

Dictamen nº: **588/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 29 de diciembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios sufridos por su pareja D. (en adelante, “*el paciente*”) que atribuyen a un retraso de diagnóstico del tumor renal en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGGM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presenta un primer escrito en el Servicio de Atención al Paciente del HGGM, el 17 de octubre de 2018 y después, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por su pareja en el citado hospital mediante escrito de fecha 15 de marzo de 2019, presentado igualmente en el Servicio de Atención al Paciente.

En él señala que el paciente acudió a Urgencias del HGGM el día 2 de mayo de 2018 por dolor en el abdomen y que tras la analítica de sangre y orina se le diagnosticó de cólico renoureteral.

Continúa refiriendo que el día 30 de julio, ante la persistencia de los dolores y la aparición de sangre en la orina, el paciente vuelve a acudir a Urgencias al mismo hospital, y que, tras la realización de las mismas pruebas, se le diagnosticó de infección urinaria, sin datos de alarma. Que en el mes de agosto fueron al Hospital Universitario de Torrevieja donde, tras la analítica, le diagnostican un cólico renal.

Finaliza su relato diciendo que vuelven a Urgencias el 16 de agosto de 2018 y que *“tras rogar que se hiciesen otras pruebas diagnósticas”* al médico del HGGM, se le hizo un TAC que reveló la existencia de un tumor renal.

Reprocha que pese a ser, tanto ella como el paciente, sordos, no se les facilitó ni intérprete de lengua de signos ni el servicio de acompañamiento necesario para este tipo de pacientes, y que se han perdido tres meses por no realizar las pruebas pertinentes para el diagnóstico de la enfermedad.

Por ello, solicita que *“sea admitido el error en el diagnóstico y tratamiento de D..... y se disculpe el personal pertinente por ello”*, reclamando una indemnización *“a la familia por el perjuicio sufrido”*.

Aporta como documentos, informes médicos del Hospital Universitario de Torrevieja y del HGGM (folios 1 a 22 del expediente).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto en síntesis, los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

1.- El paciente, de 40 años de edad en el momento de los hechos, acudió a Urgencias el 2 de mayo de 2018 (folios 38 y ss) por dolor en la fosa renal izquierda irradiado hacia región inguinal, así como, disuria y hematuria. Está afebril, clínica y hemodinámicamente estable, consciente y orientado, eupneico en reposo, normocoloreado, bien hidratado y perfundido.

La exploración física del abdomen figura como blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio izquierdo y ligeramente en región inguinal y suprapúbica, puño percusión renal izquierda positiva, no presenta signos de intraperitoneal, ni se palpan masas ni megalias. Se le realiza una analítica de orina, y se emite el diagnóstico de “*cólico renal ureteral izquierdo no complicado*”. Se le pauta analgesia y se decide alta ante la ausencia de signos de alarma.

El 30 de julio vuelve a Urgencias (folios 45 y ss) por dolor abdominal y hematuria desde hace 24 horas. El paciente está sin fiebre y refiere el episodio ocurrido en el mes de mayo. En la exploración física, el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin signos de ascitis ni peritonismo. No se palpan masas ni megalias.

Las pruebas complementarias que figuran son la analítica de sangre, hemograma sin alteraciones. En la analítica de orina se detectan datos de infección urinaria. La función renal consta sin alteraciones. El juicio diagnóstico emitido es de “*infección urinaria baja sin datos de alarma. Cólico renoureteral izquierdo*”. Se le pauta analgesia con mejoría de la sintomatología y se inicia un tratamiento antibiótico. También figura la remisión al control por médico de Atención Primaria en 5 días para la valoración del urocultivo y que “*si no hay mejoría, se le derivará al Servicio de Urología*”.

2.- El 16 de agosto, el paciente acude nuevamente a Urgencias (folios 53 y ss) por dolor en la fosa renal izquierda irradiado a fosa inguinal, de varios días de evolución. En la historia clínica consta que fue valorado previamente por el mismo motivo y dado de alta con diagnóstico de cólico renoureteral. Refiere además disuria ocasional, hematuria ocasional y expulsión de coágulos.

