



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **268/2025**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de octubre 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 del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 14 de agosto de 2024 (COMINTER núm. 164090) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 26 de agosto de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.^a Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_290), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.-Con fecha 13 de febrero de 2024, D^a. Y presenta reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por una deficiente asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como en atención especializada, que dió lugar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de una linfangioleiomomatosis (LAM). En la reclamación se ponen de manifiesto los siguientes hechos:

-El 5 de febrero de 2021, D^a. Y fue diagnosticada de COVID y, ante la persistencia de tos, su médico de atención primaria le prescribió una radiografía que fue informada en los siguientes términos: *"Hallazgos sugerentes de neumonía COVID-19; Score Brixia 6, pero con afectación extensa de todos los cuadrantes; no obstante, el patrón no es el típico, por lo que habría que considerar la posibilidad de otro tipo de neumopatía como segunda posibilidad"*.

-El 11 de febrero de 2021, a la vista de dicha radiografía, el médico de atención primaria remitió a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer (HMM). En dicho Servicio fue dada de alta con la indicación de hidratación oral, medidas de aislamiento y medicación, sin practicar prueba complementaria alguna para descartar una patología pulmonar distinta de neumonía por COVID. Tampoco por parte de Atención Primaria se realizó seguimiento y control de lo informado por la referida radiografía; la paciente continuó con tos y disnea progresiva, sin que estos síntomas fueran estudiados.

-El 25 de abril de 2022, durante la gestación de su segundo hijo (estaba embarazada desde febrero), se le diagnosticó hipoxemia sin hipercapnia. Era necesario solicitar un TAC, ante la sospecha de asma o una obstrucción de etiología desconocida, pero no se hizo debido a su estado de gestación. Si se hubieran realizado las exploraciones que merecía la paciente antes de quedar embarazada, se habría podido conocer su patología y tomar la decisión de no quedar embarazada y recibir el tratamiento a tiempo para detener la evolución de la enfermedad.

-El 21 de febrero de 2023, tras el nacimiento de su hijo, le hicieron un TAC de tórax, siendo diagnosticada de linfangioleiomiomatosis; dos años después de que se evidenciara la neumopatía en la radiografía de febrero de 2021, patología que había evolucionado de forma tórpida hasta el punto de resultar irreversible. En la actualidad, la única solución pasa por realizar un trasplante de ambos pulmones.

-El 5 de mayo de 2023, fue valorada por el Hospital La Fe de Valencia, al que fue derivada por la necesidad de trasplante pulmonar, donde le prescribieron tratamiento con Sirolimus.

Por lo expuesto, en la reclamación se solicita una indemnización por importe de 1.018.057,04 euros, señalando que para la obtención de dicha cantidad se aplica el baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

SEGUNDO.- Con fecha 29 de febrero de 2024, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud acuerda admitir a trámite la reclamación, señalando que el órgano encargado de la instrucción será el Servicio Jurídico de dicho organismo. La resolución, con indicación del plazo máximo para resolver y del sentido del silencio administrativo, se notifica a la reclamante con fecha 1 de marzo de 2024.

En dicha notificación se requiere a la reclamante para que autorice al órgano instructor a solicitar la historia clínica del Hospital La Fe de Valencia y, asimismo, se le requiere para que acredite debidamente la representación. Y con fecha 8 de marzo de 2024 la reclamante da cumplimiento a dichos requerimientos, aportando la referida autorización y escritura notarial de poder para pleitos.

TERCERO.- Con la misma fecha 29 de febrero de 2024, la instrucción da traslado de la reclamación a la correduría de seguros del SMS, para su remisión a la compañía aseguradora. Y también con la misma fecha, la instrucción solicita a la Gerencia del Área de Salud VI (HMM) copia de la Historia Clínica de la paciente en relación con los hechos reclamados, así como los informes de los profesionales implicados en el proceso asistencial de la reclamación, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria (C.S. Cabezo de Torres).

Asimismo, con fecha 12 de marzo de 2024, la instrucción solicita al Hospital La Fe de Valencia, en relación con el proceso asistencial objeto de reclamación, copia de la Historia Clínica de la paciente e informe de los profesionales que la atendieron.

