



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 160/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de junio 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 Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 19 de junio de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 239/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 12 de marzo de 2012, x, y, z presentaron un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, exponen lo siguiente

El día 24 de mayo de 2011, x, esposo y padre de los comparecientes, falleció en el hospital "Virgen del Castillo", de Yecla, a causa de un tumor cancerígeno en la vejiga, de más de siete centímetros, descubierto en el mes de febrero de 2011. Alegan que durante todo el año 2010 fue ingresado en dicho centro en varias ocasiones y tratado por problemas relacionados con el aparato urinario, a pesar de lo cual no le fue detectado dicho tumor, que por sus dimensiones debió aparecer mucho antes de su diagnóstico, y sin que, a pesar de la sintomatología del paciente, los facultativos que lo asistieron sospecharan que pudiera tener tal enfermedad, por lo que no le hicieron prueba alguna al respecto. Por ello, consideran que hubo una gravísima negligencia en la asistencia al paciente, causando un retraso en el diagnóstico del cáncer que impidió toda posibilidad de curación.

Los reclamantes solicitan una indemnización por un importe total de 240.000 euros, desglosados en 90.000 euros para la viuda y 50.000 euros para cada uno de los tres hijos del fallecido, en concepto de daño moral derivado de la muerte de su esposo y padre, respectivamente, vista la edad del fallecido, de 64 años, y la esperanza media de vida.

Posteriormente, aportaron copia del Libro de Familia acreditativo del parentesco con el paciente.

SEGUNDO.- Con fecha 2 de mayo de 2012 el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación.

En esa misma fecha se solicitó a la Gerencia de Área de Salud V copia de la historia clínica del paciente e informes de los profesionales que le atendieron en relación con los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- Mediante oficio de 11 de junio de 2012 se remitió copia de la historia clínica del paciente e informe del Dr. x, Urólogo, de fecha 21-05-12, en el que expresa:

"El día 24 de mayo de 2011 fallecía en el Hospital Virgen del Castillo-Yecla el paciente x de un carcinoma urotelial de vejiga de alto grado con diferenciación escamosa, Pt2G3, que se le había diagnosticado el pasado febrero del mismo año.

El paciente era fumador activo, hipertenso de más de 20 años, dislipémico, con antecedentes de arteriopatía central y periférica complicada de afasia motora total por ictus hemisférico izquierdo hace 20 años, el cual le sucedió en el postoperatorio de una intervención por menisco derecho complicada de gangrena del miembro inferior derecho y necesitando varias intervenciones de plastia. Fue intervenido también de angioplastia de las arterias carótidas internas con colocación de Stent endoluminal, y de Bypass axilofemoral en agosto 2010. Había sido intervenido también de colicestectomía en el 2003, y tenía una fractura vertebral tras una caída que había tenido tres años antes y por la cual se le hacía una rehabilitación. El paciente llevaba un tratamiento crónico con Aprovel, ISCOVER, Ranitidina, Sutril, Prevencor, Paracetamol, Lorazepam, Nimotop, Neurontin, Ekistol, Dolpar, Detrusitol, Omnic ocas, Nolotil, Ciprofloxacina, y otros medicamentos esporádicos.

X fue atendido por primera vez en Consultas Externas de Urología el día 13 de diciembre de 2010, derivado desde Primaria por un problema de incontinencia urinaria. Refería una disuria leve y una clínica miccional irritativa predominante, lo que no era raro en un paciente con antecedentes neurológicos de ACV. La exploración física mostraba un paciente hemipléjico, afásico, con un abdomen globuloso. Los órganos genitales externos estaban normales. La próstata era pequeña, grado I y sin nódulos sospechosos. En la analítica, tenía una creatinina normal y una hematuria microscópica de 6-10 hematíes/campo tomando el Iscover, un potente antiagregante. Traía una ecografía hecha en agosto de 2010 y en que (sic) no había hallazgos patológicos. Se le puso entonces el Toviaz, un tratamiento para la inestabilidad vesical en los pacientes con vejiga neurogénica, entre otras indicaciones, estando el estudio morfológico negativo. SIN EMBARGO, ante la presencia de la hematuria, de la intensidad de la inestabilidad vesical, que no mejoraba con el Detrusitol, y pese al tratamiento con antiagregantes y de la ecografía normal, se pidió OTRA ecografía para hacerse en el HVC. Dicha ecografía se realizó el 7 de febrero, informando entonces de un tumor de 7 cms. en la vejiga. La familia trajo al paciente a Urgencias el 14 de febrero de 2011 por hematuria macroscópica. El paciente fue visto por Urología en Urgencias, se le hizo el estudio preoperatorio completo, y una semana después ya estaba operado. El tumor era muy grande, llenando casi la vejiga, cogiendo los meatos ureterales, y tenía un aspecto infiltrante y avanzado.