Se le hace nueva analítica: orina colúrica, no subsidiaria de lavados en el momento actual. Y que *“ante la anemización de cuatro puntos desde última analítica el 30 de julio, se solicita TC abdominal”*.

Se le realiza ese mismo día una ecografía del aparato urinario y el TAC abdominopélvico, sin y con contraste intravenoso. El informe de radiodiagnóstico (folios 58 y ss) señala que el riñón izquierdo está aumentado de tamaño (16 cm) (...) se identifican varias lesiones hipervasculares hepáticas. No se observa afección secundaria de bases pulmonares ni alteraciones en el esqueleto. Como conclusión figura:

“Hallazgos compatible con carcinoma renal izquierdo localmente avanzado (invasión de vena renal izquierda, manguito periarterial, invasión vía excretora proximal, espacio perirrenal, adenopatías retroperitoneales, posible invasión de cola pancreática...) que se acompaña de lesiones hepáticas hipervasculares múltiples, posibles metástasis en el contexto clínico. Coágulos intravesicales / intrauréter izquierdo, sin datos de sangrado activo arterial en el momento actual”.

El juicio clínico que se emite es de tumor renal y el diagnóstico principal es de probable cólico nefrítico. Se le pauta tratamiento y se le cita a Consultas de Urología el día 23 de agosto.

El 20 de agosto se le realiza una biopsia hepática con diagnóstico sugestivo de metástasis de carcinoma renal.

3.- Con posterioridad, consta la atención sanitaria recibida en el Servicio de Urología, donde el paciente estuvo ingresado del 18 de agosto al 5 de septiembre de 2018 (folios 64 a 66). Se le realizó una cirugía el 28 de agosto, consistente en nefrectomía y cavotomía.

Así mismo, fue tratado en consultas de Oncología Médica el 7 de septiembre y 8 de noviembre de 2018, y en Oncología Radioterápica, el 17 de octubre de 2018 y el 27 de febrero de 2019.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Por la subdirectora gerente del HGGM se requirió a la reclamante el 5 de abril de 2019, para que acreditara la representación del paciente, lo cual fue realizado mediante documento privado el 29 de abril de 2019 al que se adjuntaron copia de los dos DNI (folios 17 y ss)

Por el Servicio Madrileño de Salud se acusa recibo, el 6 de junio de 2019, de la reclamación de responsabilidad patrimonial (folio 24).

Se ha incorporado la historia clínica del paciente en el HGGM (folios 241 a 288) y en Atención Primaria (folios 380 a 414) y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Se emite informe por el Servicio de Urgencias el 19 de julio de 2018, en el que refiere la asistencia prestada al paciente los días 2 de mayo y 30 de julio de 2018; que pasados 17 días, se solicita nueva valoración el 16 de agosto, día en el que -al comprobarse el deterioro del paciente con una “*discreta anemización*”- se solicita valoración por el

urólogo de guardia que diagnostica un tumor renal, ajustándose el tratamiento y citándose en consultas.

El informe concluye que *“los Servicios de Urgencias están diseñados y dotados para dar respuesta a las situaciones de urgencia, por supuesto, cuando aparecen datos de complicación se avanza en el seguimiento de los procesos, en la medida de las posibilidades. Pero no podemos olvidar que todo proceso iniciado en un Servicio de Urgencias (donde se realiza una atención no demorable y puntual) debe completarse en otros niveles asistenciales, atención primaria y especializada”*.

Consta también emitido el informe del Servicio de Atención al Paciente de fecha 11 de junio de 2019, que señala:

- El servicio de acompañamiento a pacientes ambulantes con discapacidad está establecido para este tipo de pacientes que acuden al hospital para consultas o pruebas con cita previa, y que en el día de la cita nadie de su entorno pueda acompañarles. Este servicio se debe solicitar al menos 3 días antes del día de la cita. Por lo que no está indicado para atenciones en Urgencias.

- La Unidad de Información a familiares de atención al paciente, tienen una tablet cuya finalidad es el acceso a una aplicación de interpretación del lenguaje de signos, y que está a disposición de los profesionales sanitarios que la necesiten para comunicarse con algún paciente. Hemos comprobado que esta tablet no fue solicitada por ningún profesional ni el 2 de mayo ni el 30 de julio de 2018.