CUARTO.- Con fecha 3 de abril de 2024, en contestación a la petición formulada, el Hospital La Fe remite copia de la Historia Clínica e Informe del Jefe de Servicio de Cirugía Torácica de dicho Hospital, de 27 de marzo de 2024, que señala que “desconocemos los hechos y no podemos afirmar que ha habido una pérdida de oportunidad o se ha actuado en contra de la ‘lex artis ad hoc’; y que la paciente “está en seguimiento por las consultas de UTP y de CTO para terminar el estudio pre-transplante pulmonar y acondicionar a la paciente a la mejor situación para mejorar su calidad de vida y poder realizar el trasplante bipulmonar”.

QUINTO.- Con fecha 23 de abril de 2024, en contestación al requerimiento de la instrucción, la Gerencia del Área de Salud VI remite copia de la Historia Clínica y los siguientes informes:

-Informe del Dr. D. Z, FEA del Servicio de Urgencias del HMM, de fecha 10 de abril de 2024, que afirma lo siguiente:

“La paciente acudió a este Servicio de Urgencias a las 16:43 h del día 11/2/2021, remitida del Servicio de Radiología tras la aplicación del protocolo establecido entre Atención Primaria, Servicio de Radiología y Servicio de Urgencias para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de patología secundaria a COVID-19.

Y dado los hallazgos, ‘RX DE TÓRAX PA Y LATERAL Y TOMOSINTESIS: Se informaba de Opacidades bilaterales de distribución difusa en vidrio deslustrado que asocian un patrón reticular, afectando a todos los cuadrantes, predominantemente en el pulmón derecho. Aunque puede darse en el contexto de la neumonía COVID 19 con cierto tiempo de evolución, deben considerarse otras opciones de neumopatía según la evolución clínica y radiológica’.

Considero que hubo una adecuada atención, dado que nos encontrábamos en un período epidemiológico de pandemia y siendo la paciente COVID positivo desde el día 5 de febrero, la sospecha diagnóstica más probable era neumonía secundaria a COVID-19, aunque se apuntó en el informe de alta la posibilidad de otro tipo de neumopatía como segunda posibilidad, y así se le hace saber al Médico de Familia en el referido informe”.

-Informe de la Dra. Dª. P, Facultativa de Atención Primaria, de fecha 12 de abril de 2024, que señala lo siguiente:

“El día 06/02/2021, según consta en su historial clínico, se informa a la paciente por vía telefónica de resultado positivo de PCR para COVID, empezando en ese momento el seguimiento telefónico diario según protocolo. Se la llama el día 08/02/2021, el día 09/02/2021, el día 10/02/2021, en el que se prescribe un antibiótico por persistencia de tos con expectoración. El día 11/02/2021 por persistencia de la tos productiva a pesar de tratamiento pautado se le indica radiografía de tórax con diagnóstico, según informe de radiología de neumonía por COVID Brixia 6. Es vista en el servicio de urgencias del HMM siendo dada de alta, por estabilidad clínica y según protocolo, con tratamiento y seguimiento telefónico por parte de Atención Primaria. En las sucesivas llamadas telefónicas de seguimiento de la evolución de la infección COVID realizadas los días 12/02/2021, 15/02/2021, 16/02/2021, 17/02/2021, 18/02/

2021 (que no realizo yo, sino el médico de refuerzo para seguimiento de pacientes COVID) la paciente manifiesta encontrarse mejor, sin fiebre y sin disnea. Es dada de alta el día 19/02/2021 de seguimiento telefónico, según el protocolo vigente en ese momento, a los 14 días de aislamiento y estando asintomática en los tres días anteriores. El día 17/02/2021 se le citó una radiografía de control para valorar la evolución radiológica de la neumonía y para continuar con el estudio de la posible neumopatía intersticial que se sospechaba. La paciente no acudió a realizarse dicha radiografía según consta en el registro de citas del programa informático SELENE.

Posteriormente, el día 04/05/2021 la paciente solicitó consulta telefónica, mi primera llamada no fue atendida por

la paciente, a la segunda llamada conseguí hablar con ella. El motivo de su consulta era comunicarme que el Endocrinólogo la había derivado a Cirugía para cirugía bariátrica como tratamiento para su obesidad.

En una consulta telefónica del día 16/06/2021 me comunica que prefiere posponer la cirugía bariátrica para empezar a buscar embarazo.