Desafortunadamente, el diagnóstico anatomo-patológico fue el de un tumor urotelial no sólo de alto grado, sino con diferenciación escamosa, lo que es aún peor de cara a la resistencia conocida de cualquier tratamiento, sea radio o quimioterapia. El estadio patológico salió a Pt2, significando que ya llegaba a la capa muscular.

Evidentemente, dado el estado general y de salud del paciente y visto sus antecedentes vasculares, conllevando un altísimo riesgo operatorio, no se planteó la realización de una cirugía tan agresiva como la cistoprostatectomía radical.

A continuación, el paciente tuvo un postoperatorio normal, con evolución favorable a corto plazo, y se le dio el alta hospitalaria el día 1 de marzo, 10 días después de la intervención. La orina estaba clara y el paciente se fue a su domicilio mejorado. Al día siguiente, acudió a Urgencias por un problema local de dolor en el pene, y se le detectó una balanitis, tratada con higiene local y antibióticos. Se realiza el ingreso por presentar el paciente una CEFALEA que sólo cedía con antiinflamatorios. Fue valorado por el Neurólogo, quien pidió un TAC cerebral y que se informó como sin cambios agudos respecto al anterior. El día 10 de marzo, se mandó a Oncología de HUVA, donde le pidieron un PET TAC para decidir el tratamiento ulterior.

El 02/05/2011, el paciente acudía otra vez a Urgencias por dolor lumbar y en flanco derecho. La creatinina había subido a 2,5 y la ecografía ya informaba de ectasia renal bilateral. No presentaba fiebre ni hematuria. Se realiza un TAC en el que se sospechan por primera vez lesiones metastásicas en pelvis (ala ilíaca derecha e isquión).

Se manda a Murcia donde se realiza el PETTAC, en que se confirma el diagnóstico de metástasis difusa. El paciente entonces empezó a empeorar rápidamente, con aumento de dolor, necesitando la pauta de parches de morfínicos (lo ven en Cuidados Paliativos). Sin embargo, ante el aumento del dolor y la deterioración del estado general, se decide de común acuerdo con los familiares del paciente, Cuidados Paliativos y Medicina Interna, ponerle una perfusión continua de morfínicos. Se le sigue haciendo los cuidados de la sonda y velando por su confort, hasta que el día 24 de mayo de 2011, a las 21h05, el paciente FALLECE por fallo multivisceral y parada cardiorrespiratoria".

CUARTO.- Con fecha 16 de julio de 2012 la aseguradora del SMS presentó un escrito manifestando lo siguiente:

"En el informe del urólogo de fecha 21-5-12 se dice que el paciente fue visto por primera vez en consulta de urología el 13-12-10, derivado desde primaria por problemas urológicos, es cierto, y también alude a una ecografía realizada en agosto de 2010 (no sabemos por qué, ni quién se la pidió, ni dónde se le hizo, porque la aportó el paciente). Pero en la reclamación se afirma que el paciente había estado ingresado varias veces en el Hospital Virgen del Castillo durante el año 2010 por problemas urinarios, y no tenemos ninguna información al respecto. Dado que reclama precisamente porque a lo largo de esos ingresos no se le diagnosticó el tumor, sería necesario disponer de los correspondientes informes de alta (de todos los ingresos, para saber desde cuándo y qué sintomatología tenía). La historia del centro de salud también es importante para saber qué tipo de consultas realizó el paciente o qué seguimiento se le hizo tras los ingresos".

QUINTO.- Con fecha 9-08-12 la Subdirección de Gestión del Área V de Salud remitió la historia clínica del paciente en su Centro de Atención Primaria, y un oficio en los siguientes términos:

"1º) Es cierto que el paciente fue visto por primera vez en consulta de urología el 13/12/2010, derivado desde A. Primaria por problemas urológicos.

2º) En agosto de 2010 se pide una ecografía renal y prostática, que se informa como normal pasado el 4/8/2010 (Se acompaña informe de ecografía próstata como documento número UNO).

3º) Dicha prueba se le pide al paciente por problemas al orinar (presenta clínica no llamativa, vejiga con continencia urinaria junto a la problemática que ya presentaba).

4º) Se la pide el médico de familia x.

5º) Se le realiza en el Centro Concertado --.

6º) La aporta el paciente debido a que, supuestamente, él mismo pediría una copia en el centro concertado.

