

Expediente: 5/2020

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 9/2020, 26 de marzo

DICTAMEN

En Pamplona, a 26 de marzo de 2020,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, Consejera-Secretaria accidental; don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejeros,

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 3 de febrero de 2020 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 25E/2020, de 27 de enero, de la Consejera de Salud.

A la petición se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), desestimatoria de la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial

Doña..., mediante escrito fechado el 8 de febrero de 2019, presentó ante el Consejero del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una reclamación responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios derivados de la demora sufrida en el diagnóstico de un carcinoma papilar seroso de ovario.

La reclamante señala que el 31 de julio de 2015 acudió al Servicio de Urgencias a causa de un dolor en el hipocondrio derecho (HCD), que fue considerado “de características inespecíficas sin datos de patología urgente”, tratándosele con Paracetamol y Nolotil; habiendo solicitado con fecha 15 de julio de 2015 revisión al Servicio de Ginecología a través del Centro de Salud de....

En los meses siguientes acudió al médico de cabecera del Centro de Salud de... por dolor en el hipocondrio, así como en dos ocasiones al Servicio de Digestivo, diagnosticándosele *“gastritis crónica con actividad aguda sin metaplasia intestinal Helicobacter pylori positivo”*. Se le practicaron una ecografía el 22 de octubre de 2015 y una gastroscopia el 8 de enero de 2016, así como análisis de sangre, test de aliento y examen de heces; habiéndosele derivado a Urgencias el 22 de abril de 2016 para descartar una patología aguda vesicular. El tratamiento pautado en esas fechas consistió en medicación de tipo antiulceroso. En atención a que el dolor abdominal aumentaba al moverse como al respirar, ingresó en Urgencias el 25 de junio y el 27 de junio de 2016, siendo el diagnóstico en estos dos últimos casos el de “dolor abdominal HCD pendiente de filiación; derrame pleural derecho y perihepático”.

Reseña que si bien estaba programado su ingreso hospitalario el 26 de julio para la extracción del líquido pleural, el 15 de julio de 2016 acudió a Urgencias por el incremento del dolor abdominal e insuficiencia respiratoria, siendo ingresada en el Servicio de Digestivo del..., donde le derivaron al Servicio de Ginecología, practicándosele una ecografía abdominal y un TAC

con el resultado diagnóstico de “Carcinomatosis peritoneal de posible origen ovárico. Probables implantes hepáticos y en sigma. Derrame pleural derecho”.

En esa fecha se le trasladó al Servicio de Oncología Médica, siendo dada de alta el 26 de julio de 2016 con el diagnóstico de “Carcinoma papilar seroso de ovario estadio IV (derrame pleural positivo). Derrame pleural derecho de causa tumoral Pleurodesis química derecha (22.7.2016). Celulitis en hemiabdomen inferior con buena evolución con antibioterapia”.

Igualmente, apunta que en ese último ingreso, el 18 de julio, se le colocó un tubo pleural derecho por derrame pleural metastásico con salida de líquido sero-hemorrágico, y el día 22 se le realizó una pleurodesis química retirándose el tubo.

Se reseña, además, que en la fecha de 15 de julio de 2016 dio inicio a un proceso de incapacidad laboral para el desempeño de su trabajo de dependienta en tienda de ropa de su propiedad, estando dada de alta en el RETA.

Con fecha 26 de julio se le aplicó el primer ciclo de tratamiento con Quimioterapia, que continuara cada 21 días, administrándosele ocho ciclos de Carboplatino que se concluyeron el 17 de febrero de 2017.

Se refleja también en el escrito de reclamación que, en el informe emitido el 11 de diciembre de 2017 por el Equipo de Evaluación de Incapacidades del INSS, se asumió el diagnóstico de carcinoma papilar seroso de ovario estadio IV con metástasis pulmonar derecho, con las siguientes limitaciones orgánicas y funcionales: *“Derrame pleural metastásico derecho tratado con tubo pleural y posterior pleurodesis, persiste algo de derrame residual que ocasiona disnea de leves-moderados esfuerzos. Astenia moderada. Parestesias en pies consecuencia de la quimioterapia. En seguimiento periódico por oncología, estable, no susceptible de tratamiento quirúrgico.”* Y que, por Resolución de 18 de diciembre de 2017 de la Dirección Provincial de Navarra del INSS, notificada

a partir del 8 de febrero de 2018, se le declaró en situación de Incapacidad Permanente Absoluta para todo tipo de trabajo.

Estos datos indican que quedan corroborados por los informes médicos que acompaña al escrito, señalándose que en su momento incorporará informe médico de parte.

Se considera que los datos expuestos evidencian “que no se ha seguido una correcta praxis médica por parte de los diferentes profesionales intervinientes en el proceso, actuación antijurídica que ha derivado en un daño que no tengo por qué soportar”; afirmando que “no es de recibo que desde el 31 de julio de 2015 en que acudo a Urgencias a causa de dolor abdominal y hasta el 26 de julio de 2016, no se hubiera podido alcanzar un diagnóstico correcto utilizando para ello los medios adecuados y practicando las pruebas diagnósticas necesarias para interpretar una sintomatología que ha estado presente, localizada y sin desaparecer a lo largo de todo ese periodo de tiempo; y sobre todo, cuando acudí al SNS en numerosas ocasiones, tanto al Centro de Salud como al Servicio de Urgencias, así como al Servicio de Digestivo, sin que se me hubiera derivado —salvo en último extremo, y tras haber sido hospitalizada por insuficiencia respiratoria a causa del derrame pleural- al Servicio de Ginecología o al de Oncología Médica, dándose la lamentable circunstancia de que tenía solicitada una revisión ginecológica desde el 15 de julio de 2015, la cual no tuvo lugar”.

