



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 92/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de marzo de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 24 de junio de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 246/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 13 de febrero de 2008 (registro de entrada), x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud con motivo de la asistencia sanitaria prestada a su marido, x, fallecido el 26 de julio de 2007 en el Hospital Universitario Santa María del Rosell, de Cartagena.

Según expone la reclamante, el 19 de diciembre de 2005 se le diagnosticó a su marido en la consulta externa de Urología del Hospital citado un tumor vesical, en concreto un "Carcinoma Urotelial Grado III". Se programó una intervención mediante cistoscopia, que se realizó el 2 de febrero de 2006, siendo citado para revisión en Consultas de Urología al mes siguiente.

En el mes de mayo de 2006 asumió el seguimiento de su marido el Servicio de Uroología del Hospital General Básico de la Defensa, de Cartagena, en virtud del concierto de colaboración suscrito entre el Ministerio de Defensa y el Servicio Murciano de Salud. Por un facultativo de dicho Servicio (comandante doctor x), después de practicarle distintas pruebas complementarias, se le diagnosticó una neoformación vesical (CIE 188), para cuya resolución se le prescribió y practicó cirugía endoscópica (Resección Transuretral) el 2 de octubre de 2006.

El postoperatorio se desarrolló con la grave incidencia de hematuria a causa de la obstrucción de la sonda vesical, lo que obligó a realizar trasfusiones de hematíes con carácter de urgencia. Después del alta hospitalaria, se le citó para revisión en consulta del Servicio de Uroología aproximadamente un mes después.

El 10 de noviembre de 2006, su marido acudió a revisión en el referido Centro Sanitario, en el que se le informó que las muestras biológicas tomadas en la intervención anteriormente referida se analizaron por el Servicio de Anatomía Patológica y que en ellas se evidenció la existencia de un "Carcinoma Urotelial Papilar e Infiltrante

Grado II-III, Estadio A".

Pese a que su esposo comunicó al facultativo que sentía molestias miccionales, piuria y micro-hematuria, éste calificó el tumor de "no grave" y únicamente le prescribió como tratamiento antibióticos y antiinflamatorios, ordenó practicar una prueba complementaria cuyo resultado estudiaría en la próxima consulta, y lo incluyó en un programa de seguimiento trimestral, sin plantearle ningún tratamiento de inmunoterapia, quimioterapia, derivación al Servicio de Oncología o tratamiento preventivo.

Se citó nuevamente a su marido en consultas externas del Servicio de Urología el 1 de marzo de 2007, y se le informó del resultado de la citología urinaria realizada el 9 de diciembre de 2006, en la que se evidenciaba un "Carcinoma Uretelial Grado II". Se había producido una recidiva del tumor vesical a los dos meses de la intervención. El facultativo que lo trataba le indicó que lo procedente era someterlo a nueva intervención quirúrgica, pero lo remitió al Hospital Santa María del Rosell por no poderse realizar en el Hospital General Básico de Defensa conforme a los términos del concurso suscrito.

El día 12 de marzo de 2007, en las consultas de Urología del Hospital Santa María del Rosell le prescribieron pruebas diagnósticas urgentes, preoperatorios y se programó la intervención quirúrgica con anestesia general con grado de prioridad 1. No obstante, pese al carácter con el que se calificó dicha intervención, no ingresó para someterse a la misma hasta el 5 de junio de 2007, es decir dos meses y medio después de programarse. Posteriormente tuvieron conocimiento, como consta en documento adjunto, que en realidad se le incluyó en lista de espera y se le programó para operación de carácter no urgente.

El 6 de junio de 2007 se practicó la Resección Transuretral de tumor vesical en el precitado Hospital. En el informe de alta emitido tras esta intervención se anotaba, en el apartado de enfermedad actual, que el enfermo siguió control por el Servicio de Urología en el Hospital Naval, en el que le practicaron una RTU en Octubre de 2006 (Grado II-III, estadio 1), y "al parecer no siguió tratamiento posterior de ningún tipo". Después del alta médica se le citó en un mes para revisión en consultas externas.