7º) Durante el 2010 el paciente acude varias veces al hospital, pero por la clínica urinaria sólo consta el ingreso de 5/11/2010, donde se aporta ecografía realizada en agosto, con el tratamiento que se refiere en el informe (Se acompaña informe de alta como documento número 2).

8º) En definitiva, se aportan dos informes de alta, uno previo (normal) y otro posterior de 14/02/2011, donde aparece un diagnóstico claro (documento 2 y 3)".

SEXTO.- El 18 de junio de 2012 se solicita a la Inspección Médica de la Consejería consultante un informe sobre la reclamación.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe médico-pericial, de 31 de octubre de 2012, emitido por un especialista en Anatomía Patológica, en el que, tras exponer los hechos y realizar diversas consideraciones sobre el cáncer de vejiga, expresa lo siguiente:

"x acudió el 5-11-10 al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Castillo por presentar disuria y polaquiuria (aumento de frecuencia miccional) desde hacía dos días. El paciente portaba una ecografía prostática, realizada el 4-8-10, que había sido solicitada por su médico de cabecera debido a que el paciente había consultado por incontinencia urinaria en julio de 2010 (no existen otras anotaciones relativas a síntomas urinarios en la documentación aportada). La ecografía describía próstata de 18 grs., vejiga que "impresiona de normalidad" y riñones sin hallazgos. Estaba pendiente de valoración por parte de Urología."

La exploración clínica realizada en urgencias no mostró datos significativos; se realizó hemograma (normal) y análisis de orina (sangre++) y se emitió diagnóstico de infección del tracto urinario.

Existían por tanto microhematuria y alteraciones del hábito miccional, lo que analizado "a posteriori" puede interpretarse como los primeros signos del tumor que posteriormente se diagnosticó. Sin embargo, en aquel momento no había motivo para sospecharlo. No sólo porque este cuadro, como queda dicho en las consideraciones anteriores, es casi siempre secundario a un proceso banal, salvo que sea persistente (lo que no ocurría en este caso), sino, sobre todo, por la normalidad de la vejiga en el estudio de imagen aportado por el

paciente y realizado tres meses antes. En estas circunstancias no estaba indicado ningún estudio adicional y lo correcto era, como se hizo, asignar el cuadro a un proceso banal y esperar a la valoración por Urología.

El día 13-12-10 fue visto en consulta de Uroología. En ese momento persistía disuria leve y discreta hematuria microscópica que se valoró en el contexto de un paciente tratado con antiagregante plaquetario (Plavix), fármaco que favorece la aparición de hemorragias espontáneas. Dado que persistía el cuadro pese al tratamiento, se solicitó una nueva ecografía que se llevó a cabo el 7-2-11, en la que se informaba de la presencia de tumor infiltrante de vejiga.

Puesto que existía una justificación para la microhematuria (la toma de antiagregante plaquetario) y para los síntomas urinarios (el paciente tenía antecedente de lesión neurológica secundaria a accidente vascular cerebral, que se acompaña frecuentemente de vejiga disfuncionante -vejiga neurógena-), es evidente que no había motivos para sospechar la existencia de un tumor. Sólo cuando, al persistir los síntomas pese al tratamiento, se hizo necesaria una nueva ecografía, pudo establecerse el diagnóstico de carcinoma vesical de alto grado. Una vez alcanzado el diagnóstico fue tratado mediante resección transuretral del tumor, instilación intravesical de quimioterápico (mitomicina) y derivación a Oncología para tratamiento complementario.

Tras un episodio de balanitis (proceso interrecurrente no relacionado con el caso, que se resolvió satisfactoriamente) el paciente presentó un cuadro de dolor lumbar en mayo de 2011. El correspondiente estudio evidenció la existencia de metástasis óseas. El paciente precisó la administración de mórficos y su estado se fue deteriorando hasta su fallecimiento, que se produjo ese mismo mes.

La existencia de una diseminación tumoral tan extensa que causó la muerte del paciente en pocas semanas indica que las metástasis ya existían desde mucho tiempo antes. En consecuencia, aunque el tumor hubiera podido diagnosticarse unos meses antes (lo que en nuestra opinión no fue posible), la evolución del proceso no habría variado. El fallecimiento debe ponerse en relación con la extraordinaria agresividad de un cáncer de alto grado que, con certeza, ya se había diseminado antes de que empezara a manifestarse clínicamente.

CONCLUSIONES MÉDICO-PERICIALES

1º- De la documentación aportada no se deduce retraso diagnóstico imputable a actuación médica incorrecta.