Se afirma que existe un manifiesto retraso en el diagnóstico causado por la falta de diligencia al no haberse aplicado los medios e instrumentos que estaban a disposición de los diversos profesionales intervinientes, lo que le ha privado a la reclamante de una atención terapéutica adecuada durante un año, disminuyendo sus posibilidades de curación, “evitándose en cualquier caso el desarrollo tumoral y su metástasis”.

En atención a lo expuesto solicita una indemnización total 331.672'64 € por los siguientes conceptos:

1º.- Lesiones temporales: A).- Días de perjuicio grave: $12 \times 76'39 = 916'68$ E. B).- Días de perjuicio moderado: $509 \times 52'96 = 26.956'64$ €. C). -

Perjuicio por intervención quirúrgica: 800 €. D).- Perjuicio patrimonial lucro cesante: 12.824'94 €. E).- Gastos por la contratación de personal para la tienda en el periodo 1 de agosto de 2016 a 31 de diciembre de 2018: 38.700'63 €.

2º.- Secuelas: A).- Perjuicio básico: Disnea de mínimos-moderados esfuerzos: 60 puntos, 124.944'79 €. Perjuicio estético, cicatriz por tubo pleural: 3 puntos, 2.248'61 €. B).- Perjuicio grave por pérdida de calidad de vida: 90.000 €. C).- Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico: 32.267'35 €. D).- Perjuicio patrimonial por lucro cesante: 2.013 €.

A la reclamación se adjuntan los documentos siguientes: solicitud de revisión ginecológica de 15 de julio de 2015; resumen de la historia clínica a 1 de agosto de 2018; informes de Urgencias de 25 de junio de 2016 y 27 de junio de 2016; traslado a Ginecología de 18 de julio de 2016; informes de Oncología Médica de 27 de julio de 2016, 21 de febrero de 2017, 5 de junio de 2017 y 20 de junio de 2017; informe del INSS de evaluación de Incapacidad Laboral de 11 de diciembre de 2017; Resolución del INSS de 18 de diciembre de 2017 declarando la incapacidad permanente absoluta; declaraciones del IRPF de 2015, 2016 y 2017; y cotizaciones de la SS y nóminas del personal contratado.

I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes

Por Resolución 10/2019, de 13 de febrero, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 22331/2019; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a la interesada de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 8 de febrero de 2019, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación a la interesada.

A) Informe del Servicio de Urgencias

Iniciada la instrucción, el instructor del procedimiento solicitó informe al Jefe del Servicio de Urgencias del... (en adelante,...) en relación con los hechos alegados en la reclamación, que fue emitido con fecha 29 de marzo de 2019. En el informe se detallan las atenciones llevadas a cabo a la reclamante, consistentes en:

“- 31 de julio de 2015: Atención por Dolor Abdominal inespecífico, de 2-3 días de evolución. No se encontraron alteraciones en las exploraciones realizadas. Alta.

- 3 de agosto de 2015, nueva atención en Urgencias por continuar con dolor abdominal. Se repiten las exploraciones complementarias analíticas sin resultados patológicos, y se realiza también una ecografía abdominal también sin resultados. Alta.

- 25 de junio de 2016. Paciente pendiente de completar estudio por Servicio Digestivo por el dolor abdominal. Acude por un derrame pleural en el contexto de su enfermedad. Se descarta patología o complicación que precisara alguna actuación urgente y se refuerza el tratamiento analgésico.

- 27 de junio de 2016: consulta de similares características del día 25 de junio.

- 15 de julio de 2016: Tras la nueva valoración clínica de la paciente en urgencias, se decide ingreso hospitalario en el Servicio de Digestivo. Posteriormente se traslada al Servicio de Ginecología se llega al diagnóstico final”.

En cuanto a la valoración de estas actuaciones se reseña que:

“Las dos primeras atenciones en julio y agosto 2015 son actuaciones totalmente correctas por un dolor abdominal de reciente comienzo. Se remite a su médico de Atención Primaria que sería el encargado del seguimiento del proceso.

Las dos atenciones de junio de 2016 son del mismo perfil que consistieron en valorar su derrame pleural que aparece en el contexto de su enfermedad de base que está en estudio. Se descarta complicación que requiriera un procedimiento o tratamiento urgente.

La última visita de 15 julio se decide proceder a ingreso urgente dado que la situación clínica así lo aconsejaba.

Entre las funciones del Servicio de Urgencias no se contempla el estudio en profundidad de los pacientes con procesos crónicos. Más bien la actividad se enfoca a estudio de patología aguda, a descartar

complicaciones agudas de procesos crónicos o a realizar procedimientos o instaurar tratamientos que no se pueden diferir debido a su importancia o gravedad”.

La conclusión a la que se llega en este informe es que “el tiempo que se ha empleado en llegar a un diagnóstico válido no ha sido responsabilidad del Servicio de Urgencias, y deberá pronunciarse el Servicio implicado en dicho estudio”, así como como que las actuaciones de urgencias se pueden considerar ajustadas a la “lex artis”.

B) Informe del Servicio de Digestivo del...

Igualmente, a solicitud del instructor del procedimiento, se emitió informe por el Jefe del Servicio de Digestivo del..., con fecha de 9 de mayo, en el que precisa que la reclamante:

“acudió al Servicio de Urgencias los días 31-07-2015 y 3-08-2015. El primer día refería dolor abdominal continuo a nivel de fosa iliaca derecha (FID), de 2 días de evolución, y el segundo la extensión del dolor a epigastrio y en menor medida a fosa iliaca izquierda (FII). Ante la persistencia del dolor, se le practicó una ecografía (3/08/2015) en la que únicamente se objetivó una ligera infiltración grasa del hígado, hallazgo sin ninguna significación en el caso...

