Dictamen n.º: **643/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **17.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 17 de octubre de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por los hermanos Don ..... y Dña. ....., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de adenocarcinoma de pulmón en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado el 11 de noviembre de 2022, dirigido contra el Servicio Madrileño de Salud, por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de un adenocarcinoma de pulmón que, a juicio de los reclamantes, provocó el fallecimiento de su madre.

En concreto, la reclamación refiere que el 14 de diciembre de 2020, acudió su madre a Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO) por dolor en la espalda, siendo diagnosticada de lumbalgia mecánica, pautándole reposo relativo y analgésicos.

Añaden que el 6 de agosto de 2021, acudió de nuevo a ese centro hospitalario con igual sintomatología, siendo idéntico el diagnóstico y tratamiento. Ante la agudización de los dolores, acude un mes después, y a la vista de sus antecedentes el juicio clínico refiere lumbalgia crónica con sospecha de metástasis de cáncer de pulmón no biopsado ni tratado, que al no ser susceptible de cirugía se recomienda sesiones de oncología radioterápica. Según señalan los reclamantes, unas semanas después se produjo el fallecimiento.

Consideran que ese retraso en el diagnóstico ha causado un daño irreparable como es el fallecimiento, solicitando ser indemnizados en cuantía que no concretan.

Al escrito se adjuntan los informes médicos asistenciales y el certificado de defunción de la madre de fecha 15 de noviembre de 2021.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica al HUDO, pudiéndose extraer de la misma los siguientes hechos de interés:

La madre de los reclamantes, nacida en 1960, fue fumadora de 30 cigarrillos diarios desde los 16 años hasta 2014, y presentaba como antecedentes, artrosis y EPOC, con obstrucción grave en seguimiento por Neumología.

En el curso de ese seguimiento, el 31 de enero de 2017 se solicitó una tomografía computarizada (TC) torácica para valorar el parénquima pulmonar. En esta TC se objetivaron dos hallazgos:

- nódulo de 10 mm en el vértice pulmonar izquierdo, indeterminado, por lo que se recomendó seguimiento radiológico en 6 meses.

- nódulo de 5 mm en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Tras 12 días de ingreso, la paciente fue dada de alta el 6 de febrero de 2017, con el siguiente diagnóstico: insuficiencia respiratoria global crónica, EPOC de perfil enfisematoso, con obstrucción muy grave, nódulo pulmonar de 10 mm en el lóbulo superior izquierdo (LSI), nódulo pulmonar de 5 mm en el lóbulo inferior derecho (LID).

Desde el alta hospitalaria, como consecuencia de su EPOC, la paciente permaneció en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria crónica 24 horas al día a 1 litro/minuto (en reposo), y 3 litros/minuto (en ejercicio).

Desde febrero de 2017 hasta enero de 2018, están documentadas cinco consultas externas de seguimiento por el Servicio de Neumología (11.5.2017, 24.7.2017, 13.11.2017, 2.1.2018, 19.1.2018), sin cambios significativos en el diagnóstico principal (EPOC con obstrucción grave, BODE 4), si bien se fue instaurando progresivamente una alteración de la difusión con insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Durante este mismo periodo, en el seguimiento de las cinco consultas externas anteriores, el hallazgo radiológico de nódulo pulmonar evidenció los siguientes cambios:

- La TC torácica de 9 de mayo de 2017, objetivó estabilidad del nódulo pulmonar de 10 mm en LSI. No se objetivaron datos del nódulo de 5 mm en LID.

- La TC torácica de 30 de octubre de 2017, objetivó crecimiento leve del nódulo pulmonar de 10 mm en LSI y la aparición de 3 opacidades pseudonodulares milimétricas en lóbulo inferior izquierdo (LII), de dudoso valor, que podrían corresponder a procesos inflamatorios/infecciosos. Se solicitó TC por emisión de positrones (PET-TC).

- La PET-TC de 15 de diciembre de 2017, objetivó que el nódulo pulmonar en LSI era metabólicamente patológico (requiriendo filiación histológica para descartar malignidad) y un nuevo nódulo en lóbulo superior derecho (LSD), sugestivo de etiología infecciosa-inflamatoria (se recomendó seguimiento).

- Se añadió en el diagnóstico principal de la paciente nódulo pulmonar en LSI PET positivo, por lo que se le derivó al Servicio de Oncología Radioterápica, para su valoración.