2º.- Los síntomas y signos urinarios estaban justificados por el contexto patológico y farmacológico del paciente y en la primera ecografía no se describen lesiones vesicales, por lo que la sospecha diagnóstica de carcinoma de vejiga no fue posible en las consultas iniciales.

3º.- Una vez diagnosticado el tumor se procedió al tratamiento correcto.

4º.- El fallecimiento debe ponerse en relación con la extraordinaria agresividad del tumor que, con certeza, ya estaba diseminado antes de que pudiera ser diagnosticado".

OCTAVO.- Mediante oficio de 17 de enero de 2013 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo los reclamantes para tomar vista y formular alegaciones mediante escrito presentado el 6 de febrero de 2013, en el que reiteran lo expresado en su escrito inicial.

NOVENO.- El 12 de junio de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por considerar, conforme con lo expresado en los informes médicos emitidos, que no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y los daños por los que se reclama indemnización.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre , de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes, en su calidad de esposa e hijos del fallecido, por cuyo fallecimiento, en concepto de daño moral, solicitan indemnización, están legitimados para deducir la respectiva pretensión resarcitoria.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay objeción que señalar, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

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.

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 razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad previsible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente 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 si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

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 u otros análogos.

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

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Los reclamantes imputan a los servicios sanitarios un retraso diagnóstico que consideran que contribuyó al fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, en los términos expresados en su reclamación, a la que en este punto nos remitimos.

Sin embargo, no aportan informe médico alguno acreditativo de tales alegaciones, lo que ya por sí sólo justificaría la desestimación de su reclamación. No obstante lo cual, los informes médicos emitidos en el procedimiento, reseñados en los Antecedentes, a los que nos remitimos, coinciden en que no existió ninguna infracción a la "*lex artis ad hoc*".

Como ha puesto de manifiesto este Consejo Jurídico (Dictamen 146/06), a la hora de valorar la posible concurrencia de un retraso diagnóstico deben ponderarse dos circunstancias. Por un lado, la presencia de síntomas clínicos suficientes para que la enfermedad hubiera podido ser razonablemente detectada, empleando los medios disponibles de acuerdo con el estado de la ciencia y de la técnica en el momento del diagnóstico, y, por otro, la influencia que dicho retraso diagnóstico haya podido tener en el empeoramiento o agravamiento de la enfermedad sufrida por el paciente. Para ello resulta esencial acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, pues sólo los profesionales de la medicina pueden hacer un juicio crítico relevante de la atención sanitaria prestada.

Así, en el caso, dichos informes resaltan que, frente a lo alegado por los reclamantes en el sentido de que el paciente ingresó en 2010 en reiteradas ocasiones en el hospital "Virgen del Castillo" por patologías relacionadas con el aparato urinario, la historia clínica demuestra que ingresó por primera vez, en su Servicio de Urgencias, el 5 de noviembre de 2010, aportando una ecografía prostática realizada el 4 de agosto anterior (prescrita por su médico de cabecera por haber acudido a él el 5 de julio de 2010 -por primera vez por incontinencia urinaria-), en la que se informaba que la vejiga impresionaba de normalidad (no obstante lo cual dicho médico de cabecera le prescribió entonces medicación -Detrusitol- y, el 10 de agosto siguiente, interconsulta con el Servicio de Urología del citado hospital, considerando, además, que el 16 de agosto iba a ser intervenido de bypass axilobifemoral por su patología cardíaca). Como señala el informe de la compañía de seguros, vista la citada ecografía y sus antecedentes, ni en agosto ni en noviembre de 2010 había fundamento alguno para sospechar de la existencia de un tumor en la vejiga, sino de infección urinaria (para lo que se le medicó en la consulta en el Servicio de

Urgencias de noviembre de 2011), en espera de una revisión más completa en la consulta programada con el Servicio de Urología, por lo que no puede admitirse en modo alguno la negligencia o mala praxis alegada por los reclamantes. Es sólo a partir de la segunda visita al citado hospital, el 13 de diciembre de 2010, en la consulta de Urología, cuando, ante la persistencia de la disuria, se indicó una nueva ecografía, que el 7 de febrero siguiente informó de tumor infiltrante de vejiga, destacando el perito que, aunque el tumor hubiera podido diagnosticarse unos meses antes (aunque, como señala, no había motivos para ello en agosto y noviembre de 2010), la evolución del proceso no habría variado, dada la agresividad del cáncer, que ya se habría diseminado, con certeza, tiempo antes de que se manifestase clínicamente.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No habiéndose acreditado la existencia de una incorrecta praxis médica en la asistencia sanitaria cuestionada en la reclamación de referencia, no existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar responsabilidad patrimonial, entre tales actuaciones sanitarias y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.