Por la sintomatología referida, la paciente fue valorada en la consulta externa del Servicio de Digestivo el día 16-09-2015. En dicha consulta, se solicitó una gastroscopia con carácter preferente, con hallazgos de una gastritis erosiva macroscópica, con histología de gastritis crónica activa *Helicobacter pylori* (HP) positivo, por lo que se indicó tratamiento erradicador. Así mismo se solicitó una nueva ecografía, que se realizó el 21-10-2015, sin encontrar otras alteraciones que la infiltración grasa hepática comentada.

La paciente fue valorada evolutivamente en consulta el día 10-11-2015. En ese momento refería empeoramiento del cuadro clínico con distensión abdominal y molestia abdominal difusa, por lo que a la vista de los hallazgos en la gastroscopia, se pautó tratamiento gastroprotector y erradicador de HP, aconsejándose posterior test de aliento y consulta para valoración de los resultados y de la evolución clínica. Por ello, fue citada nuevamente el 11-05-2016, siendo el test de aliento negativo (compatible con erradicación de HP) y solicitándose TC abdominal dada la persistencia del dolor. La TC abdominal (21-06-2016) puso de manifiesto la presencia de un derrame pleural y líquido libre abdominal, hallazgos que pusieron en marcha otros estudios que

llevaron al diagnóstico final de carcinoma papilar seroso de ovario en estadio IV”.

En cuanto a la valoración de la actuación realizada se señala que:

“La afirmación de “que incluso a la vista de un profano en medicina resulta evidente que no se ha seguido una correcta praxis médica”, tras la revisión de la historia, parece claramente injustificada ya que a la paciente además de diversos estudios analíticos y una gastroscopia, se le practicaron dos ecografías por su cuadro de dolor abdominal, sin encontrar alteraciones. Desafortunadamente, en ocasiones, las técnicas aunque estén bien indicadas, no permiten diagnosticar algunas enfermedades hasta fases avanzadas de las mismas”.

C) Informe del Centro de Salud de...

Con fecha 23 de abril de 2019 se emitió informe por el Médico de Familia... del Centro de Salud de... a solicitud del instructor del procedimiento. En el mismo se detallan las siguientes actuaciones médicas:

“- El 25/03/2015 consta la realización de una visita como vista en el CAM de... (...). No encuentro información en la H° Clínica.

- El 17/07/2015 hay una interconsulta en H° Clínica de Revisión Ginecológica a CAM prevención sin que conste ni su realización, ni el permanecer en espera, ni su solicitud. Consta únicamente una interconsulta, no cita ni solicitada, ni realizada?.

- El 31/07/2015 consulta en el C. Salud de... por dolor abdominal (ver informe anexo) que se remite a Urgencias.

Informe de Urgencias: Se extrae AS donde se objetivan todos los parámetros en rango normal. Sin datos de patología infecto-inflamatoria. Dada su buena situación y la falta de datos que orienten a patología grave en este momento es dada de alta a domicilio.

Juicio Clínico: DOLOR ABDOMINAL DE CARACTERISTICAS INESPECIFICAS sin datos de patología urgente en este momento.

Observaciones: Se le informan los datos de gravedad por los que debe acudir de nuevo a urgencias.

- El 03/08/2015 acude a Urgencias con Juicio Clínico: dolor abdominal inespecífico.

Informe de Urgencias. Se realiza Ecografía abdominal: Descripción: Hígado con aumento difuso de la ecogenicidad compatible con esteatosis sin evidencia de lesiones focales. Vesícula poco distendida no valorable (ausencia de ayunas). Vía biliar no dilatada. Páncreas parcialmente valorado sin alteraciones. Bazo, riñones normales. Se

explora resto de la zona y selectivamente FID sin apreciar asas patológicas. No líquido libre ni colecciones. Vejiga moderadamente repleccionada sin alteraciones. Conclusión: Esteatosis hepática. No otros hallazgos patológicos significativos.

Prestación: ADULTOS - ECO - ECO de Abdomen - ECO abdomen.

- El 25/08/2015 es atendida de nuevo en el C. Salud (ver anexo) por molestias abdominales. Se solicita Coprocultivo y parásitos que son normales y se remite a Aparato Digestivo.

- El 16 /09 /2015 es atendida en Digestivo con Presunción diagnóstica: Dolor abdominal a estudio (ver Hª).

Plan: AS con celiacua y tiroides. Gastroscoopia preferente y eco abdominal. Citar con resultado.

- El 22/10/2015 pregunta por resultados en C. Salud. Se le comentan y se queda pendiente de revisión en Digestivo (ver anexo).

- El 10/11/2015 es atendida para resultados en Digestivo. Refiere empeoramiento con distensión abdominal y molestias abdominales difusas.

GASTROSCOPIA:

Esófago normal. Cardias situado a unos 40 cms de la A.D.S., competente a la retroversión. Fundus y cuerpo gástrico normales.

Incisura normal. En antro distal varias erosiones elevadas algunas de ellas que confluyen hacia píloro (biopsia C). Píloro céntrico y penneable, sin alteraciones.

Bulbo presenta pequeña elevación sugestiva de hiperplasia linfoide o brunneritis (biopsia B). Segunda porción duodenal normal (biopsia A)

Diagnóstico endoscópico:

- Gastritis erosiva antral leve con erosiones elevadas.

- Lesión elevada en bulbo.

AP: GASTRITIS CRÓNICA CON ACTIVIDAD AGUDA SIN METAPLASIA INTESTINAL. HELICOBACTER PYLORI POSITIVO.

Ecografía de abdomen: Esteatosis hepática. Vesícula normal. Resto estudio normal.

AS: llama la atención hiperlipidemias.