El 5 de febrero de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria en el que analiza la historia clínica del paciente, los informes emitidos en el curso del proceso, realiza diversas consideraciones médicas sobre el carcinoma renal, su diagnóstico y tratamiento, e indica que *“hasta un 30% de los pacientes presentan metástasis en el momento del diagnóstico*

y, supuestamente hasta un 50% son portadores de micrometástasis, que darán expresión clínica después del tratamiento quirúrgico”.

Respecto del caso concreto, señala que *“En fecha 2/5/2018, que fue la primera atención en urgencias, los síntomas que presentaba el paciente, aunque sugestivos de patologías más frecuentes como cólico renal o infección urinaria, podían estar relacionadas ya, lamentablemente, con la invasión diseminada del tumor. Es por ello, que se considera que no hubo retraso en el diagnóstico del cáncer renal, toda vez que, según la evidencia científica, cuando se manifiesta la sintomatología, la enfermedad ya está diseminada”.*

El inspector concluye que la asistencia sanitaria fue correcta según los criterios de la *lex artis ad hoc*.

Una vez incorporados los anteriores informes, se concede trámite de audiencia a la reclamante, que por escrito presentado el 4 de agosto de 2020 formula alegaciones, en las que reitera los argumentos de su reclamación inicial, considerando que no se realizaron en las Urgencias en el tiempo y forma adecuados, las pruebas diagnósticas necesarias para el pronto diagnóstico de su pareja, y adjunta una petición de interconsulta de fecha 20 de julio de 2018, del médico de Atención Primaria al Servicio de Urología, en la que consta anotada a mano, la fecha de 13 de septiembre de 2018.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución de fecha 12 de octubre de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al no haberse acreditado el daño antijurídico alegado.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la

Comisión Jurídica Asesora el 6 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 29 de diciembre de 2020.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- El paciente ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto que ha sufrido la actuación sanitaria objeto de reproche.

No se ha acreditado debidamente la representación ya que un documento privado no es la forma adecuada en derecho para ello, según lo dispuesto en el artículo 5.4 de la LPAC. Hecha la anterior puntualización y como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto sin reparar en la deficiencia advertida, esta

Comisión -a pesar de considerar que existe un defecto de falta de acreditación de la legitimación activa- examinará la concurrencia de los demás presupuestos de la responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la legitimación activa se acredite en forma adecuada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC.

En este caso, considerando que los hechos reprochados tuvieron lugar desde el 2 de mayo hasta el 16 de agosto de 2018, en que se le diagnosticó al paciente el tumor renal, la reclamación formulada mediante el escrito de 15 de marzo de 2019, está realizada en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Constan incorporados la historia clínica del paciente y el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC y el informe de la Inspección Sanitaria. También figura la concesión del trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC, y finalmente, la propuesta de resolución, conforme al artículo 91.1 de la tan citada LPAC que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido

ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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 pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- Aplicando los requisitos anteriores al caso objeto de dictamen, resulta que el paciente fue diagnosticado de carcinoma renal el 16 de agosto de 2018, y la reclamación refiere como daño el haber transcurrido tres meses desde la primera atención en Urgencias sin que se le hicieran las pruebas diagnósticas; y además, la falta de medios materiales para suplir la sordera, tanto del paciente como de su pareja que es la reclamante, en las atenciones dispensadas en los citados Servicios de Urgencias.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, conforme al artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Respecto del daño aducido de falta de atención por no poderse comunicar correctamente con los facultativos de Urgencias, vemos que del examen de la historia clínica y del informe del Servicio de Atención

al paciente, no consta acreditado tal daño. En primer lugar, porque el paciente y su acompañante expresaron verbalmente el motivo de acudir al hospital y los dolores referidos que constan recogidos en la historia clínica, y en ella no se anota por los facultativos ninguna dificultad de comprensión; además, se le entregó el informe escrito en el que figuran todos los datos de la asistencia sanitaria, así como el tratamiento pautado.

En cuanto al reproche relativo a la demora en el diagnóstico, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba pericial o criterio técnico que sirva para apoyar los reproches que se dirigen contra el Servicio de Urgencias, y que consisten en que hubo un retraso de meses en la realización de un TAC, que -a su criterio- influyó en la detección del carcinoma renal del paciente, cuyo tratamiento posterior en los servicios hospitalarios no es objeto de crítica alguna.

Centrado así el objeto de la reclamación, lo decisivo es si el tumor renal pudo detectarse en las dos primeras visitas a Urgencias (el 2 de mayo y el 30 de julio) según los síntomas presentados, y si hubo retraso de diagnóstico por no realizarse antes el TAC.

Es de recordar que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. Como destaca la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Hemos de tener presente que tal y como señala el informe del servicio afectado, es lo cierto que las Urgencias están para atender las situaciones perentorias y descartar patologías muy graves.

Pues bien, esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 88/18, de 22 de febrero, o en el 126/20 de 12 de mayo, viene señalando que los servicios de Urgencias no tienen como función realizar todo tipo de pruebas, sino que éstas se dirigen, en función de los datos clínicos, a descartar patologías urgentes y, en su caso, a derivar a los pacientes al especialista correspondiente para un estudio más profundo de la enfermedad.

Por tanto, la actuación prestada por el Servicio de Urgencias del HGGM es acorde con lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, cuyo anexo IV se ocupa de la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, que se define como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”*, que incluye *“la evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia”*.

Así, es significativo que en las dos primeras ocasiones que acudió a Urgencias, el paciente refiere dolor en fosa renal izquierda y dolor abdominal, respectivamente; además, en la segunda atención el 30 de julio consta que *“no refiere ninguna otra sintomatología”*, realizándose las pertinentes analíticas con diagnóstico del cólico. Además de pautar el tratamiento, se le remite a control en Atención Primaria. Consta en este sentido, la petición de interconsulta al especialista realizada el día

20 de julio de 2018 por su médico de cabecera, es decir, después de la primera visita a Urgencias (el 2 de mayo). Precisamente, en la segunda visita el 30 de julio, se le vuelve a indicar que acuda a su médico de cabecera para el resultado del urocultivo anotándose que “*si no hay mejoría, se valorará acudir al especialista (urólogo)*”. Por tanto, el seguimiento del paciente ha sido adecuado, remitiéndose sin demora al especialista, que es el facultativo adecuado para tratar la patología que presentaba.

En segundo lugar, es muy significativo que el paciente realizó una tercera visita a Urgencias en otro hospital fuera de la Comunidad de Madrid, que también emitió el mismo diagnóstico de cólico renal, tras realizar las analíticas, y sin indicar ninguna prueba diagnóstica porque tampoco se consideró necesaria en esas circunstancias.

Por último, lo que resultó decisivo para la realización de un TAC fue la diferente sintomatología que presentó el paciente el 16 de agosto, ya que en esa visita constan anotados, además, la disuria ocasional, hematuria ocasional y la expulsión de coágulos en la orina, hecho que, pese a lo que dice la reclamante, solo se manifestó el 16 de agosto.

En adición a ello, al observar el facultativo los resultados de la analítica “*en comparación con la anterior*” 17 días antes, constató lo que los médicos llaman “*anemización*”, es decir, datos relacionados con la anemia, en los que ya se aprecian cambios, razón por la cual, se solicitó un TAC que fue realizado ese mismo día. Por tanto, ninguna demora puede imputarse a los servicios de Urgencias que realizaron la prueba diagnóstica de forma inmediata con los resultados en ese mismo día, que permitió diagnosticar la enfermedad de la que fue tratado después, anticipándose además al 23 de agosto la cita que ya tenía con el especialista y siendo operado el día 28 del mismo mes de agosto.

Por último, de acuerdo con la Inspección, este tipo de carcinoma “según la evidencia científica, cuando se manifiesta la sintomatología, la enfermedad ya está diseminada”.

Por todo lo expuesto, debemos estar al informe de la Inspección Sanitaria que es concluyente al señalar que no hubo demora diagnóstica y que se respetó la *lex artis*; conclusiones, a las que debemos atenernos dado que dicho informe obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas, la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“... sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito de cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora emite la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, por ser la asistencia sanitaria prestada al paciente conforme a la *lex artis*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 29 de diciembre de 2020

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 588/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid