de noviembre fueron sugestivos, aunque no concluyentes, de neoplasia epidermoide;
- Que el día 10 de noviembre se realiza un nuevo PAAF, cuyos resultados obtenidos el 16 de noviembre fueron igualmente compatibles con carcinoma epidermoide;
- Que el mismo día 16 de noviembre el paciente se remite al HCUVA para continuar el proceso asistencial;
- Que “la actuación del Servicio de Medicina Interna del HCN fue rápida, eficaz y ajustada a la buena práctica médica”.

El Informe de la Unidad de Anatomía Patológica del HCN afirma expresamente:

- Que la segunda punción presentaba características citopatológicas compatibles con carcinoma epidermoide;
- Que hay casos ampliamente documentados en la literatura científica en los que entidades no neoplásicas pueden simular un carcinoma;
- Que los informes citopatológicos solo adquieren validez en un contexto clínico compatible, y tienen sus falsos positivos.

III.-El Informe de la Inspección Médica considera expresamente en sus conclusiones:

- Que el Servicio de Medicina Interna del HCN estableció de inicio la existencia de una masa pulmonar a estudio, señalando la necesidad de descartar un proceso neoplásico;
- Que entre las pruebas y actuaciones realizadas se concluyó mediante TAC que los

hallazgos podrían corresponder a un proceso neoplásico focalizado en una masa en lóbulo superior derecho, indicándose la realización de una prueba anatomopatológica mediante biopsia de aguja fina o PAAF;

-Que el informe citopatológico estableció como diagnóstico anatomopatológico la existencia de “abundantes histiocitos espumosos y ocasionales células con discreta atipia, no diagnosticas de malignidad, aunque con rasgos sugestivos de carcinoma epidermoide”, siendo el diagnóstico de sospecha, pero no concluyente;

-Que se instaura tratamiento y se deriva a Servicio de Cirugía Torácica del HCUVA para valoración preferente;

-Que en el documento de derivación figura en el apartado de datos clínicos el diagnóstico de “Carcinoma Epidermoide LSD T2aNOMO estadio IB a falta de PET-TAC a realizar en dicho centro”. Y en el informe clínico de consultas externas de Neumología del HCN se indica que es alta para “continuar en HCUVA diagnóstico y tratamiento de su patología actual”;

-Que dentro del proceso diagnóstico, se realizó por derivación desde el HCUVA prueba EBUS en el Servicio de Neumología del HGU Santa Lucía con resultado de PAAF de adenopatías en territorio 7 y 4R representativas negativas para malignidad;

-Que en el seguimiento de consultas externas de Cirugía Torácica del HCUVA, en notas facultativas se indica que el paciente, inicialmente diagnosticado de tumor pulmonar, tras neumonía y empiema asociados tratados con antibioterapia y drenaje, ha presentado una disminución de la supuesta lesión, y que por eso se revisa la anatomía patológica, informando el patólogo que se ha producido una atipia reactiva a neumonía;

-Que el informe anatomo-patológico revisado expresa “citología con celularidad atípica que se interpreta reactiva ante un proceso neumónico”;

-Que de la bibliografía científica examinada se desprende que este caso puede ser considerado un falso positivo de cáncer de pulmón, cuya frecuencia de ocurrencia suele ser hasta cierto punto elevada;

-Que en este caso de falso positivo anatomopatológico se produjo una imitación del carcinoma epidermoide por inflamación y neumonía del tejido pulmonar, que generó una reactividad citológica donde entidades no neoplásicas pueden simular un carcinoma;

-Que figurando en documentos clínicos del proceso asistencial la consideración diagnóstica de cáncer de pulmón, a la luz de las actuaciones terapéutico-diagnósticas ulteriores, puede inferirse que este diagnóstico no terminaba de ser concluyente y se prescribieron nuevas pruebas complementarias para corroborar su validez definitiva;

-Que el sistema sanitario público procuró los medios y la asistencia necesaria para concretar el diagnóstico definitivo mediante diferentes pruebas, centros sanitarios y varias especialidades sanitarias que contribuyesen a un proceso de diagnóstico correcto y adecuado;

-Que “no se aprecia mala praxis en los profesionales intervinientes y su actitud es acorde con lo establecido en la literatura científica al respecto del cuadro clínico del paciente”.

IV.-Por lo tanto, como ha quedado acreditado en el expediente, las alegaciones de mala praxis son refutadas tanto por los informes de los facultativos como por el informe de la Inspección Médica. Y respecto a este informe de la Inspección debe tenerse en cuenta la referida sentencia del TSJ de Madrid núm. 430/2014 (“la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”), y que, como señala nuestro Dictamen núm. 276/2014, “este Consejo Jurídico viene señalando que <<en atención a su carácter técnico y por la especial imparcialidad y objetividad a que vienen obligados los inspectores en la valoración de los hechos y actuaciones sanitarias implicadas en el proceso asistencial del que derivan los daños (...) ha llevado a este Consejo Jurídico a dotar a este informe (Inspección Médica) de singular valor de prueba, incluso frente a las periciales de parte aportadas al procedimiento por los interesados>>”.

En definitiva, el reclamante no ha desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no ha probado que los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria en cuestión incurrieran en mala praxis. Por lo tanto, no puede considerarse acreditada la existencia de una actuación contraria a la “lex artis” y, en consecuencia, debe considerarse que no concurre la necesaria relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco puede considerarse acreditada.

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, toda vez que no se ha acreditado infracción alguna de la “lex artis” en la asistencia facultativa dispensada a D. X, lo que impide apreciar tanto la concurrencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado como su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