Plan: tto erradicador con OCAI 0. Test del aliento posterior. Revisión con resultados.

- El 08/01/2016: consulta en el C. Salud. (ver anexo). Persiste el dolor abdominal. Está pendiente de realizarse el test del aliento. Se deja constancia de la consulta anterior de digestivo y en espera de consulta

de digestivo y resultados test aliento.

- El 22/04/2016: consulta en C. Salud por incremento del dolor abdominal (ver anexo). Tras la valoración se remite a la paciente a Urgencias para valoración del dolor. No consta que la paciente acuda al Servicio de Urgencias.

- El 11/05/2016 es atendida en Digestivo:

Servicio: DIGESTIVO (...) Médico:... Test de aliento: negativo.

Continúa con molestias intermitentes en HCD, no relacionado con las ingestas, a veces incluso al toser le duele de forma selectiva en HCD. Ha tenido que acudir 2 veces a su MAP por este motivo. Sigue tomando Omeprazol. No náuseas ni vómitos. Además sigue con distensión abdominal y flatulencia, por lo que toma Aero-red sin clara mejoría.

EF: Obesidad, Abdomen muy globuloso, blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación en HCD con Murphy negativo. Plan: pido TAC de abdomen (firma CI de contraste IV). Si dolor puede tomar analgesia habitual (paracetamol, nolotil....)

- El 25 y el 27 de 06/2016 acude en dos ocasiones a Urgencias descartando patología aguda, se explican resultados del TAC y pendiente de Digestivo.

- EL 05 /07/2016. Es atendida en Digestivo

Servicio: DIGESTIVO (...)

Médico: ...

Comentario 3: NO PRESENCIAL

TAC de abdomen: Esteatosis hepática. Pequeño derrame pleural derecho.

Líquido libre en cantidad moderada perihepático y en el fondo de saco recto uterino. Estriación por contenido líquido de las grasas mesentérica y omental sin demostrar nodulaciones.

Ha acudido en 2 ocasiones a urgencias por dolor abdominal.

Plan: Programa ingreso para paracentesis diagnóstica guiada por ecografía.

Llamo a la paciente para explicarle los resultados.

- El 15/07/2016 vía urgencias se realiza ingreso en digestivo con:

Juicio Clínico: Carcinomatosis peritoneal de posible origen ovárico, Probables implantes hepáticos y en sigma.

Derrame pleural derecho”.

D) Informe del servicio de obstetricia y ginecología del...

A solicitud del instructor se emitió con fecha 4 de junio de 2019 informe por parte del Jefe de Servicio de Asistencia de Obstetricia y Ginecología del.... En el mismo se indica que:

“La paciente presenta un cuadro de malestar general, que comienza con las molestias reseñadas, con fecha de 31 de julio del 2015 y que le obligan a acudir a Urgencias.

Tras una evolución tórpida e insatisfactoria, no formamos parte de los cuidados asistenciales de la paciente hasta el 15 de julio de 2016, fecha en la que la paciente ingresa en el Servicio de Digestivo del.... Tras hallazgos en TAC de signos sugestivos de carcinomatosis de origen ovárico, e interconsulta preferente a nuestro Servicio el día 16, se traslada a nuestra planta para realización de laparoscopia diagnóstica el día 20 de julio, para la toma de biopsias diagnósticas y valoración de resecabilidad quirúrgica en caso de confirmación de diagnóstico de carcinomatosis ovárica.

Tras confirmación del diagnóstico de sospecha, se decide de manera conjunta con Oncología Médica, por protocolo, instauración de pauta de quimioterapia IV específico para cáncer de ovario avanzado, con un total de 8 ciclos, prolongándose hasta el 17 de febrero de 2017.

En la actualidad se realiza controles periódicos, con la última revisión ginecológica realizada en consulta de Ginecología el día 31-08-2018.

Como resumen, comentar que desgraciadamente, la historia natural del cáncer de ovario hace muy difícil establecer su diagnóstico de manera precoz, fundamentalmente por dos razones:

- La ausencia de síntomas específicos al inicio, lo que motiva que la mayoría de pacientes se presenten con enfermedad diseminada al diagnóstico, lo que dificulta su curación
- La ausencia de métodos de detección precoz (screening) que sean eficaces y estén validados”.

E) Informe del Servicio de Oncología Médica del...

Con fecha 20 de marzo de 2019, en respuesta a la solicitud cursada por el instructor del expediente, se emite informe por parte del Jefe del Servicio de Oncología Médica del.... En el mismo detalla que la reclamante, con fecha 15 de julio de 2016, ingresó en el Servicio de Digestivo, llevándose a cabo pruebas complementarias:

“TC T-A (16.7.16): Hallazgos sugestivos de carcinomatosis peritoneal de posible origen ovárico. Probables implantes hepáticos y en sigma. Derrame pleural derecho.

Ca 125 (18.7.16) 373”.

Se indica que, ante ese resultado, se traslada a la paciente al servicio de Ginecología donde se realiza el día 20 de julio de 2016 *“una laparoscopia diagnóstica objetivándose: Ascitis, se toma muestra para citología y se aspiran 1, 2,1. Cavidad peritoneal: omento adherido a pared abdominal anterior, sigma adherido a pared abdominal lateral izquierda con focos blanquecinos visibles superficiales sugestivos de fibrina. Cúpula derecha afecta, izquierda no visible. Pelvis no visible por adherencias de asas de delgado a pelvis y plica. Algún implante miliar en zona de mesenterio y escasos en serosa de delgado”*. El resultado de la anatomía patológica de la citología de líquido pleural es “positivo para células neoplásticas compatible con carcinoma seroso papilar de ovario”.