Según consta en documento adjunto aportado, las muestras biológicas tomadas en la anterior intervención se analizaron por el Servicio de Anatomía Patológica con el siguiente resultado a fecha 12 de junio de 2007: "Carcinoma urotelial sólido de alto grado (grado III), que infiltra tejido conectivo, sin evidencia de invasión de capa muscular propia, (estadio pT1)".

Al haber empeorado el estado general de su marido (pérdida de peso, anorexia y dolores óseos generalizados), el 13 de julio de 2007 ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa María del Rosell. En dicha Unidad inicialmente se le diagnosticó "síndrome constitucional y dolores generalizados", y de allí se le ingresó en el Servicio de Medicina Interna, ante la alta sospecha de que padeciera una infiltración tumoral; el 16 de julio de 2007 le prescribieron pruebas complementarias y practicaron las inter-consultas con otros Servicios (Urología, Endoscopia, Hematología), cuyos resultados se reproducen en el escrito.

A la vista del resultado de las pruebas practicadas y del estado del paciente, que precisó incluso infiltración intravenosa de morfícos para controlar el dolor, el Servicio de Medicina Interna acordó su traslado urgente al de Oncología el 25 de julio de 2007 con el siguiente diagnóstico: "Metástasis Ósea de Adenocarcinoma, Bicitopemia por invasión medular, recidiva local de Ca. Vesical, HTA". Al ingreso en este último Servicio se emitió el

diagnóstico de "Adenocarcinoma origen desconocido con metástasis en Médula Ósea, probable uretelial (pendiente de hablar con patólogo), recaída loco regional de carcinoma urotelial alto grado, Ecog 4 (posible influencia de mórficos)".

El 26 de julio de 2007 falleció el esposo de la reclamante en el Hospital General Básico de la Defensa, certificando un especialista en Oncología su muerte, así como la causa de la misma: "*progresión tumoral terminal carcinoma uretelial metastásico*".

La reclamante expone que se interpuso una queja por la asistencia recibida ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Santa María del Rosell, y durante su tramitación se solicitó informe sobre los hechos ocurridos al Servicio de Urología del Hospital General Básico de la Defensa.

En conclusión, la reclamante considera que se produjo una defectuosa asistencia a su marido porque pese a haber sido intervenido de tumores vesicales en febrero y en octubre de 2006, el Servicio de Urología del Hospital General Básico de la Defensa sólo prescribió medicación antibiótica en la consulta de 10 de noviembre siguiente, sin tratamiento preventivo alguno, ni quimioterapia o derivación al Servicio de Oncología, de manera que transcurrieron tres meses y medio sin que se le prescribiera el tratamiento idóneo. Por otro lado también se le detectó una nueva recidiva del tumor vesical el 1 de marzo de 2007 y aunque se programó la intervención de Resección Transuretral de vejiga con prioridad 1, no se le intervino hasta dos meses y tres semanas después. Ante ello, expone, que sólo hay dos explicaciones: bien hubo un retraso en practicar una intervención prevista con prioridad 1, bien dicha intervención, pese a su calificación, no fue cursada como tal por los servicios administrativos.

En suma, considera que la sanidad pública incurrió en evidente falta de agilidad y diligencia para diagnosticar la progresión del tumor vesical que aquejaba al paciente hasta alcanzar la metástasis de médula ósea, faltando el debido tratamiento preventivo que pudiera haberla evitado.

Designa a un letrado a efectos de notificaciones, y acompaña documentación administrativa acreditativa de su legitimación, así como del historial médico del enfermo en el proceso seguido desde su asistencia inicial para acreditar los hechos expuestos.

SEGUNDO.- Por el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud se requirió a la reclamante para que en el plazo de diez días subsanara los defectos advertidos en su escrito de reclamación inicial, acompañando fotocopia compulsada del Libro de Familia, conforme al artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LPAC en lo sucesivo).

Con fecha 17 de marzo de 2008 se aporta por la interesada fotocopia compulsada del Libro de Familia, acreditativa del parentesco con el paciente fallecido.

TERCERO.- Por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación el 16 de abril de 2008, que fue notificada a las partes interesadas.

Al mismo tiempo se solicitó al Hospital General Básico de la Defensa copia de la historia clínica del paciente, e informes de los facultativos que lo atendieron. La misma documentación se solicitó al Hospital Universitario Santa María del Rosell.

CUARTO.- Desde el Hospital Universitario Santa María del Rosell se remitió copia de la historia clínica del paciente, así como el informe de los facultativos que le asistieron (folios 54 a 184).

De dicha documentación resulta de interés el informe del Jefe de Servicio de Urología sobre la asistencia dispensada al paciente, en el que se indica lo siguiente:

"Visto por primera vez en consulta externa de Uroología el 19 de diciembre de 2005. Enfermo de 64 años con antecedentes de herniorragia inguinal bilateral, pólipos de colon, HTA con intolerancia a Co-Aprovel y perforación de tímpano. Refería desde 1 mes antes, polaquiuria y disuria con molestias lumbares bilaterales y hematuria ocasional. Aportaba PSA de 1,07 y citología urinaria positiva a carcinoma uretelial grado III. Tacto rectal: próstata +elástica, lisa y de consistencia adenomatosa. Se solicita ecografía y se programa cistoscopia. El 2/02/06 ecografía: RD normal. RI con microlitíasis. Vejiga con zona irregular en base. Próstata de 23 gramos, bien delimitada. En cistoscopia se aprecia lesión edematosa sobreelevada en retrotrígono, dudosa de tumor o edema. Se aconseja urografía intravenosa, repetición de citología y resección biopsia transuretral vesical y citar en consulta externa de Uroología en un mes aproximadamente.

No vuelve a nuestra consulta sin que tengamos evidencia de la causa hasta el 12 de marzo de 2007, refiriendo el enfermo que pasó al Servicio de Uroología del Hospital Naval (Hospital General Básica de la Defensa), donde fue intervenido el 2 de octubre de 2006, de resección transuretral de tumor vesical con informe anatomo-patológico de "carcinoma urotelial papilar e infiltrante, grado citológico II-III, estadio al menos A". Áreas de crecimiento infiltrante constituidas por nidos que penetran en el tejido conectivo subepitelial respetando la capa muscular".

El enfermo al parecer siguió controles en el Servicio de Uroología del Hospital General Básico de la Defensa, y en consecuencia no tenemos datos de ese periodo.

A la vuelta del enfermo a nuestra consulta en la fecha indicada refiere no haber seguido tratamiento quimioterápico endocavitario por importantes molestias miccionales. Aportaba citología urinaria, (09/02/07), positiva a carcinoma urotelial grado II".

El citado facultativo, después de reproducir el resultado de ecografía y urografía intravenosa practicadas, continuó su informe indicando lo siguiente: "Se programa resección transuretral de tumor vesical. Informe Anatomopatológico: carcinoma urotelial sólido de alto grado (G III), que infiltra tejido conectivo sin afectar a fibras musculares (pT1).

A la vista de la naturaleza del tumor se prescriben instilaciones endocavitarias con BCG y posterior control con biopsia múltiple normalizada (BMN).

El 13 de julio de 2007 ingresa el enfermo de urgencia por presentar mal estado general y cuadro constitucional con marcada trombopenia. Ingresó a cargo de Medicina Interna: TAC abdominal: "adenopatías retroperitoneales periaorta-cava e ilíaca con dilatación de vías excretoras de riñón izquierdo y trayectos uretrales bilaterales con engrosamiento difuso de la pared postero-inferior de vejiga, probablemente neoformativo".

TAC de tórax: "nódulo pulmonar de contornos bien definidos de 2,05 cm. de diámetro mayor a nivel de lingula".

Dados sus antecedentes urológicos recientes se hace hoja de consulta al Servicio de Urología con fecha 17 de julio de 2007, que se contesta en los siguientes términos: "Se trata de un tumor superficial de alto grado pendiente de inmunoterapia (BCG), que no se ha realizado. Sería poco probable que hubiera realizado esta diseminación linfática tan importante y el daño medular/pulmonar es raro igualmente en este tipo de neoplasias. En mi opinión es una opción secundaria para neoplasia diseminada. Más probable colon, pulmón".

