



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 232/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de septiembre 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 23 de julio de 2024, COMINTER 155503, y documentación en formato CD recibida en la sede de este Consejo Jurídico el día 24 de julio de 2024, sobre responsabilidad patrimonial a instancia de D.^a X, siendo el afectado D. Y, por anormal funcionamiento servicios sanitarios (exp. 2024_270), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de noviembre de 2017, D.^a. X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por los daños que alega haber sufrido como consecuencia del fallecimiento de su cónyuge D. Y, tras la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Murciano de Salud.

La reclamante señala que D. Y falleció el día 16 de noviembre de 2016 en la Unidad Asistencial de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (HUVA), como consecuencia de un carcinoma epidermoide, tras haber ingresado en esta misma Unidad procedente del Servicio de Urgencias del HUVA el día 8 de noviembre de 2016, después de haber acudido durante el año 2016 a dicho Servicio de Urgencias los días 4 de noviembre, 16 de octubre, 14 de agosto, 27 de julio, 11 de junio y 26 de marzo, y al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) los días 6 de noviembre, el 25 de septiembre y el 26 de junio de 2016.

En primer lugar, alega la reclamante que se produjo un *“error de diagnóstico”* cuando el paciente acudió por primera vez a Urgencias. Considera que, si se le hubieran realizado determinadas pruebas, *“bien podría haber sido diagnosticada la enfermedad antes”*, lo que habría permitido un tratamiento quirúrgico en lugar de radioterapia y quimioterapia.

También alega la reclamante que, tras el tratamiento inicial, hubo un seguimiento inadecuado, insuficiente para verificar la eliminación completa de las células cancerosas, afirmando que *“el Dr. Z en lugar de cerciorarse con una biopsia de la zona que ha sido tratada con radioterapia y quimioterapia, se conforma con la prueba TAC”*.

Asimismo, alega que se produjo una grave falta de atención a los síntomas persistentes del paciente, lo que impidió el diagnóstico temprano de la recurrencia del cáncer; *“las reiteradas consultas en Urgencias por Odinofagia (mismo síntoma por el que la primera vez se le descubrió el carcinoma epidermoide), no sirven de alerta a los doctores que le atienden”*. Y que también se produjo falta de atención a signos de alerta cruciales: *“los especialistas en ONR y OTR no hicieron caso jamás a la ulcera blanquecina que apareció en la lengua de D. Y en el primer trimestre de 2016”*. Y se ignoró el resultado de una biopsia de junio de 2016 que mostraba *“displasia moderada”*, un posible precursor del cáncer.

Por otra parte, la reclamante alega un inadecuado tratamiento del dolor, señalando que *“la ausencia de tratamiento para extinción y anulación de las células cancerígenas que o bien quedaron tras la radioterapia y quimioterapia o bien se reproducen tras el tratamiento aplicado da lugar a un cuadro de dolor tan intenso de la zona afectada, que pudo evitarse”*. Y señala que se produjo una falta de información al paciente y sus familiares, ya que *“la esposa del paciente solo conoce la intensidad de la enfermedad el día 4 de noviembre de 2016”*

Finalmente, la reclamación afirma que hubo *“desidia en el tratamiento de este enfermo por parte del Doctor Z”*, produciéndose un *“diagnóstico tardío”*, que *“impidió dar el tratamiento adecuado a D. Y, le impidió la posibilidad de recuperación y en todo caso de vivir más años junto a su esposa”*.

Con la reclamación se aporta copia del Libro de Familia y certificado de defunción de D. Y. Y se solicita como prueba la testifical de los facultativos Dr. Z (Servicio de Otorrinolaringología) y Dr. P (Servicio de Oncología Radioterápica), y la testifical pericial de D^a. Q (autora del Informe de anatomía patológica de fecha 29 de junio de 2016, núm. de biopsia 16B0011004, folio 190 Historia Clínica 805664). Asimismo, se anuncia la aportación de Informe Pericial de Valoración (que no consta que haya sido aportado).

Se solicita una indemnización por importe de 90.000 euros *“por ser la cantidad establecida en el artículo 61 y Tabla 1A de la Ley 35/2015”* (en la que se cuantifica el perjuicio personal básico del cónyuge viudo en las indemnizaciones por causa de muerte).

SEGUNDO.- Con fecha 30 de enero de 2018, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica a la interesada el siguiente día 31 de enero, con indicación del plazo máximo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

Con la misma fecha 30 de enero de 2018, el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita a la Gerencia de Área de Salud I (HUVA) la Historia Clínica de D. Y, así como los informes de los facultativos intervinientes en el proceso asistencial objeto de la reclamación. Con fecha 17 de mayo de 2018 se reitera dicha solicitud.