En el informe se detalla las actuaciones desarrolladas con posterioridad, así como el traslado de la paciente el 25 de julio de 2016 al servicio de Oncología Médica, tras completar el diagnóstico para la valoración del inicio del tratamiento de quimioterapia, que se inicia el 26 de julio de 2016 según esquema carboplatino+taxol. Y se especifica que:

“Tras 3 ciclos de tratamiento se realiza valoración en comité de tumores multidisciplinar objetivando en TC respuesta parcial pero con persistencia de afectación pleural por lo que se continuó hasta 6 ciclos. Tras 6 ciclos persistía derrame pleural por lo que se decidió en comité multidisciplinar realizar PET para descartar persistencia de enfermedad a nivel pleural.

PET: realce pleural posteroinferior derecho hipermetabólico, compatible con persistencia de enfermedad en dicha localización.

Ante la persistencia de enfermedad metastásica no se consideró tributaria en ese momento de realizar tratamiento quirúrgico y se decidió continuar 3 ciclos más de mismo esquema con disminución de dosis de taxol. TRAS el primero de estos 3, se suspendió taxol por neurotoxicidad y la paciente presentó reacción de hipersensibilidad a carboplatino.

En este momento se solicitó nueva AS con determinación de CA125 17 U/mL y TC (15/2/17) que no demostró cambios con respecto al previo por lo que la paciente se consideró definitivamente no candidata a

tratamiento quirúrgico y dada la toxicidad de la QT se decidió seguir controles clínicos.

La paciente continúa desde entonces controles trimestrales teniendo previsto realizar el próximo en abril de 2019”.

F) Informe Médico Pericial emitido por la asesoría médica de....

Consta en el expediente el informe pericial emitido por... (en adelante,...) .

En el informe, de fecha 14 de octubre de 2019, suscrito por una médico-especialista en Obstetricia y Ginecología, Doctora en Ciencias de la Salud, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso y analizándose la praxis seguida con doña... por el Servicio Navarro de Salud entre julio de 2015 y julio de 2016.

La pericial describe los antecedentes personales de la reclamante al momento de producirse episodio y los gineco-obstétricos, detallando las intervenciones desarrolladas en el periodo objeto de análisis -15 julio de 2015 a 26 de julio de 2016-.

En el valoración de la praxis médica se destaca que, aun cuando conforme a la historia clínica, la paciente solicitó valoración ginecológica en julio de 2015 a través de su centro de salud, por dolor abdominal, la cita no tuvo lugar, pero sí se produjeron diversas valoraciones, tanto en Urgencias como en la consulta de Medicina Digestiva, que es a donde se remitió inicialmente a la paciente, por localizarse su dolor en el hipocondrio derecho (un área sin relación topográfica con los órganos genitales).

Se destaca que se mantuvo en seguimiento durante varios meses por encontrarse una posible causa del dolor, como era una gastritis por *Helicobacter pylori*, confirmada por gastroscopia.

También se indica que se pautó tratamiento para aquella, y se realizó una ecografía abdominal que no mostró ninguna masa pélvica, ya que el único hallazgo relevante fue una esteatosis hepática, proceso sin relación alguna con el cáncer de ovario.

Igualmente se señala que, al persistir el dolor, se solicitó una TAC que reveló un derrame pleural y perihepático de nueva aparición, que condujo en último término al diagnóstico definitivo de carcinoma seroso papilar de ovario.

En cuanto a la cuestión de si el carcinoma podía haber sido diagnosticado antes y la actuación médica fue correcta, la pericial médica afirma lo siguiente:

“1. El diagnóstico precoz del cáncer de ovario es un auténtico desafío en Ginecología. Cuando la enfermedad se encuentra en una fase inicial (que corresponde a la existencia de una masa en un ovario o en los dos, pero sin afectación del resto del aparato genital ni extensión a la pelvis), lo más frecuente es que no existan síntomas de ningún tipo, tratándose en la mayoría de las ocasiones de un hallazgo casual que se encuentra en pacientes asintomáticas que acuden al médico por otro motivo (habitualmente, una revisión rutinaria). En mujeres en edad fértil, a veces se manifiesta en forma de sangrado genital o alteraciones del ritmo menstrual, que conducen a la paciente a una valoración ginecológica y, a veces, al hallazgo de una masa ovárica por ecografía, cuyo estudio tampoco está exento de dificultad. Pero a edades más tardías, o en mujeres que ya no tienen menstruación, ya no se da esta posibilidad, y la enfermedad progresa de manera silenciosa hasta la aparición de una serie de síntomas vagos e inespecíficos, superponibles a alteraciones urinarias o digestivas (dolor abdominal, hinchazón, sensación de plenitud al comer...), que ya denotan una extensión considerable del cáncer y, por lo tanto, que éste se encuentra en una fase avanzada, algo que ocurre en el 80% de los diagnósticos de cáncer de ovario aproximadamente.

2. Teniendo en cuenta que cuando la paciente consultó en 2015 solicitando una valoración ginecológica ya presentaba dolor, es altamente improbable que la enfermedad se encontrase en una fase inicial, en contra de lo expuesto en la reclamación.

3. Por otro lado, el abordaje inicial de los síntomas orientándolos a un origen digestivo fue correcto, porque la paciente refería dolor en el hipocondrio derecho, donde se encuentra el hígado, la vesícula y la zona inferior del pulmón derecho, muy lejos de los órganos genitales.

4. Se le realizaron diversas pruebas de imagen, la primera de ellas al mes siguiente de consultar por primera vez por dolor, y otra a los tres meses, sin encontrarse ninguna imagen sospechosa a nivel genital, si bien es cierto que no se solicitó una ecografía ginecológica, por no localizarse los síntomas en esa zona.

5. Cuando se encontró una causa razonable para el dolor, como fue en este caso una gastritis por *Helicobacter pylori*, se planteó el tratamiento adecuado, y fue ante su ineficacia cuando se decidió, con buen criterio, solicitar una TAC, que inició el proceso diagnóstico definitivo.

6. Como se ha mencionado anteriormente, la catalogación correcta de una masa ovárica como benigna o maligna por ecografía no siempre es fácil. De hecho, los sistemas de puntuación que combinan datos ecográficos, clínicos y analíticos están en constante revisión. En este caso, además, nunca se observó ninguna anomalía genital ni masa ovárica alguna. No hay que olvidar, por otro lado, el impacto negativo que la obesidad mórbida de la paciente ha podido suponer en la precisión del diagnóstico ecográfico”.

Por todo lo expuesto, considera la pericial que la actuación médica en el caso fue acorde a la “lex artis ad hoc”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 31 de octubre de 2019, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de los informes médicos proporcionados por los Jefes de los Servicios de Obstetricia y Ginecología, de Digestivo, de Oncología Médica y de Urgencias del..., además de la historia clínica remitida por éste y del informe médico pericial emitido por la asesoría de...

Por escrito de 19 de diciembre de 2019, la reclamante presentó alegaciones ratificándose en su escrito de 3 de marzo de 2019, señalando que su situación se ha empeorado. También reseña que, sin perjuicio de que aporte en su día informe médico, el 31 de julio de 2015 presentaba dolor en la fosa ilíaca derecha y no en el hipocondrio derecho, como se indica en el informe de..., en una zona en la que, por su cercanía, se reflejan los dolores ginecológicos, así como que el 15 de julio de 2015 se había solicitado revisión ginecológica y que no se le examinó por ningún especialista hasta el 15 de julio de 2016, que fue ingresada de urgencias al agravarse su estado con una insuficiencia respiratoria causada por un derrame pleural.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en relación con la supuesta demora sufrida en el diagnóstico de un carcinoma ovárico.

Tras referir los antecedentes de hecho, en su fundamentación jurídica analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta. Pone de relieve que la reclamación se plantea por presunto retraso en el diagnóstico de su enfermedad, que podía haber desaparecido o aminorado si se hubiera tratado con anticipación, centrando la discusión en el espacio temporal que transcurre entre julio de 2015 y julio de 2016, fecha en la que se diagnosticó el carcinoma y comenzó el tratamiento con diferentes ciclos de quimioterapia.

Se señala que la argumentación de la reclamante, sin apoyo pericial alguno, se sostiene en una lectura parcial de los informes presentados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, pues en todo momento los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dieron respuesta a sus demandas cuando fueron requeridos sus servicios, y según la patología que en cada momento presentaba.

En cuanto a la actuación de los profesionales sanitarios del Centro de Atención Primaria de... se destaca que la actuación fue correcta, pues acudiendo el 31 de julio de 2015, ante la duda razonable sobre el dolor abdominal, se le remitió al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Un mes después, el 25 de agosto de 2015, tras la visita de nuevo al Centro de Salud de... por incremento del dolor abdominal, se le envió a Urgencias para la valoración del dolor; no obstante “no consta que la paciente acuda al Servicio de Urgencias”.

Por lo que se refiere al Servicio de Urgencias del..., se destacan las cinco atenciones sanitarias efectuadas (31 de julio de 2015, 3 de agosto de 2015, 25 de junio de 2016, 27 de junio de 2016 y 15 de julio de 2016), así como la no asistencia de la reclamante a la derivación efectuada por el Servicio de

Asistencia Primaria de... el 25 de agosto de 2015. Se describen las atenciones realizadas y su objetivo, que no consiste en el estudio en profundidad de los pacientes con procesos crónicos.

En cuanto al Servicio de Digestivo, se incide en que la reclamante fue vista el 16 de septiembre de 2015, solicitándose una gastroscopia con carácter preferente, en la que se obtuvo como hallazgos: “gastritis erosiva macroscópica, con histología de gastritis crónica activa *Helicobacter pylori* (HP) positivo” por lo que se le indicó tratamiento erradicador. Igualmente que con posterioridad se le solicitó una nueva ecografía, realizada el 21 de octubre de 2015, sin encontrar otras alteraciones que fueran la infiltración grasa hepática, así como que el 10 de noviembre de 2015 se le vio de nuevo, pautándosele, por los hallazgos en la gastroscopia, tratamiento gastroprotector y erradicador de aquél -HP-, aconsejándose posterior test de aliento. Se apunta que fue citada el 11 de mayo para ver su evolución, siendo negativo el test de aliento, y que al persistir el dolor abdominal se solicita una TAC, efectuada el 21 de junio de 2016, en la que se puso de manifiesto un derrame pleural y líquido libre abdominal; hallazgos que iniciaron otros estudios por los cuales se llegó al diagnóstico final de carcinoma papilar seroso de ovario de estadio IV.

Del Servicio de Obstetricia y Ginecología destaca la propuesta de resolución que la reclamante fue trasladada a éste tras los hallazgos en TAC de signos sugestivos de carcinomatosis de origen ovárico, a fin de la realización el día 20 de julio de 2016 de una laparoscopia diagnóstica, y toma de biopsias diagnósticas, confirmándose la carcinomatosis ovárica. Asimismo se hace eco de las dificultades de detección precoz del cáncer de ovarios.

Finalmente, se reseña el contenido del informe de... en cuanto al diagnóstico precoz del cáncer de ovarios, la orientación de los síntomas de la reclamante hacia otras patologías, y la falta de anomalía genital y masa ovárica en las pruebas ecográficas realizadas.