El 26 de enero de 2018 la paciente fue valorada por el Servicio de Oncología radioterápica**.** Su caso se presentó en el Comité de Tumores Torácicos del HUDO, que decidió que la paciente era inoperable por su situación funcional respiratoria. Asimismo, tampoco era factible realizar punción aspirativa (PAAF) para la filiación histológica del tumor por el descenso severo que la paciente presentaba en la difusión.

Con el diagnóstico de nódulo pulmonar en LSI sugestivo de malignidad en la PET-TC, sin posible confirmación histológica e inoperable, la paciente no era candidata a radioterapia (RT) convencional debido al deterioro de sus pruebas funcionales respiratorias. Se solicitó nuevo PETTC para decidir en función de sus hallazgos, radioterapia estereotáctica *versus* abstención terapéutica.

Desde la calificación de la inoperabilidad de la neoformación, la paciente continuó seguimiento en paralelo por los servicios de Neumología, Oncología radioterápica y Rehabilitación, con la siguiente secuencia temporal:

Por el Servicio de Neumología hay constancia de 8 consultas de seguimiento de su EPOC entre el 6 de marzo de 18 y el 15 de octubre de 2020.El diagnóstico de la paciente siguió siendo EPOC, GOLD D con insuficiencia respiratoria hipoxémica y alteraciones de la difusión. El cuadro clínico fue progresivo durante este seguimiento.

En el Servicio de Oncología radioterápica consta consulta el 13 de marzo de 2018, anotándose: nódulo pulmonar en LSI conocido y altamente sospechoso de malignidad. Crecimiento de un nódulo en LSD previamente puntiforme. No se observó el nódulo de LSD previo (confirmando naturaleza benigna). Se planteó a la paciente posible RT estereotáctica a pesar de su situación funcional. La paciente transmitió su preocupación por posible empeoramiento de su situación clínica, ya muy comprometida, por lo que se tomó la decisión conjunta con la paciente de mantener seguimiento radiológico.

El 18 de octubre, en el mismo servicio consta revisión sin cambios significativos con respecto a la consulta previa.

El 1 de febrero de 2019 en ese Servicio de Oncología se aprecia crecimiento del nódulo sólido con respecto a estudios previos (lesión sospechosa de malignidad). Aparición de nódulo subcentimétricos pulmonares bilaterales, inespecíficos. La paciente solicitó segunda opinión al Hospital Universitario La Paz).

También consta programa de rehabilitación pulmonar por EPOC desde el 23 de febrero de 2018 hasta el 29 de mayo posterior.

El 14 de diciembre de 2020 acude la paciente al Servicio de Urgencias del HUDO por dolor lumbar de una semana de evolución, de predominio izquierdo y no irradiado. Tras la anamnesis y la exploración clínica completa con el balance muscular conservado en las 4 extremidades y la exploración neurovascular distal también conservada, la paciente fue dada de alta con el juicio clínico de lumbalgia de características mecánicas, sin datos de alarma en ese momento. Se pautó tratamiento y se indicó a la paciente acudir de nuevo al Servicio de Urgencias, si había empeoramiento o presencia de los datos de alarma explicados.

La paciente acudió nuevamente el 6 de agosto de 2021 al Servicio de Urgencias del HUDO por dolor lumbar de 10 días de evolución con empeoramiento ese mismo día, sin traumatismo previo. Tras la anamnesis y la exploración física, se solicitó una radiografía lumbar, en la que no se objetivaron lesiones ocupantes de espacio, salvo posible acuñamiento crónico a nivel vertebral T11-T12. La paciente fue dada de alta con el juicio clínico de lumbalgia mecánica.

Un mes después, la paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por parestesias en los miembros inferiores, asociadas a disminución de la fuerza muscular hasta impedir la deambulación. Consta en el informe que el cuadro tuvo un comienzo insidioso 15 días atrás, con caída dos días antes y empeoramiento franco de la clínica desde el día anterior. Se solicitó nueva radiografía lumbar que no objetivó lesiones ocupantes de espacio ni acuñamientos, con dudosa lesión lítica en cuerpo vertebral L3.

Se solicitó valoración por el Servicio de Neurología, anotándose: "*Lumbalgia crónica con cuadro subagudo de paraparesia y datos de piramidalismo que no pueden descartar compresión medular asociada, que dado los antecedentes pueden deberse a causa compresiva-infiltrativa por metástasis de cáncer de pulmón no biopsiado ni tratado por EPOC grave de la paciente".*

El Servicio de Neurocirugía recogió: "*Fractura patológica del cuerpo vertebral D-11 con compresión medular*". Con los antecedentes de la paciente, no existía posibilidad de cirugía, por lo que el tratamiento quirúrgico quedó desestimado.