Suscribo totalmente esta opinión que aún se vería corroborada cuando con posterioridad una punción de médula ósea arroja en su estudio anatomo-patológico el resultado de metástasis de adenocarcinoma, siendo el diagnóstico de la neoplasia de vejiga en sospecha de carcinoma urotelial, que es de una estirpe histológica distinta".

QUINTO.- Desde el Hospital General Básico de la Defensa se remite copia de la historia clínica del paciente (folios 185 a 255).

SEXTO.- Por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aportó dictamen pericial sobre el contenido de la reclamación, en el que tras relatar el objeto de la misma y formular las oportunas consideraciones médicas se concluye:

"1. El paciente fue diagnosticado de sospecha de neoformación vesical a raíz de una citología urinaria positiva para tumor.

2. El 2-10-06 se le realizó una Resección Transuretral de neoformación.

3. El informe patológico fue de carcinoma urotelial grado 3 en un estado T1 (no infiltración del plano muscular).

4. Al ser un tumor superficial y para intentar prevenir las recidivas locales (mismo grado y estadio) y la progresión (a enfermedad infiltrante del músculo) se debería haber realizado un tratamiento con instilaciones intravesicales (recomendado B.C.G.).

5. Parece ser que al paciente no se le realizó dicho tratamiento. En el informe del x se dice que en la revisión del

10-11-06 se difirió el tratamiento con quimioterapia endovesical ya que "el paciente continúa con significativas molestias miccionales y con piuria y microhematuria (...). En el informe del Dr. x "refiere no haber seguido tratamiento quimioterápico endocavitario por importantes molestias miccionales". Por lo tanto, el paciente presentaba una contraindicación para la administración de profilaxis intravesical".

6. El paciente presentó una recidiva precoz (5 meses) y el 6-6-07 se le realizó nueva Resección Transuretral de la neoformación con idéntica anatomía patológica (grado 3 estadio T1).

7. El 13-7-09 ingresó por un síndrome constitucional, siendo diagnosticado de un adenocarcinoma metastásico de origen desconocido. Falleciendo el 26-7-07 sin que se pudiera concluir el estudio de esta patología.

8. Cuando el tumor de origen desconocido es un adenocarcinoma sus localizaciones primarias más frecuentes en el varón serán: pulmón, páncreas, tracto gastrointestinal, tracto hepatobiliar y riñón, de forma excepcional próstata. Sólo el 20% de los pacientes con adenocarcinoma se llega a descubrir el origen del tumor primario.

9. No existe relación entre el carcinoma transicional diagnosticado en la vejiga y el adenocarcinoma de origen desconocido, y que ambos tumores se originaban en epitelios distintos, siendo imposible que un carcinoma transicional de vejiga produjera metástasis compatibles con adenocarcinoma".

SÉPTIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica sobre los hechos recogidos en la reclamación, es evacuado el 10 de diciembre de 2012 con las siguientes conclusiones:

1. Tras la primera Resección Transuretral (RTU) que se le practicó en el Hospital General Básico de la Defensa no se siguieron las recomendaciones para el tratamiento completo de los tumores vesicales T1 de alto grado, no programándose inicialmente una 2^a RTU, ni instilación de antineoplásico, ni tratamiento posterior de inmunoterapia intravesical. La segunda cirugía se realizó ocho meses después, ante el hallazgo de citología positiva para células neoplásicas, en una revisión a los cuatro meses desde la primera intervención.
2. Pese a que no se siguieron las recomendaciones de tratamiento para este tipo de tumores, con los riesgos que conllevaba, el informe Anatomopatológico de la pieza resecada en la segunda resección evidenció la recurrencia de la lesión pero no su progresión hacia una tumoración más avanzada, de manera que se mantuvo en la misma clasificación (Grado II-III).
3. Tras la segunda Resección Transuretral realizada por el Servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell tampoco se siguieron las recomendaciones para el tratamiento de estos tumores, pues no se le pautó instilación vesical inmediata con fármaco antitumoral, ni inmunoterapia intravesical, siendo ingresado el paciente 38 días después de esta intervención en Medicina Interna del Hospital con síndrome constitucional y pérdida de peso, falleciendo 13 días después.
4. Al no practicarse la autopsia, tras el fallecimiento del enfermo a los dos meses de la segunda intervención, se desconoce el grado de diseminación tumoral que presentaba y la causa exacta de su muerte.

5. Dicha enfermedad metastásica, conforme a los informes obrantes en la historia clínica, tuvo un origen adenocarcinomatoso, es decir, de estirpe celular no coincidente con el Carcinoma Urotelial del que había sido tratado, no habiendo sido posible determinar su foco de origen al fallecer el paciente sin haberse completado los estudios.

OCTAVO.- Una vez que obraron en el procedimiento los informes médicos relativos a la asistencia dispensada al paciente, al estar clausurado el Hospital General Básico de la Defensa, se notificó la reclamación presentada al Ministerio de Defensa, al considerarle parte interesada en el procedimiento que se tramita, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 58, en relación con el 31.1 c), ambos LPAC.

También se le otorgaron trámites de audiencia a la reclamante y a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud (--), sin que conste que hayan formulado alegaciones.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 29 de mayo de 2013, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, pese a reconocer que no se le prestó un tratamiento adecuado, al considerar que el paciente falleció de una metástasis de adenocarcinoma que era un tumor de naturaleza diferente a aquel del que fue tratado (carcinoma urotelial), considerando que ni éste, ni su deficiente tratamiento, incidió en la enfermedad que le causó la muerte.

DÉCIMO.- Con fecha 24 de junio de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante, en su condición de cónyuge del paciente fallecido, se encuentra legitimada para solicitar

indemnización por los daños sufridos.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia. También ostenta dicha legitimación el titular del Hospital General Básico de la Defensa que prestó parte de la asistencia al paciente, en virtud del concurso suscrito con el Servicio Murciano de Salud, resultando acorde con ello que el órgano instructor haya otorgado un trámite de audiencia al Ministerio de Defensa en su condición de parte interesada.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vista la fecha de las actuaciones sanitarias en cuestión (el paciente falleció el 26 de julio de 2007) y la reclamación se presentó el 13 de febrero de 2008, dentro del plazo indicado.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, sin perjuicio de destacar el exceso en el plazo de resolución del procedimiento, para lo que se han invertido seis años, cuando el reglamentariamente establecido es de seis meses (art. 13 RRP).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económico e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el

estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto.

CUARTA.- Sobre el funcionamiento del servicio público y la relación de causalidad con el daño alegado.

I. Sobre el defectuoso funcionamiento del servicio público.

La reclamante imputa a la Administración sanitaria que el paciente recibiera una atención deficiente, ya que se le sometió a dos intervenciones quirúrgicas para resolver su tumor vesical, en febrero y octubre de 2006, y después de la segunda el facultativo del Servicio de Urología del Hospital General Básico de la Defensa sólo le prescribió medicación antibiótica, pero no tratamiento preventivo alguno, ni quimioterapia, ni derivación al Servicio de Oncología. Por tanto, refiere que transcurrieron tres meses y dieciocho días sin el tratamiento idóneo. Además, cuando se detectó la nueva recidiva del tumor vesical al paciente el 1 de marzo de 2007 se programó una nueva intervención de Resección Transuretral con prioridad 1, pero en realidad se practicó a los dos meses y tres días. De manera que hubo falta de agilidad y diligencia en diagnosticar la progresión del tumor que le aquejaba, hasta que alcanzó metástasis de médula ósea.

Sostiene que de haberse dispensado el tratamiento preventivo adecuado se hubiera evitado el resultado final, pero el paciente no recibió inmunoterapia, ni tratamiento en la Unidad de Oncología, derivándolo a este último Servicio el día antes de fallecer.

No cabe duda que conforme a la propuesta elevada, se ha acreditado en el presente procedimiento que el tratamiento que se le dispensó al paciente no fue el adecuado, como sostiene la reclamante, coincidiendo en este aspecto tanto la Inspección Médica, como el perito de la Compañía Aseguradora.