El día 09/09/2021 la paciente solicitó consulta telefónica. mi primera llamada no fue atendida por la paciente, a la segunda llamada conseguí hablar con ella. El motivo de su consulta era pedirme un informe para prescribir ejercicio físico ya que había pospuesto la cirugía bariátrica.

El siguiente contacto que tengo con la paciente es el día 31/01/2022 donde me comenta que ha ido a un Neumólogo privado quien le pauta Ventolin por un diagnóstico de Asma, receta que realizo. En la siguiente visita del día 09/02/2022 realizo interconsulta a Neumología para valoración por su parte e iniciar el estudio y seguimiento del asma.

A partir de ese momento, mi contacto con la paciente es, la mayoría de las veces, a través de la modalidad de consulta correo solicitadas por la paciente para recetas de medicación pautada por Neumología.

En la consulta del día 24/03/2022 la paciente me informa de test de gestación positivo y me refiere que un Ginecólogo privado le pauta una medicación. Ya que coincido con el criterio del ginecólogo en la indicación de esta medicación, realizo su receta. Igualmente inicio el protocolo de embarazo junto con la Matrona del Centro de Salud quien realiza interconsulta a Obstetricia por ser paciente de riesgo debido a sus antecedentes obstétricos y su patología de base.

Las sucesivas visitas y consultas correo de la paciente están relacionadas con el control del embarazo, prescripción de medicación y solicitud de analíticas programadas. En agosto de 2022 se le presta un pulsioxímetro para control de saturación de oxígeno en domicilio y se le indica que, si la saturación de oxígeno es inferior a 96% debe consultar conmigo. Consulta que nunca precisó realizar.

Siguiendo con el protocolo de embarazo y, por ser paciente de riesgo por el asma diagnosticada y tratada, en una cita telefónica el día 17/11/2022 realizada por su matrona se le informa de la campaña de vacunación de gripe y COVID y la pertinencia e importancia de esta vacunación en su caso. La paciente no llegó a vacunarse.

El día 18/05/2022 me informa por la vía de consulta correo de que ha estado ingresada en HUVA por neumonía por Gripe A.

El día 10/01/2023 acude presencialmente a consulta aportando informe de Neumología con diagnóstico de asma grave con obstrucción severa al flujo aéreo no eosinofílico. SHAS VS SHO. Indican tratamiento y revisiones oportunas por parte de Neumología.

La siguiente visita presencial es el día 19/04/2023 donde me informa del diagnóstico de Linfangioleiomomatosis. Hago baja laboral y realizo interconsulta a Nefrología para completar estudio. El día 20/04/2023 hago también interconsulta a Urología por indicación de Nefrología”.

-Informe del Dr. D. Q, Jefe de Sección de Neumología del HMM, de 17 de abril de 2024, que pone de manifiesto lo siguiente:

“La paciente ENJ fue valorada por primera vez en el área de consultas externas de Neumología el 09/03/2022 (...) remitida desde Atención Primaria por disnea y tos que relacionaba con infección previa por SARS COV2. Con anterioridad, había acudido a Neumología en clínica externa al Servicio Murciano de Salud, donde se le habían practicado, por estos síntomas, espirometría y poligrafía cardiorrespiratoria. La espirometría evidenciaba una alteración ventilatoria mixta de predominio obstructivo compatible con asma bronquial. En dicha asistencia, el neumólogo/a externo inició tratamiento inhalado con doble broncodilatación con beta 2 agonistas y glucocorticoides percibiendo la paciente clara mejoría. Además, los resultados del estudio de poligrafía

cardiorrespiratoria que aportaba la paciente, eran sugestivos de Síndrome de Apnea de Sueño en grado moderado lo que, unido a la clínica referida, se indicó, por nuestra parte, tratamiento con equipo de presión positiva continua durante la noche, programándole cita en la Unidad de sueño (escuela de CPAP) para el inicio de dicho tratamiento. Finalmente, se le facilitó una nueva cita el 25/04/2022 en la consulta de Neumología para valorar evolución respiratoria con nuevas pruebas diagnósticas: espirometría con test broncodilatador y gasometría arterial.

La siguiente atención fue realizada el 25/04/2022 (...) y en esta visita se valoraron los resultados de las pruebas diagnósticas solicitadas en la visita anterior. Ante los hallazgos de estas pruebas que seguían mostrando alteraciones espirométricas y gasométricas relevantes (concretamente en la espirometría se objetivó una alteración ventilatoria mixta con obstrucción muy grave al flujo aéreo y test broncodilatador positivo, e hipoxemia moderada en gasometría arterial) se decidió la realización de Tomografía axial computerizada torácica que se desestimó en ese momento al manifestar la paciente que estaba gestante de 9 semanas.

Finalmente, tras gestación programada por cesárea el 10/11/2022 aconsejada por Neumología por embarazo de alto riesgo por comorbilidad respiratoria, es valorada nuevamente el 14/12/2022 (...) completando estudio, solicitando entre otras pruebas, la mencionada Tomografía axial computerizada en la que se objetiva: 'Patrón quístico pulmonar en paciente no fumadora y angiomiolipoma renal izquierdo. Hallazgos compatibles de linfangioleiomomatosis (s-LAM) o esclerosis tuberosa (com piejo TSC-LAM)'. Con estos datos en posterior revisión el 27/02/2023 (...) se solicita estudio pre-trasplante, analítica con VGEF-D y Tomografía axial computerizada de abdomen para descartar la presencia de angiomiolipomas, hallazgo asociado según las series en torno al 60% de las pacientes con Linfangioleiomomatosis; así mismo es remitida al servicio de Endocrinología y Nutrición para optimizar pérdida ponderal, hallazgo imprescindible para la realización futura de un posible trasplante pulmonar con seguridad.

Es valorada por primera vez por Unidad de Trasplante Pulmonar de Hospital la Fe de Valencia el 04/05/2023 indicando que dado el Índice de Masa Corporal en aquel momento de la paciente (IMC: 38.28) presenta una contraindicación absoluta para realizar trasplante bipulmonar en el momento actual, indicándonos continuar incentivando la mencionada pérdida de peso y valorar iniciar tratamiento con Sirolimus a dosis estándar de 2 mg cada 24 horas, que iniciamos el día posterior en nuestra valoración del 05/05/2023 (...) solicitando además niveles del mismo para ajustar dosificación del mismo.

La paciente contacta de forma imprevista (no programada) con nuestro servicio el 06/06/2024 (...) por edemas progresivos, ganancia ponderal y pérdida del periodo tras iniciar tratamiento con Sirolimus motivo por el cual, se opta de acuerdo con la paciente suspender provisionalmente el mismo por entender que la eficacia de dicha terapia puente es inferior a los perjuicios que supondría no continuar perdiendo peso de cara al tratamiento definitivo que supondría el mencionado trasplante bipulmonar.

Valorada por penúltima vez en nuestro servicio el 26/09/2023 (...) donde la paciente propone esquema de pérdida acelerada de peso, comentándose en base a ello de forma multidisciplinar tanto con Unidad de Trasplante Pulmonar la Fe, como con Endocrinología y Nutrición indicando en ambos casos que dicha orientación resulta inaceptable por el compromiso de la masa muscular que supondría de cara a tolerar trasplante pulmonar. Así mismo, dada la pérdida de peso alcanzada hasta el momento, propone hacer nuevo ensayo terapéutico con Sirolimus que aceptamos, esta vez a dosis de 1, mg para no interferir, como hemos comentado, la pérdida ponderal

La paciente es valorada por última vez en nuestras consultas el 19/10/2023 (...) reforzándose Oxigenoterapia por mayor percepción disneica y pactando que solicitará cita nuevamente cuando sea revalorada por Hospital La Fe. Con posterioridad la paciente nos indica que tiene intención de empadronarse en Valencia, quedando en contactar telefónicamente con nuestro servicio en caso de precisar cualquier atención.

Por otro lado, quisiera realizar algunas consideraciones sobre la enfermedad que presenta la paciente.

La Linfangioleiomomatosis (LAM) es una enfermedad multisistémica poco común que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. Se han descrito dos formas de LAM. La forma esporádica, que ocurre en una de cada 3,3-7,7/millón de mujeres y la forma hereditaria (autosómico dominante) que ocurre en uno de cada 12000 a 14000 niños (...). Los hallazgos radiológicos de tórax pueden ser normales o pueden muestrar cambios reticulares

pulmón zonas con hiperinsuflación pulmonar (sic). (...). La patología de LAM está representada por la proliferación de células inmaduras del músculo liso en las paredes de las vías respiratorias, vérulas y vasos linfáticos del pulmón (...). La proliferación de estas células produce estrechamiento de las vías respiratorias, obstrucción y atrapamiento de aire, por lo que es fácil confundirla con enfermedades que producen un patrón ventilatorio obstructivo como el asma. (...). Los alvéolos dañados se combinan y, con el tiempo, conducen al desarrollo de lesiones quísticas pulmonares y quistes llenos de líquido en los linfáticos (linfangioleiomomas)...). La enfermedad sigue un curso insidioso y la tasa de progresión es variable, desde unos pocos años hasta más de tres décadas antes de culminar en insuficiencia respiratoria (...). La progresión de la enfermedad se ha relacionado con la exposición a los estrógenos y, como tal, se recomienda a las pacientes que eviten el embarazo (...). En este caso, la gestación de la paciente puede haber actuado como un factor de progresión y agravamiento de la enfermedad respiratoria. Una vez que la enfermedad presenta insuficiencia respiratoria, el trasplante de pulmón es la única opción de tratamiento, los inhibidores de mTOR (serollmus) retarda la pérdida de la función pulmonar pero no curan la enfermedad (...). Los pacientes con LAM avanzada e insuficiencia respiratoria que requieren trasplante tienen mejores resultados que trasplante para otras enfermedades pulmonares (...).

Por último, en mi opinión, dada la evidencia científica existente, es poco probable que el pronóstico de la paciente, caso de haberse diagnosticado con anterioridad, hubiese sido más favorable que el actual".

-Informe de D. R, Jefe del Servicio de Admisión del HMM, recibido el 23 de abril de 2024, que pone de manifiesto lo siguiente:

"En relación a la información que nos solicita sobre un estudio radiológico a D^a. Y con DNI..., le informo:

-Que tuvo cita el 26 de febrero de 2.021 en el CEP del Carmen y no se presentó.

-Que tuvo cita el 2 de marzo de 2.021 en el HMM y no se presentó".

SEXTO.- Con fecha 29 de abril de 2024, la instrucción del procedimiento remite copia del expediente a la Correduría de Seguros del SMS, y 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 máximo de tres meses".

SÉPTIMO.- Con fecha 13 de junio de 2024, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, "Criteria" emite un dictamen médico pericial, suscrito por la Dra. D^a. S ("Licenciado en medicina. Especialista en Neumología"), que formula las siguientes consideraciones:

"La enfermedad que padece doña Y es extremadamente infrecuente y no tiene síntomas específicos que orienten hacia su diagnóstico. Además, en función de la documentación aportada, doña Y no había referido nunca sintomatología respiratoria antes de ser diagnosticada de COVID, y tampoco lo hizo, durante prácticamente un año, tras recuperarse de su neumonía por COVID. Por todo ello no considero que constituya mala praxis el hecho de que, tras finalizar su seguimiento por COVID, refiriendo además la paciente encontrarse asintomática, no se efectuasen más pruebas complementarias.

Es cierto que en la radiografía realizada en Urgencias durante su neumonía por COVID se menciona la posibilidad de valorar otras enfermedades, pero también lo es que el informe radiológico finaliza con la contundente frase: "otros hallazgos no relacionados con COVID: NO", y que de todos los médicos asistenciales es sabido que los radiólogos acostumbran a poner la posibilidad de descartar otras enfermedades en todos sus informes. Por ello, nuevamente, no considero que constituya mala praxis el hecho de que, tras finalizar su seguimiento por COVID,

refiriendo estar asintomática, no se efectuasen más pruebas.

En el momento en que doña Y comunicó a su Médico de Atención Primaria que tenía dificultad respiratoria (un año después de su neumonía por COVID) fue derivada a Neumología con suma celeridad, y en el Servicio de Neumología se realizaron todas las pruebas permitidas en su condición de embarazada, por lo cual considero que el manejo fue el adecuado, dado que el haber realizado radiografías o TAC en su estado, sometiendo a radiación a la madre y al feto, sí hubiese sido incurrir en mala praxis.

Una vez superado el embarazo, se realizó inmediatamente la prueba de imagen que no había podido realizarse antes por la condición de gestante, y se alcanzó el diagnóstico de esta enfermedad, sumamente rara como hemos dicho, de forma inmediata. También se inició el protocolo pretrasplante (necesario en todos los pacientes LAM) con clara celeridad, por lo que considero que el proceder fue completamente adecuado.

Es cierto que el tratamiento con sirolimus, aunque no es curativo, puede mejorar de forma temporal la calidad de vida de los pacientes con LAM, pero desgraciadamente doña Y no lo toleró y hubo que suspenderlo en menos de un mes por los efectos adversos. El desarrollo de efectos adversos se hubiese producido de igual manera aunque la enfermedad hubiese sido diagnosticada un año antes, por lo que resulta evidente que no podemos atribuir que la paciente no se beneficiase de la terapia con sirolimus a un retraso diagnóstico”.

Finalmente, el Dictamen formula las siguientes conclusiones:

“1.-La enfermedad que padece doña Y es una patología de mal pronóstico, pero no es en modo alguno comparable con otras patologías, como las tumorales, en las que unos meses de retraso en el diagnóstico significan un cambio de estadio tumoral y un cambio pronóstico. En el caso de la LAM, el haber sido diagnosticada un año antes no hubiese modificado ni el tratamiento ni el pronóstico y no existe ninguna pérdida de oportunidad al respecto.

2.-No existe ningún nexo de causalidad entre los síntomas que presentó la paciente durante su neumonía por COVID y los síntomas por los que consultó un año después, que llevaron al diagnóstico de LAM.

3.-No existe ningún nexo temporal entre la patología por COVID y la patología LAM de la paciente.

4.-No existe pérdida de oportunidad, dado que el tratamiento y el pronóstico de la paciente no hubiesen variado por ser diagnosticada de LAM un año antes.

5.-No se aprecia en la documentación aportada ningún hecho constituyente de mala praxis diagnóstica ni terapéutica”.

Con fecha 21 de junio de 2022, se remite copia de dicho Dictamen al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, para su incorporación al expediente de reclamación, a efectos de la emisión del informe de la Inspección Médica. No consta que dicha Inspección Médica haya emitido informe.

OCTAVO.- Con fecha 11 de mayo de 2024, la instrucción notifica a la reclamante y a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud la apertura del trámite de audiencia, a efectos de que, por un plazo de diez días, puedan acceder al expediente, formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

Con fecha 31 de julio de 2024, tras solicitar una copia completa del expediente, la reclamante formula escrito de alegaciones señalando, esencialmente, que “nos ratificamos íntegramente en nuestro escrito de Reclamación

administrativa”.

NOVENO.- Con fecha 14 de agosto de 2024, la instrucción del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “Desestimar la reclamación... por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial”; señalando que “no existen elementos de juicio en el procedimiento que permitan sostener sus alegaciones de mala praxis y fundamentar su discrepancia con las conclusiones del informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora, firmado por facultativo especialista en Neumología”.

DÉCIMO.- Con la misma fecha 14 de agosto 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.-Dª. Y 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 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.

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”.

Como ha quedado acreditado en el expediente, la reclamante fue diagnosticada de linfangioleiomomatosis tras el TAC de tórax que se le hizo el día 21 de febrero de 2023. Por lo tanto, considerando dicha fecha como "dies a quo", es evidente que cuando la reclamación se registra de entrada, con fecha 13 de febrero de 2024, aún no ha prescrito el derecho a reclamar, por lo que debe considerarse que la reclamación es temporánea.

III.-El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los trámites preceptivos.

En cuanto a la continuación del procedimiento sin haber llegado a evacuarse el informe de la Inspección Médica, este Consejo Jurídico viene aceptando de forma pacífica que, cuando los interesados no apoyan sus imputaciones de mala praxis en un informe pericial, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, puede llegar a prescindirse del informe inspector solicitado y no evacuado en plazo si existen suficientes elementos de juicio en el expediente para resolver la reclamación, lo que de ordinario sucede cuando en las actuaciones constan, además de los informes de los facultativos intervenientes, un informe técnico elaborado por un tercero (un perito de la aseguradora, el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud, el informe de algún otro especialista del Sistema Nacional de Salud, etc.) que ofrezca una valoración de la reclamación desde la ciencia médica, en orden a determinar el ajuste de la prestación sanitaria a la "lex artis". Y ello porque se considera que, en tales circunstancias, la decisión administrativa de la reclamación formulada estará basada en suficientes elementos de juicio técnico científico.

Además, el artículo 22.1, letra c), de la LPAC, prevé de forma expresa que, solicitado el informe preceptivo, y transcurrido el plazo máximo de tres meses sin que aquél se haya recibido, proseguirá el procedimiento.

En este caso, la decisión contenida en la propuesta de resolución se sostiene en suficientes elementos de juicio: constan los informes de los facultativos que han intervenido en el proceso asistencial, que explican la praxis seguida con la paciente; y consta el informe médico pericial realizado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, que confirma que la asistencia prestada ha sido acorde con la "lex artis". Por el contrario, la reclamante no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones de mala praxis.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario: Consideraciones generales.

I.-La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración que se desprende del artículo 106.2 de la Constitución: "*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, pudiendo sintetizarse en los siguientes

extremos:

- 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 concorra 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, 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 concorra 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 49/01 y 337/22, entre otros muchos). 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 previsible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

III.-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).

A tal efecto, en este caso hay que destacar la ausencia de prueba, por parte del reclamante, de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, los referidos informes médicos de los facultativos actuantes y del perito de la aseguradora no han sido cuestionados por la parte actora mediante la aportación de prueba suficiente para rebatir sus conclusiones técnicas. Y debe reiterarse el carácter de prueba esencial que, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, de 27 de junio de 2001, según la cual “*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*”.

CUARTA.-Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños alegados: Falta de acreditación.

I.-La reclamante alega, en resumen, que “*si hubieran realizado las exploraciones que merecía la paciente antes de que quedara embarazada (tuvieron un año para hacerlo), habría podido conocer la verdadera patología que sufría (...), habría podido tomar la decisión de no quedar embarazada y, además, habría podido recibir tratamiento adecuado y a tiempo para detener la evolución de la enfermedad*”.

Es evidente que las argumentaciones de la 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.

La reclamante no ha traído al procedimiento un dictamen pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis, por lo que este Consejo Jurídico no tiene instrumentos científicos médicos para poder valorar tales alegaciones. 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 sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la reclamante fue la adecuada y ajustada a normopraxis. Así se desprende tanto de los Informes de los facultativos que han intervenido en el proceso asistencial como del Informe médico pericial de “Criteria”, emitido a instancia de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, suscrito por una especialista en Neumología.

II.-El Informe del FEA del Servicio de Urgencias del HMM pone de manifiesto que la paciente acudió a dicho Servicio el día 11 de febrero de 2021 en aplicación del protocolo entre Atención Primaria, Servicio de Radiología y Servicio de Urgencias para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de patología secundaria a COVID-19. Considera que el Servicio de Urgencias prestó a la paciente una atención adecuada; manifiesta que la sospecha diagnóstica más probable era neumonía secundaria a COVID-19, dada la situación epidemiológica de pandemia, y dado que la paciente era positivo por COVID desde el día 5 de febrero. No obstante, en el informe de alta se indicó, como segunda posibilidad, la eventualidad de otro tipo de neumopatía, y así se le hace saber a la Médico de Atención Primaria.

El Informe de la Facultativa de Atención Primaria señala que, siguiendo el protocolo de atención y seguimiento telefónico establecido durante la situación de pandemia, en las sucesivas llamadas realizadas los días 12, 15, 16, 17 y 18 de febrero de 2021, la paciente manifiesta encontrarse mejor, sin fiebre y sin disnea. Tras catorce días de aislamiento, y estando asintomática en los tres días anteriores, el siguiente día 19 la paciente es dada de alta de dicho seguimiento telefónico.

Dicho Informe de Atención Primaria pone de manifiesto que el día 17 de febrero se citó a la paciente a una radiografía de control para valorar la evolución radiológica de la neumonía, y para continuar con el estudio de la posible neumopatía intersticial que se sospechaba; pero la paciente no acudió a dicha cita. En el mismo sentido, el Informe del Jefe de Servicio de Admisión del HMM señala que la paciente no acudió a las citas que se le señalaron los días 26 de febrero (en el CEP de El Carmen) y 2 de marzo (en el HMM).

La Facultativa de Atención Primaria indica que el día 31 de enero de 2022 la paciente le comenta que ha ido a un Neumólogo privado, quien le pauta Ventolín por un diagnóstico de asma, por lo que le receta dicha medicación, realizándose interconsulta a Neumología del HMM para valoración, estudio y seguimiento del asma.

El Informe del Jefe de Sección de Neumología del HMM pone de manifiesto que la paciente fue tratada por primera vez en consultas el 9 de febrero de 2022, remitida desde Atención Primaria por disnea y tos que se relacionaba con infección previa por SARS COV2; asimismo, pone de manifiesto que, con anterioridad, había acudido a Neumología en clínica externa al Servicio Murciano de Salud, donde se le habían practicado, por estos síntomas, espirometría y poligrafía cardiorrespiratoria. Señala el Informe que en la consulta del siguiente día 25 de abril, se valoraron los resultados de las pruebas solicitadas en la visita anterior, que mostraron alteraciones espirométricas y gasométricas relevantes. Por lo que se decidió la realización de un TAC torácico, que no pudo realizarse al manifestar la paciente que estaba gestante de nueve semanas. Con fecha 14 de diciembre de 2022, tras una cesárea programada, se realiza el referido TAC que pone de manifiesto hallazgos compatibles con

Linfangioleiomatosis.

El referido informe de la Sección de Neumología concluye que, dada la evidencia científica existente, en el caso de haberse diagnosticado antes la referida enfermedad, es poco probable que el pronóstico de la paciente hubiese sido más favorable.

III.-El Dictamen del especialista en Neumología de "Criterio", realizado a instancia de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, pone de manifiesto que la Linfangioleiomatosis es una enfermedad extremadamente infrecuente, que no tiene síntomas específicos que orienten hacia su diagnóstico. Además, señala que la paciente no había referido nunca sintomatología respiratoria antes de ser diagnosticada de COVID, y que tampoco lo hizo, durante prácticamente un año, tras recuperarse de su neumonía por COVID. Por lo que el Informe considera que no constituye mala praxis el hecho de que, tras finalizar su seguimiento por COVID, no se efectuasen más pruebas complementarias, teniendo en cuenta, además, que la paciente manifestaba estar asintomática.

Señala el Dictamen que, aunque es cierto que en la radiografía realizada durante la neumonía por COVID se menciona la posibilidad de valorar otras enfermedades, también es cierto que el informe radiológico finaliza con la expresión: "*otros hallazgos no relacionados con COVID: NO*"; y que los radiólogos en sus informes suelen incluir la posibilidad de descartar otras enfermedades. Por lo que el Dictamen reitera que el hecho de que no se le realizaran más pruebas a la paciente, tras finalizar su seguimiento por COVID, manifestando que estaba asintomática, no puede considerarse que constituya mala praxis.

Continúa el Dictamen señalando que cuando la paciente comunicó a su Médico de Atención Primaria que tenía dificultad respiratoria (un año después de su neumonía por COVID) fue derivada inmediatamente al Servicio de Neumología, donde se le realizaron todas las pruebas que en su condición de embarazada estaban permitidas. Una vez superado el embarazo, se le realizó inmediatamente la prueba de imagen que no había podido realizarse antes por su condición de gestante, y se alcanzó rápidamente el diagnóstico de la enfermedad. Asimismo, se inició el protocolo pretrasplante (necesario en todos los pacientes LAM) con clara celeridad. Por lo que el Informe considera que la asistencia sanitaria fue completamente adecuada.

El Dictamen concluye que la Linfangioleiomatosis es una patología de mal pronóstico, pero no es en modo alguno comparable con otras patologías, como las tumorales, en las que unos meses de retraso en el diagnóstico significan un cambio de estadio tumoral y de pronóstico. En este caso, el haber sido diagnosticada un año antes no hubiese modificado ni el tratamiento ni el pronóstico, por lo que no existe ninguna pérdida de oportunidad al respecto.

Afirma el Dictamen que no existe ningún nexo de causalidad entre los síntomas que presentó la paciente durante su neumonía por COVID y los síntomas por los que consultó un año después, que llevaron al diagnóstico de LAM. Asimismo, afirma que no existe ningún nexo temporal entre la patología por COVID y la patología de la paciente.

Finalmente, el Dictamen médico pericial del especialista en Neumología afirma expresamente que "*no se aprecia en la documentación aportada ningún hecho constituyente de mala praxis diagnóstica ni terapéutica*".

IV.-En definitiva, la reclamante no ha desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no ha probado que los facultativos que le prestaron asistencia sanitaria 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 en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no advertirse la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas; en particular, no concurre el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, ni concurre su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.