De todo ello se concluye que la intervención de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue correcta y conforme a la “lex artis”, así como que no se han acreditado la concurrencia de la

responsabilidad patrimonial, debiéndose desestimar la reclamación formulada por la reclamante.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., frente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por dicho Servicio en relación con un diagnóstico tardío de carcinoma de ovario. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 14.1. de la LFCN establece que el Consejo de Navarra deberá ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros. En el presente caso se solicita una indemnización de trescientos treinta y un mil seiscientos sesenta y dos euros, con sesenta y cuatro céntimos (331.672, 64) por lo que el presente dictamen se emite con carácter de preceptivo.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, la solicitud de los informes necesarios, la audiencia del interesado, la propuesta de resolución, el dictamen del Consejo de Navarra y, finalmente, la resolución definitiva por el órgano competente.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, el órgano competente para resolver la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la

Comunidad Foral de Navarra, en el presente caso el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

A la vista de todo ello la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiéndose incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además los informes médicos solicitados y suficientes para valorarla y, en definitiva, habiéndose respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a la reclamante, otorgando a la interesada la posibilidad del conocimiento íntegro de las actuaciones, la formulación de alegaciones y la presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida y como una institución de garantía de los ciudadanos.

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en la legislación sobre procedimiento administrativo y régimen jurídico de la Administración Pública, en la actualidad recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32 de la LRJSP a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

Por su parte, el artículo 34.1 de la LRJSP establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños

que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley, no siendo indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos. En los apartados 2, 3 y 4 del citado artículo 34, se establecen las pautas para la cuantificación de la indemnización con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, expropiatoria y demás normas que puedan ser de aplicación, ponderándose con las valoraciones predominantes en el mercado. Para los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y Seguridad Social. La cuantía indemnizatoria se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al expediente con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad y de los intereses que procedan por demora. La indemnización podrá sustituirse, con acuerdo del interesado, por una compensación en especie o abonarse mediante pagos periódicos si resulta más adecuada para lograr la recuperación debida y convenga, igualmente, al interés público.

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. Como regla general, la carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad.

II.3ª. En particular, el cumplimiento de la “*lex artis*” y la antijuridicidad del daño

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 36/2015, de 1 de diciembre, 8/26, de 25 de enero, 49/2016, de 21 de octubre y 10/2017, de 27 de marzo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la “*lex artis*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la “*lex artis*”, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido

correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la “lex artis” es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (“lex artis”). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha “lex artis”; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “lex artis” (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis” como modo de

determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *“lex artis ad hoc”*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Administración se plantea por la presunta incorrección de praxis médica concretada en el retraso diagnóstico del cáncer de ovario padecido por la

reclamante, que entiende le ha privado de una atención terapéutica adecuada durante un año y disminuido sus posibilidades de curación, evitando el desarrollo tumoral y sus metástasis.

Para valorar si cabe estimar que la atención sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros asistenciales que resultan exigibles a la Administración sanitaria adecuándose a la “lex artis”, y si cabe estimar que a la reclamante se le ha causado un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar, debemos partir de los datos que objetivamente constan en su historia clínica y los informes médicos que se han aportado al expediente.

De la historia clínica que obra en la documentación remitida a este Consejo se observa que la atención dispensada a la reclamante en el Centro de Salud de..., y los distintos Servicios del... a los que fue derivada, fue constante y se focalizó en el dolor abdominal que la reclamante refería. De aquella también parece desprenderse que el dolor padecido cursaba compatible con otras patologías que se le presentaron de manera concomitante, sin que los antecedentes médicos de doña... orientaran de modo evidente al diagnóstico del cáncer de ovario, cuyo retraso es objeto de reclamación.

Así, en el informe de la atención prestada por su Centro de Salud, figura que, con fecha 25 de marzo de 2015, fue vista por el Centro de Atención a la Mujer de...

Igualmente se recoge que, cuando el 31 de julio de 2015 acudió a la consulta de su Centro de Salud por dolor abdominal, ante el mismo, se le remitió al Servicio de Urgencias. En el informe emitido por el Servicio de Urgencias en esta actuación, como antecedentes se constataron: *“Diagnosticada previamente de HTA, DLP, obesidad, GBA. Intervenida quirúrgicamente de miopía y astigmatismo. Lipoma en la espalda. Exfumadora desde enero de 2010. Antecedentes familiares: exceso de peso por línea paterna. No DM/tiroidopatía conocida. No IAM precoz, no cáncer”*. El juicio clínico de esta atención por dolor abdominal fue: *“Se extrae AS donde se objetivan todos los parámetros en rango normal. Sin datos de*

patología infecto-inflamatoria. Dada su buena situación y la falta de datos que orienten a patología grave en este momento es dada de alta a domicilio”.

Posteriormente, en el ingreso que se le realizó en el Servicio de Urgencias el día 3 de agosto de 2015, por cuadro de dolor en FID, se le exploró y efectuó una ecografía abdominal, con el resultado: *“Descripción: Hígado con aumento difuso de la ecogenicidad compatible con esteatosis sin evidencia de lesiones focales. Vesícula poco distendida no valorable (ausencia de ayunas). Vía biliar no dilatada. Páncreas parcialmente valorado sin alteraciones. Bazo, riñones normales. Se explora resto de la zona y selectivamente FID sin apreciar asas patológicas. No líquido libre ni colecciones. Vejiga moderadamente repleccionada sin alteraciones. Conclusión: Esteatosis hepática. No otros hallazgos patológicos significativos”.*

En la consulta posterior en su Centro de Salud de 25 de agosto de 2015 se le practicaron cultivos que resultaron negativos, remitiéndosele al Servicio de Digestivo.