TERCERO.- Con fecha 21 de mayo de 2018, la Gerencia del Área de Salud I, en contestación a la referida

solicitud, remite copia de la Historia Clínica obrante en el HUVA y los informes de los Servicios de Otorrinolaringología y de Oncología Radioterápica.

El Informe del Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Dr. P, de 15 de mayo de 2018, expone lo siguiente:

“Paciente fue atendido por vez primera como proceso de urgencias en julio 2015, siendo su exploración compatible con micosis orofaríngea, por lo que se instaura oportuno tratamiento. Tras no evolucionar satisfactoriamente, vuelve a acudir a urgencias en agosto 2015, realizándose fibroscopia en la nueva revisión otorrinolaringológica con toma de biopsia de lesión ulcerativa en vallécula/repliegue ariepiglótico izquierdo; se completa el estudio con TAC. Con ello queda establecido el diagnóstico del paciente como carcinoma epidermoide de vallécula izquierda sin adenopatías ni metástasis sistémicas objetivas: T3; N0; Mx, y se establece protocolo terapéutico con Quimio/Radiot en el Comité de Tumores que a tal efecto se reúne, desaconsejándose la cirugía por el tamaño y extensión. La respuesta clínica y radiológica fue muy satisfactoria, siendo incluido en el grupo de RC porque así lo indicaban los parámetros objetivos de valoración (consulta ORL 23/XII/20 15),

Durante el seguimiento se objetiva zona fibrinosa correspondiente al primitivo lecho tumoral, con disminución de volumen respecto a la anterior visita; no se aprecian signos macroscópicos de recidiva tumoral, confirmado también por la exploración radiológica pertinente (TAC y RMN). Durante dicho seguimiento ambulatorio en consulta ORL (bimensual) y Radioterapia, y a pesar de seguir sin observarse lesiones de sospecha de recidiva, se toma biopsia del primitivo lecho tumoral (22/06/2016) siendo informada de displasia moderada dato histológico compatible en un paciente afecto de carcinoma faríngeo irradiado, y cuya fase histopatológica dista mucho de la evolución carcinomatosa. Se vuelve a revisar el 06/07/2016 y sin nuevos datos objetivos se mantiene el seguimiento para nueva visita en octubre.

En ese intervalo estival el paciente realiza diferentes visitas a Urgencias por el motivo de algia orofaríngea (síntoma relatado desde la primera asistencia recibida y no modificada durante todo el proceso terapéutico, lo que mantuvo la sospecha fundada de neuralgia del gloso faríngeo, preparando protocolo terapéutico para ello), que fueron atendidas por diferentes especialistas y en ningún caso se sospechó de recidiva tumoral por no haber signos de neoplasia en la exploración.

La relatada patocronia no justifica en ningún momento que se informara a familiares y paciente de "recidiva", y sólo cuando el proceso tumoral provoca signos indirectos de crecimiento (hemorragia el 08/11/2016) es cuando se toma biopsia de la zona afecta, aun cuando la visión macroscópica siga siendo anodina.

La evolución de este caso representa el curso anárquico e imprevisible que en ciertas ocasiones sigue una neoplasia maligna, lo que le hace responsable de su morbilidad. no sólo por la insidiosa fisiopatología que ha sorteado todos los controles clínicos y radiológicos, sino por el fatal pronóstico de tan infausta evolución que no se hubiera modificado por ninguna alternativa terapéutica”.

El Informe del Médico Adjunto del Servicio de Oncología Radioterapéutica, Dr. Z, de 8 de mayo de 2018, se pronuncia en los siguientes términos:

“Resumen de la historia clínica: El paciente Don Y, con el diagnóstico de carcinoma de base de lengua, tras ser considerado inoperable es remitido a Oncología radioterápica. Lo recibe el Dr. Z (Oncólogo radioterápico), y se le realiza un tratamiento de radioterapia con quimioterapia concomitante que finaliza el 22 de octubre del 2015. En la valoración de respuesta al tratamiento (que se realiza con la exploración de Otorrinolaringología (fibroscopia) y un TAC) se informa de respuesta completa tumoral. En el seguimiento posterior el paciente no presenta evidencia de recidiva en las exploraciones de Otorrinolaringología (fibroscopias repetidas), pero debido a que el paciente refería dolor, el Dr. Z solicita en el seguimiento un nuevo TAC cervical (aparte del anterior de valoración de respuesta) y una Resonancia Magnética (RNM) cervical, ambas informadas como "respuesta completa al tratamiento, sin

evidencia de recidiva tumoral". Como única lesión presenta una zona ulcerativa sobre valécula (informada en las fibroscopias de los Otorrinos) que es biopsiada con resultado negativo para enfermedad tumoral (displasia) (29/6/16). Debido a que no presenta evidencia de recidiva tumoral a pesar de las pruebas diagnósticas repetidas (2 TACs cervicales, una RNM cervical, fibroscopias mensuales por parte de Otorrinolaringología y una biopsia de la zona dolorosa negativa para malignidad), se mantiene el seguimiento clínico en consultas de Otorrinolaringología y Oncología radioterápica. En noviembre de 2016 el paciente inicia un cuadro de sangrado bucal por lo que ingresa y finalmente fallece por paro cardíaco. En este último ingreso Otorrinolaringología realiza una nueva biopsia que informa de carcinoma.

En contestación a la reclamación presentada por Doña X, en la que se cita al Dr. Z como responsable de determinadas actuaciones médicas, se puntualiza a continuación lo que sigue:

1.-Respecto a la afirmación "es indudable que existe un error de praxis en que incurre el Dr. Z al no prescribir la biopsia como prueba de mayor seguridad para conocer la existencia de riesgo de recidiva del carcinoma":

En la cita de revisión que se realiza el 9 de diciembre de 2015, se cita al paciente para informarle del resultado del TAC de valoración de respuesta al tratamiento con radioterapia, en el informe se expresa "se demuestra respuesta completa al tratamiento" (...).

Con respecto al "error de praxis ... al no prescribir la biopsia ... ", se debe destacar

a)Que la biopsia laríngea se realiza a través de endoscopia o fibroscopia, técnicas que son competencia del especialista en otorrinolaringología y no del oncólogo radioterápico.

b)Que la toma de biopsias sólo se lleva a cabo en los casos que se observen lesiones sospechosas y no en otros supuestos.

Por lo tanto, no está entre las competencias del Dr. Z realizar fibroscopias ni biopsias de la mencionada localización. Al mismo tiempo cabe destacar que no es posible prescribir o realizar una biopsia de lo que no se ve: Al demostrar el TAC cervical practicado al paciente una respuesta completa de la lesión, no existe lesión biopsiable, y en este momento del proceso, esta prueba radiológica es la única evidencia de la que se dispone.

c)No obstante, a pesar de lo anterior (respuesta completa radiológica) el Dr. Z remite al paciente a Otorrinolaringología el mismo día, para continuar su valoración, como así se especifica en la historia clínica de Oncología radioterápica y en la petición de interconsulta a Otorrinolaringología con fecha de 9 de diciembre de 2015 (...).

2.Respecto a la afirmación aportada por la esposa del paciente en la que indica que el Dr. Z le da "el alta" al paciente de forma repetida:

En la historia clínica de Oncología radioterápica se demuestra claramente que al paciente Don Y no se le dio el alta en ningún momento durante todo el proceso, constando en la mencionada historia clínica que se volvía a citar al paciente para nuevas consultas de revisión en el servicio de Oncología radioterápica y siempre remitiendo a Otorrinolaringología para valoración complementaria (...).

3.En respuesta a la afirmación: "... el paciente recibe el alta por una 'respuesta completa al tratamiento', sin embargo, consta que persiste odinofagia ... ¿por qué se decide el alta con una revisión a los cuatro meses por el mismo especialista, el oncólogo radioterápico Sr. Z?":

a)Con respecto a este punto, aclaro de nuevo que no se le dio el alta sino que se le cita para revisión como consta en la historia clínica (...).

b) Se le cita a los 4 meses, ya que es el protocolo habitual de seguimiento en nuestro servicio durante el primer año (así se pactan en las sesiones clínicas de Oncología radioterápica del HCU Virgen de la Arrixaca), y no antes debido a que los informes repetidos de Otorrinolaringología describen una zona ulcerativa en valécula (...), secuela típica en pacientes que han recibido radioterapia y que al resultar dolorosa, se le pautó tratamiento analgésico (Durogesic).

4. En respuesta a las afirmaciones: "De la Cita de Oncología radioterápica de 7 de abril de 2016 solo ha trascendido ... que se le pauta medicación para el dolor, pendiente de revisión por Otorrino se le cita para septiembre con TAC de cuello y analítica. (...)."

a) En la visita de control de Otorrinolaringología previa a la consulta mencionada, en Oncología radioterápica, (ORL: 9/3/16), la fibroscopia practicada informa de "zona fibrinosa en base de lengua-valécula izquierda, de menor tamaño que en la revisión previa...", hallazgos que son compatibles con úlcera en resolución-cicatrización y no con carcinoma (...)

b) Que a pesar de que el paciente no presenta evidencia de recidiva en las exploraciones físicas repetidas por parte de Oncología radioterápica y Otorrinolaringología, y a pesar de la respuesta completa informada en el TAC tras el tratamiento radioterápico y a pesar de las fibroscopias repetidas por Otorrinolaringología donde no se informa de lesiones compatibles con carcinoma, al paciente se le solicita un nuevo TAC cervical y una RNM cervical debido al dolor persistente, ambas pruebas solicitadas por el Dr. Z (...), siendo ambas pruebas negativas para recidiva (...)

c) Las pruebas repetidas solicitadas han sido pactadas en sesión clínica de Oncología radioterápica del HCU Virgen de la Arrixaca.

d) Otorrinolaringología le realiza al paciente una biopsia dirigida por fibroscopia del punto doloroso en la que se informa como "displasia moderada" (La displasia no es carcinoma, sino una lesión de la arquitectura tisular cuya correcta actitud médica es el seguimiento clínico ambulatorio (...)).

e) El seguimiento evolutivo del paciente se realizó, tal como consta en las respectivas historias clínicas, por parte del servicio de Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica siguiendo las

recomendaciones de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network)

guías oncológicas de referencia a nivel mundial. (...).

5. Como respuesta al apartado donde se menciona que en el ingreso del 4 de noviembre el paciente sufre un cuadro de sangrado bucal por el que acude a urgencias, y donde se dice: "Se deriva a Oncología R. donde se solicitan pruebas complementarias por el Dr. Z. Se emite alta el mismo día."

a) No es cierto que al paciente se le deriva a Oncología radioterápica. La realidad de los hechos fue que la esposa del paciente se presenta sin cita en la consulta de Oncología radioterápica del Dr. Z, siendo atendida por éste. Al comentarle, la mencionada esposa, que su marido se encuentra en urgencias debido a un sangrado bucal, delante de la esposa de Don Y, el Dr. Z se pone en contacto telefónico con el Otorrino de guardia para informarse del caso. Al llamar al busca de ORL le contesta la Dra. R (médico interno residente de ORL), que refiere estar acompañada de su adjunto el Dr. S quién realizó la exploración y fibroscopia. Ésta le informa que tras ser llamados desde urgencias lo exploran y en la fibroscopia observan coágulos en base de lengua- valécula izquierda sin observarse lesión (...). El Dr. Z comenta la posibilidad de biopsia al Otorrino de guardia que refiere no ser prudente debido al riesgo de sangrado masivo (...).

b) En el informe de urgencias consta que se solicita valoración urgente por parte de ORL y cirugía maxilofacial, y se remite de forma ambulatoria a consultas de Oncología radioterápica, tras haber sido dado de alta.

c) A pesar de lo anterior, el Dr. Z, desde las consultas externas y sin que el paciente tuviese cita en las mismas, lo

atiende durante su estancia en urgencias por iniciativa propia y con el objetivo de adelantar tiempo, decide solicitar nuevas pruebas de imagen (debido a la falta de evidencia de diagnóstico de recidiva tumoral en las fibroscopias realizadas por los diferentes Otorrinos). Estas pruebas fueron un PET-TAC y un TAC craneal, aun teniendo en cuenta la muy baja rentabilidad diagnóstica del PET-TAC en casos de lesiones no visibles o microscópicas.

d) No se le dio el alta en consulta de Oncología Radioterápica, al paciente se le solicitan nuevas pruebas de imagen y se remite de vuelta a urgencias para valoración de posible ingreso, y fue desde este servicio de Urgencias desde donde se procede al alta (...).

6. Como respuesta al apartado donde se pregunta a la demandante "¿Podría haber sobrevivido a este tipo de carcinoma de haber sido diagnosticado tiempo antes? ..."-

a) El paciente no se consideró operable desde el diagnóstico inicial (Véase informe de primera visita de Oncología radioterápica...).

b) Tampoco podía recibir un tratamiento curativo con radioterapia debido a que ya había sido irradiado previamente a dosis plenas. Por lo tanto el paciente no habría tenido alternativas curativas de tratamiento.

c) No existe evidencia alguna de carcinoma o recidiva tumoral hasta la biopsia del 18 de noviembre de 2016, por lo tanto es una pregunta hipótesis que no está basada en ningún dato evidente o probado.

d) En cualquiera de los casos, al paciente no le habrían quedado alternativas curativas de tratamiento.

7. Como respuesta a la pregunta: "... Por qué no se le remitió a la Unidad del dolor cuando comenzaron las grandes molestias? ... ":

Los especialistas en Oncología tratan el dolor de sus pacientes incluso en los casos de dolor severo, y así se hizo con este paciente como consta en la historia de Oncología radioterápica.

8. Como respuesta a la pregunta: "¿por qué no se derivó a la unidad de paliativos? ... ":

a) El Servicio de Paliativos no acepta pacientes sin evidencia de muerte inminente. En el caso que nos ocupa ni tan siquiera se tenía evidencia de recidiva tumoral hasta el final del proceso a pesar de las intervenciones diagnósticas repetidas.

9. En respuesta a la afirmación: "La recuperación de esta grave enfermedad se deduce de una prueba TAC que prescribe el Doctor Z. Este Doctor en lugar de cerciorarse con una biopsia de la zona que ha sido tratada con radioterapia y quimioterapia se conforma con la prueba TAC... Omite la prescripción de biopsia":

a) La recuperación de la enfermedad oncológica no se deduce de una prueba TAC, sino que a pesar de la respuesta completa informada en el TAC de diciembre de 2015, el Dr. Z remite al paciente ese mismo día al servicio de Otorrinolaringología, ...

b) Las biopsias del área laríngea son competencia del especialista en Otorrinolaringología. En el caso concreto del Dr. Z, que no tiene competencia en realizar fibroscopias, al tener un TAC que informa de "Respuesta completa al tratamiento", no puede solicitar una biopsia de algo que no se ve.

c) No es cierto que el Dr. Z "se conforma" con un TAC para deducir una recuperación, sino que, por el contrario, remite al paciente al servicio de Otorrinolaringología (que le realiza fibroscopias repetidas sin evidencia de recidiva, según consta en los informes), se informa de una biopsia que resulta negativa para carcinoma

("displasia"), y solicita un nuevo TAC cervical y una RNM cervical.

10. En respuesta a la afirmación: "La esposa del enfermo solo conoce la intensidad de la enfermedad el día 4 de noviembre de 2016, cuando ingresó en urgencias por hemorragia bucal. En ese momento es el Otorrino quien directamente le dice que no existe posibilidad alguna de tratamiento pues el cáncer se ha desarrollado; a pesar de eso el Dr Z continúa negándose/o, infringiendo además uno de los derechos primordiales del enfermo y sus familiares (art. 10.4 de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986).":

a) El 4 de noviembre de 2016 el Dr. Z se pone en contacto telefónico con el Otorrino de guardia delante de la esposa del paciente, y éste refiere no observar lesiones y sólo observar coágulos (...), además, el Otorrino de guardia escribe en el informe de alta de urgencias con fecha 4 de noviembre de 2016: En la Fibroscopia: "... se observan coágulos en base de lengua-valécula izquierda, cuerdas vocales móviles, dejando espacio glótico aceptable", firmado por el Dr. S.

b) Dos días antes de la fibroscopia de urgencias mencionada, con fecha de 2 de noviembre de 2016, se le realiza otra fibroscopia firmada por el Dr. P que informa lo siguiente: "Cavum libre, retención salivar en base de lengua y valécula izquierda, lecho ulceroso-fibrinoso en valécula-base de lengua izquierda, cuerdas vocales móviles. Revisión dentro de 3-4 meses"(...).

c) Como se deduce de los datos a y b anteriores, no se describen lesiones compatibles con carcinoma en ningún informe de Otorrino, y de la misma manera así se lo informa el Dr. S al Dr. Z el 4 de noviembre de 2016. Con estos datos lo único que podía afirmar el Dr. Z a la esposa del paciente es que no existe evidencia de enfermedad tumoral y que debido a la no indicación de la biopsia según referenció el Dr. S por el riesgo de sangrado masivo, la única alternativa era solicitar de nuevo pruebas de imagen (PET-TAC y TAC craneal (...), que son las únicas pruebas al alcance del Dr. Z, capaces de visualizar la laringe y su posible patología tumoral debido a que no está en las competencias de la especialidad de oncología radioterápica la realización de fibroscopias o biopsias laríngeas.

d) En definitiva, el Dr. Z sólo le afirma a la mencionada esposa del paciente, lo que sabe hasta esa fecha (...): Que no existe evidencia de recidiva tumoral. A pesar de lo anterior no le da el alta, sino que solicita nuevas pruebas de imagen al paciente y se remite al mismo a servicio de Urgencias. (...)

11. En respuesta a la última afirmación de la reclamante: "...La desidia en el tratamiento de este enfermo por parte de Dr. Z ha sido tal que en lugar de solicitar una biopsia del tejido de la zona tratada en septiembre octubre de 2015, prefirió una simple prueba de TAC ineficaz si se trata de comprobar el estado celular":

a) Como bien se refleja en la historia clínica de Oncología radioterápica, no se realiza un simple TAC, sino dos TAC cervicales, y una Resonancia Magnética cervical (solicitadas por el Dr. Z), así como la solicitud interconsultas a Otorrino por parte del mismo Dr. Igualmente valora una biopsia de la úlcera que resulta negativa para malignidad {Displasia}, quedando claramente demostrado que no hubo desidia, sino al contrario, un seguimiento estrecho con consultas repetidas de forma coordinada entre el servicio de Oncología radioterápica y de Otorrino (Valoraciones solicitadas por el Dr. Z para la realización de fibroscopias), no habiéndosele dado el alta al paciente en ningún momento del proceso (así consta en las historias clínicas de Oncología radioterápica y Otorrino), y siendo tratado su dolor con analgesia según consta en la historia de Oncología radioterápica.

Como conclusión, y ante lo expuesto, se considera demostrada que la actitud del Dr. Z fue en todo momento la contraria a la desidia de la que se le acusa".

CUARTO.-Con fecha 30 de mayo de 2018, se remite copia del expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, solicitando que la Inspección Médica emita informe valorativo de la reclamación. Y con fecha 5 de junio de 2024, la Inspección Médica emite el Informe solicitado, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

“1.-El paciente fue diagnosticado en agosto-15 tras realización de TAC, fibroscopia y toma de biopsia del área que mostraba lesión ulcerativa en vallecula /repliegue ariepiglótico izquierdo de carcinoma epidermoide de vallecula izquierda sin adenopatías ni metástasis sistémicas objetivables con clasificación tumoral cT3N0M0. El proceso fue asistido por el Servicio de Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

2.-El caso fue presentado en el Comité de Tumores para su valoración, alcanzándose la terapéutica de aplicación solo de radioterapia (33 sesiones) y quimioterapia concomitante (2 sesiones). No aconsejándose cirugía por el tamaño y extensión.

3.-El tratamiento da como resultado una respuesta completa tumoral tras la verificación del resultado (ORL 23-12-15) mediante fibroscopias otorrinolaringológicas, TAC y seguimiento en oncología radioterápica (TAC cervical, RNM cervical) que vuelven a establecer ausencia de actividad tumoral aunque el paciente se queja de dolor. En las fibroscopias de seguimiento se detecta ulcera sobre vallecula que se biopsia (29-6-16) sin resultado indicativo de enfermedad tumoral. El síntoma doloroso abre a estudio la hipótesis de una posible neuralgia del glossofaríngeo mediante protocolo establecido para el mismo.

4.-El seguimiento subsiguiente del cuadro se realiza mediante dos TACs cervicales, RMN cervical y fibroscopias (zona fibrinosa en lecho tumoral, sin signos macroscópicos de recidiva) realizadas por Servicio de Otorrinolaringología, así como biopsia en área álgica lesional, todo ello enmarcado en consultas externas periódicas en los Servicios de Otorrinolaringología (bimensual) y Oncología Radioterápica.

5.-Se realiza (22-06-16) biopsia sobre zona tumoral tratada con resultado de displasia moderada compatible con carcinoma faríngeo irradiado y 15 días más tarde (06-07-16) se realiza nueva revisión en Consultas Externas de Otorrinolaringología, sin resultados nuevos destacables, programándose nuevo control para Octubre-16.

6.-El protocolo de seguimiento aplicado tras el diagnóstico y tratamiento oncotéutico radiológico/quimioterápico es correcto y acorde en periodicidad, contenido, así como pruebas de valoración y control diagnóstico (TAC, RMN, biopsia) con la correcta práctica clínica establecida y adecuada coordinación interservicios (Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica y en seguimiento Unidad de Dolor).

7.-El síntoma doloroso se mantiene durante los meses siguientes y el paciente acude varias veces al Servicio de Urgencias Hospitalario sin que se produzca sospecha de recidiva, con hipótesis de neuralgia glossofaríngea y ausencia de alteraciones macroscópicas en la exploración del área.

8.-El día 04-11-16 se produce sangrado hemorrágico y es solicitada asistencia ORL por parte de facultativos del Servicio de Urgencias, apreciándose en fibroscopia de urgencias, coágulos en base de lengua vallecula izquierda, cuerdas vocales móviles sin síntomas de lesión y se procede a la prescripción postergada -ante el riesgo de una mayor hemorragia de biopsia (08-11-16). Recibe asistencia y valoración- también en urgencias- durante el 04-11-16 por Oncología Radioterápica que prescribe (04-11-16) PET-TAC y TAC craneal. Se decidió presentación nuevamente del caso al comité de tumores. Siendo alta por el Servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca.

9.-El resultado de la biopsia según informe del Servicio de Anatomía Patológica de fecha 18-11-16, es Carcinoma Escamoso Queratinizante moderadamente diferenciado, sin que se identifiquen invasión linfovascular ni perineural en el pequeño fragmento analizado. Con P16 negativa y Ki67 del 35%.

10.-El día 08-11-16 el paciente es ingresado en Unidad de Reanimación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca por sangrado en orofaringe tras precisar intubación de secuencia rápida y precisar hipofaringeo con venda. Se le realiza traqueotomía. Durante su estancia en la Unidad de Reanimación el paciente sufre epistaxis severa de ambas fosas nasales con abundantes coágulos, anemización, e inestabilidad hemodinámica, hipotensión fracaso renal (elevación de creatinina y anuria) y aumento PCR. El paciente fallece el día 16-11-16 a las 10:30 horas, figurando en el informe de alta por exitus los diagnósticos de Carcinoma epidermoide irresecable del suelo de la boca, Hemorragia postoperatoria Incoercible y Parada Cardíaca.

11.-La recidiva del tumor no pudo ser detectada al no apreciarse signos o sospechas que determinasen conforme al consenso científico vigente del momento la realización de biopsia exploratoria sobre el área anatómica donde se asentaba el tumor primario, aun a pesar del seguimiento clínico correcto -en tiempo y contenido- realizado por los

Servicios de Oncología Radioterápica y Otorrinolaringología. Sí se realizó biopsia cuando las sospechas clínicas pusieron claramente de manifiesto su necesidad aun en un proceso de valoración riesgo beneficio de la misma.

12.-El proceder de los profesionales de todos los servicios intervinientes, fundamentalmente Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica, fue adecuado conforme a lex artis, en valoración de esta inspección, durante todas las fases del cuadro clínico objeto de este informe, tanto en la fase de diagnóstico, tratamiento -con intervención del Comité de Tumores del Centro-, como en las restantes de seguimiento y control posterior y recidiva”.

QUINTO.-Con fecha 6 de junio de 2024, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia, concediéndole un plazo de diez días para formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes. No consta que la reclamante haya realizado actuación alguna en dicho trámite. (Según señala la propuesta de resolución, se procede a notificar el trámite de audiencia únicamente al interesado, “*por no tener la reclamación cobertura aseguradora*”).

SEXTO.-Con fecha 22 de julio de 2024, el órgano instructor del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “*desestimar la reclamación patrimonial interpuesta por X al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a su cónyuge ni concurrir la antijuridicidad del daño*”.

SÉPTIMO.-Con fecha 23 de julio 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^a. X, cónyuge del paciente fallecido, 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 los daños por cuya indemnización reclama.

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

II.- La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 de la LPAC. El fallecimiento de D. Y se produjo el día 16 de noviembre de 2016, y la reclamación se presentó con fecha 15 de noviembre 2017; por lo tanto, es evidente que el derecho a reclamar se ha ejercitado dentro de plazo.

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.

No obstante, deben realizarse dos precisiones. Por una parte, debe señalarse que, si el órgano instructor del expediente no consideraba necesaria la práctica de las pruebas testifical y testifical-pericial propuestas por la reclamante, debería haberlas rechazado expresamente mediante resolución motivada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 77.3 de la LPAC (*“el instructor del procedimiento solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada”*). Y, por otra parte, debe señalarse que el plazo máximo para resolver el procedimiento ha excedido, en mucho, el plazo máximo de seis meses previsto en el artículo 91.3 de la LPAC; a este respecto, llama la atención que la Inspección Médica ha tardado en emitir su informe más de cinco años.

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 10.1 RRP (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 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.- Nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado: inexistencia.

I.-La reclamante alega, en síntesis, que se produjo un error de diagnóstico; que tras el tratamiento inicial hubo un seguimiento inadecuado; que se produjo una grave falta de atención a los signos de alerta y a los síntomas persistentes del paciente; que no se llevó a cabo un adecuado tratamiento del dolor; y que se produjo una falta de información al paciente y familiares.

Es evidente que las alegaciones de la reclamante deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudir 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.

La 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”*.

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. Así se desprende tanto de los Informes de los Servicios de Otorrinolaringología y de Oncología Radioterápica del HUCA, como del Informe de la Inspección Médica.

II.-El Informe del Dr. P, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, pone de manifiesto que, tras el diagnóstico inicial de carcinoma epidermoide, y desaconsejándose la cirugía por el tamaño y la extensión, se estableció un protocolo terapéutico con quimioterapia y radioterapia, que tuvo una respuesta clínica y radiológica satisfactoria.

Durante el seguimiento posterior no se produjeron signos de neoplasia, por lo que no se informó a familiares y paciente de recidiva, hasta que el proceso tumoral provocó signos indirectos de crecimiento (sangrado bucal) que fueron confirmados con biopsia de la zona afectada, aun cuando la visión macroscópica seguía siendo anodina.

El Informe concluye señalando que, en ciertas ocasiones, como en este caso, una neoplasia maligna evoluciona de forma anárquica e imprevisible, sorteando todos los controles clínicos y radiológicos; y que, en cualquier caso, ninguna alternativa terapéutica hubiera modificado su nefasta evolución.

III.-El Informe del Dr. Z, Adjunto del Servicio de Oncología Radioterapéutica, respecto a la alegación de que hubo un error de praxis al no prescribir la biopsia, afirma que, al demostrar el TAC cervical una respuesta completa de la lesión, en ese momento no existe lesión biopsable y, lógicamente, no es posible prescribir o realizar una biopsia de lo que no se ve.

Respecto a la alegación de que se da el alta al paciente de forma repetida, el Informe señala que, por el contrario, en la historia clínica de Oncología Radioterápica se demuestra claramente que al paciente no se le da el alta en ningún momento durante todo el proceso; constando en la historia clínica que se le vuelve a citar para nuevas consultas de revisión en dicho Servicio, y siempre remitiéndole al Servicio de Otorrinolaringología para valoración complementaria. El Informe pone de manifiesto que, tras considerar una respuesta completa al tratamiento de quimioterapia y radioterapia, se cita al paciente a los cuatro meses porque los informes repetidos de Otorrinolaringología describen una zona ulcerativa de valécula, que es una secuela típica en pacientes que han recibido radioterapia, y que al resultar dolorosa se le pauta tratamiento analgésico.

Respecto a las alegaciones de un seguimiento inadecuado del proceso tumoral, el Informe pone de manifiesto que el seguimiento evolutivo del paciente se realiza por parte del Servicio de Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica siguiendo las recomendaciones de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network), guías oncológicas de referencia a nivel mundial. Y señala que, a pesar de que el paciente no presenta evidencia de recidiva en las exploraciones físicas repetidas por parte de Oncología radioterápica y Otorrinolaringología, a pesar de la respuesta completa informada en el TAC tras el tratamiento radioterápico, y a pesar de las fibroscopias repetidas por Otorrinolaringología donde no se informa de lesiones compatibles con carcinoma, se le solicita de nuevo un TAC y una RNM cervical debido al dolor persistente.

Respecto a la cuestión de si el paciente podría haber sobrevivido al carcinoma de haber sido diagnosticado con anterioridad, el Informe pone de manifiesto que el paciente no se consideró operable desde el diagnóstico inicial, que tampoco podía recibir un tratamiento curativo con radioterapia debido a que ya había sido irradiado previamente a dosis plenas, y que, en cualquiera de los casos, no le habrían quedado alternativas curativas de tratamiento.

Respecto a la pregunta de por qué no se derivó al Servicio de Paliativos, el Informe señala que dicho Servicio no acepta pacientes sin evidencia de muerte inminente y, en este caso, a pesar de las repetidas intervenciones diagnósticas, hasta el final del proceso no se tenía evidencia de recidiva tumoral.

Y respecto a la afirmación de que la reclamante solo conoce la intensidad de la enfermedad cuando el paciente

ingresa en Urgencias por hemorragia bucal, y el Otorrino le dice que no existe posibilidad alguna de tratamiento; el Informe reitera que, hasta dicho momento, no se describen lesiones compatibles con carcinoma en ningún informe de Otorrinolaringología. Y, con estos datos, lo único que podía afirmar el Dr. Z a la esposa del paciente es que no existía evidencia de enfermedad tumoral y que, debido a la no indicación de la biopsia según referenció el Dr. S por el riesgo de sangrado masivo, la única alternativa era solicitar de nuevo pruebas de imagen, que eran las únicas pruebas al alcance del Servicio de Oncología Radioterapéutica.

IV- El Informe de la Inspección Médica concluye señalando que la recidiva del tumor no pudo ser detectada al no apreciarse signos o sospechas que determinasen, conforme al consenso científico vigente, la realización de biopsia exploratoria sobre el área anatómica donde se asentaba el tumor primario, aun a pesar del seguimiento clínico correcto -en tiempo y contenido- realizado por los Servicios de Oncología Radioterápica y Otorrinolaringología. Señala la Inspección que sí se realizó biopsia cuando las sospechas clínicas pusieron claramente de manifiesto su necesidad, aún en un proceso de valoración riesgo beneficio de la misma.

La Inspección Médica afirma taxativamente que el proceder de los profesionales de todos los servicios intervinientes, fundamentalmente Otorrinolaringología y Oncología Radioterápica, durante todas las fases del cuadro clínico (tanto en la fase de diagnóstico y tratamiento -con intervención del Comité de Tumores del Centro- como en las restantes de seguimiento y control posterior y recidiva) fue conforme a *“lex artis”*.

V.-Por lo tanto, como ha quedado acreditado en el expediente, las alegaciones de los reclamantes son refutadas tanto por los Informes de los Servicios de Otorrinolaringología y de Oncología Radioterápica 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, de 9 de junio (*“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, la reclamante no ha desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no ha probado que los facultativos que prestaron asistencia sanitaria al paciente 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. Y, 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.