En efecto, de acuerdo con el informe de la Inspección Médica tras la primera y la segunda Resección Transuretral (RTU) no se siguieron las recomendaciones para el tratamiento completo de los tumores vesicales T1, de alto grado. En este sentido resume la propuesta elevada: "en su juicio crítico Inspección Médica señaló que el paciente padecía un tumor calificado en el informe Anatomopatológico practicado después de la primera cirugía, de Grado 2-3, estadio T1. La técnica quirúrgica para abordar dicha lesión era la Resección Transuretral, completa y correcta, (RTU), tal y como se realizó a este paciente, aunque este tipo de tumor podía recidivar y progresar a cáncer de vejiga invasor, en un porcentaje elevado de casos. Por tanto también estaba indicado practicar una segunda resección transuretral, (RTU), al tratarse de un tumor de alto grado sin invasión muscular o tumor T1, lo que aumentaría su supervivencia sin recidivas. Dicha nueva intervención se debía realizar a las dos o seis semanas de la primera, cuando ésta hubiera sido incompleta o cuando se detectara un tumor de alto grado o T1. Además estaba indicado un tratamiento adyuvante de quimioterapia intravesical inmediata en el postoperatorio por el riesgo de recurrencia o progresión, y un tratamiento de inmunoterapia vesical con Bacilo de Calmette-Guerín en número no determinado. Tal y como concluyó Inspección Médica en su informe, después de la primera Resección Transuretral no se programó de forma inmediata la segunda, ni se realizó instilación alguna de antineoplásico o tratamiento posterior de inmunoterapia intravesical. Como ya se había expuesto, esta segunda cirugía, se realizó a los ocho meses de la primera, ante el hallazgo de citología positiva para células neoplásicas en una revisión. También añadió Inspección Médica que tras la segunda Resección tampoco se siguió el tratamiento recomendado pues tampoco se le administró instilación vesical inmediata, ni inmunoterapia intravesical".

En igual sentido, el informe del perito de la Compañía Aseguradora expresa que "al ser un tumor superficial y para intentar prevenir las recidivas locales (mismo grado y estadio) y la progresión (a enfermedad infiltrante del músculo) se debería haber realizado un tratamiento con instilaciones intravesicales (recomendado B.C.G)".

Ello implica que ha de considerarse acreditado un funcionamiento defectuoso del servicio público sanitario en el tratamiento dispensado al paciente.

Ahora bien, ello no es suficiente para estimar la reclamación presentada si no se acredita la relación de causalidad con el daño alegado y la efectividad de su cuantía.

II. Sobre el daño reclamado y la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público.

Sin embargo, la interesada no concreta en su reclamación (ni posteriormente cuando se le otorga un trámite de audiencia para formular alegaciones, notificado al domicilio del letrado indicado por ella) el daño reclamado, ni tampoco lo cuantifica, teniendo en cuenta, además, que tampoco se puede determinar que la causa del fallecimiento tuviera su origen en la tumoración urotelial, a tenor de lo señalado por la Inspección Médica en su quinta conclusión, en la que expone que "*dicha enfermedad metastásica, conforme a los informes obrantes en la historia clínica, tuvo un origen adenocarcinomatoso, siendo por tanto en principio de estirpe celular no coincidente con el carcinoma urotelial por el que había recibido tratamiento, no habiendo sido posible determinar su foco de origen al fallecer el paciente sin haberse completado los estudios pertinentes*". Además la Inspección Médica expone en la conclusión cuarta que el informe de Anatomía Patológica de la pieza resecada en la 2^a RTU indica persistencia o recurrencia de la lesión, pero no progresión hacia tumoración más avanzada, habiéndose mantenido sin apenas variación la clasificación del tumor.

A este respecto el perito de la Compañía Aseguradora expresa de forma concluyente:

"No existe relación entre el carcinoma transicional diagnosticado en la vejiga y el adenocarcinoma de origen desconocido, y que ambos tumores se originaban en epitelios distintos, siendo imposible que un carcinoma transicional de vejiga produjera metástasis compatibles con adenocarcinoma".

En consecuencia, al no haber concretado ni cuantificado el daño la reclamante, ni tampoco la parte de la pérdida de oportunidad de supervivencia en relación con el funcionamiento del servicio público defectuoso, no procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir todos los elementos necesarios para su determinación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, ya que no se ha acreditado la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público, ni el daño reclamado, ni su valoración.

No obstante, V.E. resolverá.