En el Servicio de Digestivo se le visitó el 16 de septiembre de 2015, solicitándosele análisis, gastroscopia con carácter preferente y ecografía abdominal. Las pruebas practicadas dieron como resultado *“hallazgos de una gastritis erosiva macroscópica, con histología de gastritis crónica activa Helicobacter pylori (HP) positivo, por lo que se indicó tratamiento erradicador”.* Y, en la nueva ecografía que se le realizó el 21 de octubre de 2015, se indicó que no se le encontraron otras alteraciones que la infiltración grasa hepática que aparecía en la primera ecografía.

En fecha 10 de noviembre de 2015 se le atendió en el Servicio de Digestivo para la valoración de los resultados. Como en ese momento refería empeoramiento del cuadro clínico con distensión abdominal y molestia abdominal difusa, a la vista de los hallazgos en la gastroscopia, *“le fue pautado tratamiento gastroprotector y erradicador de HP, aconsejándose posterior test de aliento y consulta para valoración de los resultados y de la*

evolución clínica”. Para ello se le citó en dicho Servicio el 11 de mayo de 2016.

Con fecha 8 de enero de 2016 se le atendió en el Centro de Salud por persistencia de dolor, pendiente de la realización del test del aliento y a la espera de la consulta de digestivo.

El 22 de abril de 2016 fue visitada en consulta en el Centro de Salud por incremento del dolor abdominal y se le remitió a Urgencias, indicándose en la historia clínica que no consta que acudiera a dicho Servicio.

El 11 de mayo de 2016 se le atendió en digestivo para la realización del test de aliento, que resultó negativo (compatible con erradicación de HP), y ante la persistencia del dolor, se le solicitó TC abdominal. En la TC abdominal, realizada el 21 de junio de 2016, se puso de manifiesto la presencia de un derrame pleural y líquido libre abdominal, con hallazgo de signos de posible carcinomatosis peritoneal de origen ginecológico. Estos datos dieron lugar a que se le realizaran otras pruebas y fuera remitida el 15 de julio de 2016 al Servicio de Ginecología para la realización de laparoscopia diagnóstica con toma de biopsia y valoración de cavidad, que fue realizada el 20 de julio de 2017.

El resultado de la misma confirmó el diagnóstico de sospecha y se procedió de manera conjunta con Oncología Médica la pauta de quimioterapia IV, específica para cáncer de ovario avanzado, con un total de 8 ciclos, que se prolongó hasta el 17 de febrero de 2017.

Con posterioridad se le ha seguido en controles periódicos y revisiones ginecológicas.

Esta relación de actuaciones médicas, sin pericial que contradiga los informes que obran en el expediente, cuestión que es de especial relevancia para dirimir una cuestión técnica como la que nos ocupa, según se ha señalado respecto de un supuesto semejante por la STSJ de Murcia de 17 de mayo de 2019 -número 245-, no se puede asumir sin más la afirmación recogida en el escrito de reclamación de que “no se utilizaran los medios

adecuados” y “se practicaron las pruebas diagnósticas necesarias para interpretar la sintomatología” que presentaba doña....

A este respecto cabe recordar que la prueba sobre el retraso diagnóstico, según se indica en la STSJ de Madrid de 24 de mayo de 2019, número 441/2019, corresponde al reclamante y en la valoración de esta prueba “ha de tener en consideración la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007 y de 10 de junio de 2008”.

Por otra parte, según la literatura científica médica, recogida en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y la pericial de..., el cáncer de ovario es una patología que tiene un desarrollo silente, lo que hace muy difícil establecer su diagnóstico de manera precoz, dada la ausencia de síntomas específicos al inicio, lo que motiva que la mayoría de pacientes se presenten con enfermedad diseminada al diagnóstico, lo que dificulta su curación; y la ausencia de métodos de detección precoz (screening) que sean eficaces y estén validados.

A ello se une, según dice la pericial de..., que en el presente caso “el abordaje inicial de los síntomas orientándolos a un origen digestivo fue correcto, porque la paciente refería dolor en el hipocondrio derecho, donde se encuentra el hígado, la vesícula y la zona inferior del pulmón derecho, muy lejos de los órganos genitales”.

Se constata también que a la reclamante “se le realizaron diversas pruebas de imagen, la primera de ellas al mes siguiente de consultar por primera vez por dolor, y otra a los tres meses, sin encontrarse ninguna imagen sospechosa a nivel genital”. Cuestión que, según se indica en la pericial de..., resultaba explicable debido a que: “La catalogación correcta de una masa ovárica como benigna o maligna por ecografía no siempre es fácil. De hecho, los sistemas de puntuación que combinan datos ecográficos, clínicos y analíticos está en constante revisión. En este caso, además, nunca se observó ninguna anomalía genital ni masa ovárica alguna. No hay que

olvidar, por otro lado, el impacto negativo que la obesidad mórbida de la paciente ha podido suponer en la precisión del diagnóstico ecográfico”.

A ello se suma, según se indica en el informe de... que “cuando se encontró una causa razonable para el dolor, como fue en este caso una gastritis por *Helicobacter pylori*, se planteó el tratamiento adecuado, y fue ante su ineficacia cuando se decidió, con buen criterio, solicitar una TAC, que inició el proceso diagnóstico definitivo”.

En consecuencia, a la vista de estos datos, cabe concluir que la atención sanitaria dispensada a la reclamante por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en cuanto al dolor abdominal que presentaba fue continua, se utilizaron los recursos disponibles conforme a la estructura organizativa sanitaria con la que se cuenta para llegar a un diagnóstico sobre su origen, y se pusieron a su disposición los medios adecuados para alcanzarlo y tratar las patologías según los síntomas que refería en cada momento, cumpliendo los actos médicos con las exigencias de la “lex artis”.

Por todo ello este Consejo considera que, a falta de otras pruebas, en el presente caso no ha quedado acreditado que la reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos sufridos.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del posible retraso en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos formulada por doña....

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.