El 7 de septiembre se realizó TAC de abdomen, tórax y pelvis, apreciándose lesión compatible con neo pulmonar primaria en LSI con metástasis en glándula suprarrenal izquierda, subcutánea y óseas (T-11 y costilla izquierda 11).

Entre el 8 de septiembre y el 11 de octubre de 2021 estuvo ingresada a cargo del Servicio de Oncología Radioterápica. Durante su ingreso se realizaron tratamientos con radioterapia externa con intención paliativa a nivel de D-11 en dos sesiones, los días 10 y 16 de septiembre. También se realizó tratamiento rehabilitador y de fisioterapia.

En ese mismo periodo de ingreso se realizó biopsia que objetivó metástasis de adenocarcinoma pulmonar.

El Servicio de Oncología médica desestimó el tratamiento con quimioterapia o inmunoterapia. Se planteó la posibilidad de tratamiento con carácter paliativo en función de la evolución clínica de la paciente. La paciente fue informada de la posibilidad de tratamiento de soporte de forma exclusiva.

El evolutivo de la paciente objetivó mal control sintomático, con importante dolor, y disnea a pesar del tratamiento y mejoría del nivel de consciencia. Se decidió conjuntamente con la Unidad de Cuidados Paliativos y sus familiares limitar el tratamiento activo, priorizando el tratamiento sintomático e iniciando perfusión de sedación y confort.

La paciente falleció en la planta de hospitalización de Medicina interna el 15 de noviembre de 2021.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica del reclamante, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, y se recabó informe de los servicios intervinientes

El 12 de diciembre de 2022 se emite informe por el jefe del Servicio de Neurología, analiza la asistencia prestada en Urgencias y refiere que

la separación temporal entre la primera visita en diciembre de 2020 y las lesiones temporales de 2021 hace que no sea congruente con la evolución de una lesión metastásica, por lo que es más razonable apoyar que dicho dolor tuviese un origen distinto, probablemente asociado a los antecedentes de artrosis previos.

El Servicio de ´Traumatología emite informe el 9 de diciembre de 2022 sosteniendo que, ante la falta de déficit neurológico en las visitas a Urgencias de 14 de diciembre de 2020 y 6 de agosto de 2021, estando ya diagnosticada la neoplasia, no estaba indicado hacer nuevas pruebas urgentes, y ello a diferencia de la posterior visita que si presentaba déficit neurológico.

El 27 de julio de 2023 los reclamantes aportan informe pericial de una médica de familia, en el que la perita sostiene que la asistencia en urgencias en diciembre de 2020 y agosto de 2021 fue inadecuada y supuso un retraso en el diagnóstico de la metástasis lo que, a su juicio, impidió acceder a la paciente a tratamientos específicos que hubieses disminuido el dolor y sufrimiento asociado.

Se recabó también informe de la Inspección Médica, que lo emite el 17 de mayo de 2024, en el que, tras hacer un análisis de la historia clínica, concluye considerando la actuación médica acorde a la *lex artis*.

Otorgado trámite de audiencia a los reclamantes, se presentan alegaciones el 18 de agosto de 2024, señalando en ellas que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, retraso que, a su juicio, ha provocado el fallecimiento.

Finalmente, el 21 de agosto de 2024 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad, en la que concluye desestimando la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 29 de agosto de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 17 de octubre de 2024.

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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- Los reclamantes están legitimados para reclamar por el fallecimiento, al presumirse el daño moral por la pérdida de su madre.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada por un centro sanitario de la red del SERMAS.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el fallecimiento del familiar acaeció el 15 de noviembre de 2021, por lo que la reclamación presentada el 11 de noviembre de 2022 evidencia que el derecho a reclamar por el fallecimiento lo fue en plazo. Por el contrario, dado que el informe pericial de los reclamantes hace referencia a la privación de una anticipación de los tratamientos paliativos, y aunque estos daños no fueron reclamados en vida por la perjudicada ni se refieren en la reclamación o en las alegaciones finales, la reclamación de los mismos sería extemporánea al haberse diagnosticado la metástasis e iniciado el tratamiento paliativo en septiembre de 2021.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, el servicio cuya actuación es objeto de reproche. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a las reclamantes, quien ha hecho uso de su derecho a formular alegaciones, según consta en los antecedentes.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las

Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *"es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)".*

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) "*no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de*

auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa".

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que "*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 *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*", por lo que "*si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la* lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido*" ya que "*la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos*

que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, es preciso determinar si existe un daño efectivo como presupuesto necesario para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

En este caso, se reclama por el fallecimiento de la madre de los reclamantes, quienes afirman en sus alegaciones finales que el retraso del diagnóstico del carcinoma de pulmón determinó el fatal desenlace.

Para esa afirmación los reclamantes parten de un relato de la evolución clínica de su madre muy parcial, omitiendo que en el año 2017 ya se había realizado PET que llevó al diagnóstico de nódulo pulmonar en LSI sugestivo de malignidad, siendo estudiado el caso en el Comité de Tumores, que dada su situación respiratoria descartó la realización de biopsia, así como la inoperabilidad del nódulo maligno y la radioterapia. A lo largo de los años siguientes se mantuvo seguimiento en Neumología y Oncología, llegando la paciente a pedir una segunda opinión en otro centro sanitario.

Por tanto, la madre de los reclamantes estaba diagnosticada y era plenamente conocedora de su patología que, como refiere la Inspección

Médica, siguió su proceso natural al no ser susceptible de tratamiento curativo mediante cirugía o radioterapia.

En ese sentido, el informe de la perita de los reclamantes no hace reproche alguno a la asistencia previa a la prestada en Urgencias en el año 2020, siendo precisamente su crítica a que no se valoró adecuadamente la posible extensión del proceso canceroso ya diagnosticado en los años 2017 y 2018.

Ciertamente, la pericial de los reclamantes también se abstiene de vincular el fallecimiento con la asistencia recibida por la madre de estos, limitándose a considerar que una valoración del proceso tumoral anterior por el Servicio de Urgencias hubiera permitido una anticipación de los tratamientos paliativos, nunca curativos, y una mitigación del sufrimiento.

En este punto debemos reiterar que el único daño por el que se reclama es el fallecimiento del familiar, en tanto ni la paciente reclamó en su momento por el retraso en el inicio del tratamiento paliativo ni la reclamación presentada en noviembre de 2022 estaría en plazo para ello, según referimos anteriormente.

En todo caso, si atendemos al informe de la Inspección Médica, cuya objetividad le otorga especial valor, la asistencia prestada en Urgencias en diciembre de 2020, no puede ser calificada contraria a la lex artis, diciendo el inspector: "la *valoración de la paciente por una lumbalgia de una semana de evolución es acorde a la bibliografía revisada, teniendo en cuenta sus antecedentes de artrosis y síndrome miofascial y la anamnesis estructurada que objetivó dolor mecánico de componente izquierdo.*

La exploración clínica de la paciente fue completa y sistemática, descartando en ese momento lesiones ocupantes de espacio que comprometieran la función motora o sensitiva de los miembros inferiores".

Como recuerda el informe de la Inspección, la paciente no presentó empeoramiento en corto-medio plazo. Este dato es relevante, y en ese sentido, el informe del jefe del Servicio de Neurología refiere que el lapso temporal hace que la lumbalgia que presentaba la paciente en diciembre de 2020 no sea congruente con la evolución de una lesión metastásica, siéndolo razonable considerar que se estaba ante un episodio propio de la artrosis que padecía también la paciente, tal y como se valoró en ese momento.

En todo caso, ante la mejoría de la sintomatología con la analgesia prescrita en Urgencias y la imposibilidad de tratamiento del proceso canceroso, no se aprecia en qué medida un hipotético inicio de estudios y pruebas sobre la eventual evolución metastásica, con sus efectos secundarios, hubieran beneficiado a la paciente.

Respecto a la segunda visita a Urgencias en agosto de 2021, tanto la Inspección Médica como el Servicio de Neurología descartan también mala praxis, al no haber déficit neurológico ni apreciarse en ese momento en las pruebas radiológicas lesiones metastásicas.

Las lesiones metastásicas se objetivaron un mes después, coincidiendo con la aparición de déficits neurológicos e iniciándose el día 10 de septiembre radioterapia paliativa, pese a lo cual hubo un mal control sintomático con importante dolor y disnea, hasta el fallecimiento el 11 de noviembre de 2021.

Por tanto, estamos lamentablemente ante un proceso natural de una patología no susceptible de tratamiento curativo, que tuvo un diagnostico en fases iniciales y un constante seguimiento por distintos servicios del HUDO y con valoración en otro centro sanitario, procurándose la mayor calidad de vida posible de la paciente mediante tratamientos rehabilitadores y, finalmente, paliativos cuando la sintomatología y clínica lo requirió.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse relación causalidad entre el daño reclamado y la asistencia del servicio público sanitario.

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 17 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 643/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid