



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 220/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 6 de octubre de 2021, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 26 de mayo de 2021 (COMINTER 163924 2021_05_26-01_31), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_157), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 11 de mayo de 2020 D.^a X formula, ante el Servicio de Atención al Usuario del Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGRS) de Murcia, una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su padre, D. Y, falleció en ese Hospital el 6 de junio de 2019 porque los facultativos del Servicio de Urología emplearon una mala praxis cuando le asistieron en mayo y en junio de 2018.

De manera concreta, relata que *“Durante el primer ingreso, comprendido entre las fechas 16/05/2018 y 22/05/2018, motivado por abundante hematuria en orina y deterioro de la función renal, NO SE SOLICITÓ NINGÚN ANÁLISIS DE PSA, NI SE LE PRACTICÓ NINGÚN TACTO RECTAL (se aporta listado de peticiones médicas durante ese período). Estas dos pruebas, las más simples y empleadas de manera cotidiana por personal de Urología, hubieran servido para establecer la sospecha de la enfermedad del paciente: un adenocarcinoma de próstata, del cual ya tenía antecedentes médicos y el personal especialista era conocedor. Sin embargo, a su alta, no se establece una causa clara de la hematuria que provoca el ingreso (como se aprecia en el correspondiente informe de alta aportado, firmado por el Dr. B). SE ESTABLECE COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL la hematuria en orina, no la enfermedad o causa que la provoca. A su alta, se informa de manera reiterada a los familiares que todo está correcto (incluida la próstata), y que no eran conocedores del motivo que había provocado la hematuria. Dichas afirmaciones se repiten en la revisión médica el 14/06/2018, cuando el paciente acude a la consulta del Dr. B, tres días antes del segundo ingreso.*

El segundo ingreso comprendido entre las fechas 17/06/2018 y 27/06/2018, es motivado por un fuerte dolor lumbar tipo cólico, provocado por una ureterohidronefrosis bilateral grado II-III. La ureterohidronefrosis es provocada por el no tratamiento y consecuente agravamiento de la enfermedad, sin embargo, no es hasta el día 22/06/2018 cuando se le practica un análisis de PSA (se aporta listado de peticiones médicas durante ese período). Se realiza TC TAC el 26/06/2018. Al alta del paciente, y a pesar de los desorbitados valores de PSA (41,86 ng/ml), solamente se le receta tratamiento antibiótico, como se aprecia en el correspondiente informe de

alta aportado, firmado por el Dr. B. En dicho informe, el Dr. B deja constancia que, de acuerdo a los resultados obtenidos en el TC TAC, el paciente no tiene adenopatías, no obstante, dicho informe objetiva una adenopatía de 13 mm en cadena ilíaca externa y de 11,7 mm en cadena ilíaca interna derechas. Estos resultados son objetivados por al menos tres compañeros más de UROCAP en registros médicos posteriores (se aporta formularios de interconsultas CEX entre las fechas 08/01/2019 y 02/06/2019 donde reiteradamente se hace referencia a los resultados del mencionado TC TAC).

El NO TRATAMIENTO del adenocarcinoma de próstata durante los siguientes meses, provoca en el paciente un empeoramiento generalizado. No es hasta agosto de 2018, dado el considerable aumento del PSA (55,35 ng/ml) cuando el Dr. B recomienda inicio tratamiento TDA, sin embargo, en TC TAC realizado en ese mismo mes, YA SE APRECIAN MÚLTIPLES METÁSTASIS ELÁSTICAS DIFUSAS: costales bilaterales, en cuerpos vertebrales dorsales, lumbares y sacros, eternas y en pelvis ósea. El paciente es derivado a UROCAP en enero de 2018, cuando constaba de unos valores de PSA (81,39 ng/ml), progresión ósea, y su estado de salud era irreparable.

El adenocarcinoma de próstata, unido a las múltiples metástasis óseas, CONSECUENCIA DEL NO INICIO DEL TRATAMIENTO A TIEMPO, derivarán en meses agónicos de visitas médicas, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y finalmente en la muerte del paciente TRAS UN SUFRIMIENTO Y DOLOR EXTREMO el 06/06/2019 (se aporta informe médico de defunción)".

Junto con la solicitud de indemnización, la interesada aporta diversos documentos de carácter clínico y una copia del certificado médico de defunción de D. Y, expedido el citado 6 de junio de 2019.

SEGUNDO.- El 29 de mayo de 2020 se remite a la Dirección Gerencial del Servicio Murciano de Salud (SMS) la reclamación formulada junto con una copia de la documentación clínica del padre de la interesada existente en el Servicio Médico citado y el informe elaborado el 15 de marzo de 2019 por el Dr. D. B, facultativo de dicho Servicio, en el que expone lo siguiente:

"Paciente visto por primera vez en el Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía en 2010 por elevación de PSA y síndrome miccional obstructivo. Rechazó la opción de tratamiento quirúrgico y la realización de una biopsia prostática para diagnosticar un posible cáncer prostático.

Es visto de nuevo en 2015. La familia informa que fue tratado de un cáncer de próstata con cifras de PSA de 5,8 ng/ml, en 2014, en otro centro (no aporta informe de Anatomía Patológica o de la Radioterapia). Bajando el PSA a 1,5 ng/ml.

En el momento de ser valorado en consulta de Urología su PSA es de 2,5 ng/ml. El paciente consulta en ese momento por clínica miccional obstructiva, motivo por el que fue sometido a Resección Transuretral desobstructiva de próstata el 26/11/2015, con informe de Anatomía Patológica donde no se hallaron células tumorales en el tejido remitido.

El seguimiento estrecho de su PSA posterior a la cirugía, fue:

16/02/2016: 3,6 ng/ml

26/04/2016: 3,4 ng/ml

06/09/2016: 3,4 ng/ml

07/03/2017: 3,7 ng/ml.

19/09/2017: 1,4 ng/ml (el PSA más bajo desde que fue tratado con Radioterapia)

El 16/05/2018 ingresa en Urología por hematuria macroscópica en contexto de síndrome miccional irritativo. El sanitario que colocó la sonda vesical en Urgencias, infló el balón de la sonda en uretra prostática (según informa la ecografía urgente que se hizo el día del ingreso). El balón de la sonda se debe inflar en vejiga. Si se hace en uretra prostática puede producir sangrado y obstrucción de meatos ureterales con la consecuente hidronefrosis y empeoramiento de la función renal.

El diagnóstico diferencial (entre otros) de un paciente con su clínica y antecedentes era:

1- CISTITIS RADICA (inflamación vesical como efecto secundario tardío de la radioterapia que provoca hematuria, síndrome miccional irritativo y posible obstrucción ureteral).

2- INFECCION DEL TRACTO URINARIO.

3- OBSTRUCCION URETERAL BILATERAL POR COMPRESION DE MEATOS DEBIDA AL BALON DE SONDA EN URETRA PROSTATICA.

La posibilidad de que el sangrado procediera de la próstata era mínima, teniendo en cuenta la cinética previa de los valores de PSA, que habían alcanzado su valor más bajo en 4 años, solo unos meses antes del ingreso.

En una situación de sospecha de ITU (Infección del tracto urinario) ESTA TOTALMENTE DESACONSEJADA LA REALIZACIÓN DE PSA, pues la inflamación producida la misma elevaría falsamente los niveles de PSA. MAS AUN SI LA PROSTATA HA SUFRIDO UN TRAUMATISMO, como fue la colocación del balón de sonda vesical en uretra prostática. ADEMÁS, NUNCA PEDIMOS VALORES DE PSA EN SANGRE A PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDOS A SONDAGE VESICAL RECIENTE, por la misma razón. Por otra parte, LA REALIZACION DE UN TACTO RECTAL EN UN PACIENTE SOMETIDO A RADIOTERAPIA PROSTATICA Y POSTERIOR CIRUGÍA DE LA MISMA NO APORTA INFORMACION AÑADIDA SOBRE SU CONOCIDA ENFERMEDAD NEOPLASICA.

Por otra parte, es importante señalar que en el Servicio de Urología del hospital todas las decisiones de actuación se toman DE FORMA COLEGIADA. Esto significa que todos los pacientes son estudiados diariamente por todos los Urólogos del Servicio al inicio de la sesión laboral, para tomar decisiones consensuadas y no dejarlas al libre albedrío de un solo profesional. Esto incluye las altas hospitalarias. La persona que firma el informe de alta es a la que le ha correspondido el pase de planta ese día, siguiendo un orden rotatorio entre los distintos facultativos del servicio. Fue dado de alta el 22/05/2018.

Por último, añadir que los estudios radiológicos necesarios para diagnosticar la causa de una hematuria se ven entorpecidos en su fiabilidad por el mismo sangrado, el cual produce coágulos en la vía urinaria que pueden interpretarse como procesos tumorales. Totalmente ineficaces son los estudios endoscópicos. Es por eso que LOS ESTUDIOS PARA EL ESTUDIO DE LA CAUSA DE UNA HEMATURIA, SE RECOMIENDA HACERLOS UNA VEZ HA CESADO LA MISMA, si la intensidad de la misma permite los estudios diferidos. Cuando cesa la hematuria, se acaba el motivo de ingreso y se solicitan los estudios pertinentes para su realización ambulatoria.

El paciente vuelve a ser valorado en consulta el 12/06/2018, donde, con una orina clara y persistencia estable de la elevación de los niveles de creatinina se indica, de forma preferente, la realización de cistoscopia diagnóstica y valoración de colocación de catéteres ureterales bilaterales. Asimismo, se solicita análisis de PSA. EN ESE MOMENTO NO PUEDO SABER CUAL ES (EL) ESTADO DE SU ENFERMEDAD NEOPLASICA, pues no tenía una cifra reciente de PSA.

Parece que es evidente la falta de entendimiento por parte de los familiares (su hija) de las explicaciones dadas. Evidentemente habría una causa de su sangrado y empeoramiento de la función renal. Si hubiera estado todo bien no se continuaría su estudio de forma ambulatoria. El paciente fue dado de alta porque mantenía buena diuresis, las cifras de creatinina estaban estables y se encontraba asintomático, por lo que no cumplía criterios de mantener el ingreso. Igualmente se explica a la hija en la consulta posterior que, una vez sin hematuria, pero con las cifras de función renal persistentemente elevadas, aunque estables, se debe estudiar la vejiga del paciente y colocar catéteres para permitir la bajada de la orina desde los riñones a la vejiga. También se explica en esta consulta que se piden nuevas cifras de PSA para conocer cuales el estado del cáncer de próstata.

Antes de poder realizar el estudio endoscópico o de tener el resultado del PSA, el paciente ingresa por urgencias por dolor lumbar secundario a su OBSTRUCCION URETERAL BILATERAL DE CAUSA NO FILIADA (POSIBLE CISTITIS RADICA), el 17/06/2018. Informe ecográfico de dilatación moderada de los sistemas excretores y uréteres y empeoramiento analítico de la función renal. La insuficiencia renal obstructiva en evolución es un cuadro clínico que precisa de solución urgente. En ese momento se intenta, infructuosamente, la colocación endoscópica urgente de catéteres ureterales desobstructivos. Por ello se realiza la derivación urinaria mediante nefrostomía percutánea bilateral, mejorando la función renal.

Es durante ese ingreso, el 22/06/2018, que se hace la primera determinación de PSA en los últimos meses, siendo el resultado de 41,86 ng/ml. Este sorprendente resultado (habida cuenta del valor analítico previo) hace sospechar seriamente de una recidiva bioquímica de su cáncer de próstata (aunque puede estar artefactado por la instrumentación previa de la zona). Se realiza durante el ingreso un estudio de extensión tumoral mediante TC abdomino-pélvico que informa de la presencia de adenopatías de 13 y 12,7 mm en cadenas ilíacas.

Tras el alta hospitalaria se solicita nuevo PSA de confirmación (pues es extremadamente inusual un estallido tumoral prostático de tal magnitud tras radioterapia), el cual se realiza el 25/07/2018 y es visto en consulta el 07/08/2018, confirmando la recidiva bioquímica tumoral, momento en el cual se inicia tratamiento de hormonal de primera línea.

El paciente presenta una respuesta inicial al tratamiento muy favorable, con descenso del valor de PSA a cifras de 0,7 el 26/09/2018, lo que implica un control aparentemente completo de la enfermedad, pero pese a la buena respuesta analítica, aparecen en el TC de control, lesiones metastásicas óseas, no presentes en el TC previo. Signo de mal pronóstico.

Cuando es revisado 3 meses después, la cifra de PSA había ascendido a 81,4 ng/ml, con niveles de testosterona de 0,07, lo que implicaba la aparición de resistencia tumoral temprana al tratamiento que había iniciado (otro signo de mal pronóstico). Es derivado a la consulta especial del Servicio de Urología para el tratamiento de tumores prostáticos resistentes a primera línea de tratamiento hormonal. Se comprueba en las cifras de PSA que no hubo una respuesta completa al tratamiento en ningún momento hasta su muerte.

Esta es la historia natural del cáncer prostático que no responde a tratamiento hormonal.

1- El paciente murió porque no respondió al tratamiento correcto.

2- La respuesta al tratamiento no depende de cuando se inicia el mismo, sino que es un factor intrínseco del propio tumor.

3- Se realizó un psa cuando se estableció la sospecha de crecimiento tumoral.

4- No está demostrado que un tratamiento hormonal temprano de primera línea (antes de metástasis) prolongue la vida por cáncer-dependiente, pero sí que aumenta el riesgo de muerte por causa cardiovascular y de fracturas patológicas por osteoporosis”.

TERCERO.- El 12 de junio de 2020 se solicita a la reclamante que subsane su solicitud y aporte una copia del Libro de Familia para comprobar que goza de la legitimación activa necesaria.

CUARTO.- Con fecha 26 de junio de 2020 la interesada presenta un escrito en el que manifiesta que actúa en su propio nombre y personal derecho y en nombre y representación de D.^a Z (viuda del finado) y de D. --, D. -- y D.^a --, hijos también del fallecido.

Por lo que se refieren a la valoración del daño por el que reclaman, lo concretan en 176.850,03 €, euros, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, de acuerdo con su Disposición Adicional Tercera, y con arreglo al siguiente desglose:

- 92.407,35 € para la viuda.
- 21.110,67 € para cada uno de los cuatro hijos del paciente fallecido, lo que hace un subtotal (21.110,67 x 4) de 84.442,68 €.

Con el escrito citado aportan una copia compulsada notarialmente del Libro de Familia.

QUINTO.- El 30 de junio de 2020 se requiere a la interesada para que acredite la representación con la que dice intervenir en el procedimiento en nombre de su madre y en el de sus hermanos.

A tal efecto, el 17 de julio siguiente presenta un escrito con el que aporta la copia de la escritura del apoderamiento conferido a su favor por dichos familiares.

SEXTO.- La reclamación se admite a trámite el 5 de agosto de 2020 y al día siguiente se comunica este hecho a la correduría de seguros del SMS para que lo ponga en conocimiento de la compañía aseguradora correspondiente.

SÉPTIMO.- El 14 de octubre de 2020 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y a la correduría de seguros para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

OCTAVO.- Se recibe el 4 de noviembre siguiente el informe realizado el 24 de octubre de ese año, a instancia de la compañía aseguradora, por un médico, doctor en Medicina y especialista en Urología, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1º El seguimiento del paciente por su cáncer de próstata lo considero correcto y ajustado a las guías clínicas.

2º La no realización de un Uro-Tac para el estudio de la hematuria no tuvo trascendencia ya que en los siguientes TAC dicha imagen no se menciona, probablemente debido a una falsa imagen de la ecografía.

3º El manejo de la uropatía obstructiva lo considero correcto y ajustado a protocolo.

4º En el ingreso del 18-6-18 ya que tenía un PSA de 40 se le debería de haber realizado un estudio de extensión tumoral con TAC y Gammagrafía ósea.

5º Al no tener el informe radiológico de la TAC no puedo saber si las adenopatías el radiólogo las consideraba patológicas o no.

6º El inicio de la deprivación hormonal fue correcto siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas (paciente sin metástasis u oligometastático y PSA mayor de 50), así como el tratamiento posterior cuando el tumor se hizo resistente a la castración.

7º El posible retraso en la realización de un Uro-Tac, de la realización de un PSA o del tratamiento con deprivación androgénica no supuso para el paciente una pérdida de oportunidad, ya que la deprivación androgénica precoz no produce un aumento en la supervivencia comparada con su administración diferida (cuando el paciente presente síntomas)”.

NOVENO.- El 14 de enero de 2021 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que crean convenientes.

DÉCIMO.- El 4 de mayo de 2021 un abogado, actuando por cuenta de los reclamantes, presenta un escrito en el que manifiesta que sus clientes han tenido conocimiento del dictamen médico pericial realizado a instancia de la compañía aseguradora del SMS en el que se concluye que no se produjo para el enfermo fallecido ninguna pérdida de oportunidad.

Sin embargo, advierte que los interesados mantienen la imputación de mala praxis y, en consecuencia, de pérdida de oportunidad. Y, a tal efecto, advierte que, a propuesta de esa parte, se está elaborando un dictamen pericial médico por parte de un médico especialista, a fin de poder cuantificar la responsabilidad extracontractual de la Administración sanitaria, pero que no se puede concretar cuando se dispondrá de él y se podrá aportar a las actuaciones.

UNDÉCIMO.- Con fecha 20 de mayo de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 26 de mayo de 2021.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral se ha interpuesto por la viuda y los hijos del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia que se ha presentado, a tal efecto, del Libro de Familia.

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

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 6 de junio 2019 y la solicitud de indemnización se presentó el 11 de mayo del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha aportado la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los reclamantes no han presentado ningún informe pericial que les permita sostener la realidad de sus imputaciones, a pesar de que hayan anunciado que lo aportarían.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). 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 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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Ya se ha expuesto con anterioridad que los reclamantes solicitan una indemnización conjunta de 176.850,03 € como consecuencia del daño moral que les causó el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, el 6 de junio de 2019 en el HGRS.

Consideran que los facultativos del Servicio de Urología de ese hospital infringieron las exigencias propias de la *lex artis ad hoc* dado que, expuesto de manera sintética, a) no se le realizó al paciente un tacto rectal y una

prueba de antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) cuando se le ingresó, por vez primera, el 16 de mayo de 2018; b) No se alcanzó un diagnóstico etiológico de la hematuria que padecía; c) En una segunda ocasión, no se le realizó un PSA hasta el 22 de junio de 2018, aunque había ingresado cinco días antes; d) No se le pautó un tratamiento para el cáncer de próstata que padecía hasta después de que se le hiciera una tomografía axial computarizada (TAC), y e) No se le prescribió un tratamiento para el cáncer de próstata hasta agosto del 2018, lo que consideran que empeoró el pronóstico.

Sin embargo, los reclamantes no han aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que sirva para avalar las imputaciones que realizan, a pesar de que anunciaron que lo harían y de que así lo exige el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el principio de distribución de la carga de la prueba y que resulta de aplicación plena en el ámbito de los procedimientos administrativos.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento un detallado y extenso informe realizado por el urólogo que asistió al enfermo en el HGRS y, por su parte, la compañía aseguradora del SMS ha aportado un informe pericial elaborado por otro facultativo que comparte la misma especialidad médica.

El análisis de la documentación clínica traída al procedimiento y de esos dos informes citados permite entender que el familiar de los reclamantes, que tenía 81 años en ese momento, había sido tratado con radioterapia de un cáncer de próstata en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* de Murcia, en el año 2001, y objeto de un seguimiento muy activo durante los años 2016 y 2017.

En el informe del especialista del HGRS se explica que la realización de una prueba de PSA está desaconsejada cuando existe una infección del tracto urinario y, aún más, si se ha producido -como en este caso- un traumatismo previo. Lo mismo sucede cuando el paciente se ha sometido a un sondaje vesical reciente. Además, se destaca que no era necesario realizar ningún tacto rectal porque la enfermedad neoplásica del enfermo ya era conocida.

De igual forma, y acerca de la falta de determinación de la causa de la hematuria, se expone que en este supuesto no se podían realizar estudios radiológicos porque los sangrados producen coágulos que se pueden interpretar como procesos tumorales. Debido a esta circunstancia, se recomienda hacer los estudios para tratar de precisar la causa de una hematuria cuando ésta ya ha cesado, que es lo que se hizo en este caso.

Asimismo, se detalla que después del primer ingreso se solicitaron nuevas pruebas de PSA para conocer el estado en que se encontraba el cáncer de próstata que padecía el familiar de los reclamantes.

Seguidamente, se precisa que, durante el segundo ingreso, provocado por una obstrucción uretral, se llevó a cabo (22 de junio de 2018) una determinación de PSA que resultó sorprendente, pues no guardaba relación con los resultados previos, y que hacía sospechar de una recidiva del cáncer citado. El 26 de junio se efectuó un estudio de la extensión tumoral mediante TC TAC, que informó de la presencia de adenopatías de 13 y 12,7 mm en las cadenas ilíacas.

Tras el alta se solicitó una nueva determinación de PSA, que se realizó el 25 de julio de 2018, y que sirvió para confirmar la recidiva tumoral, por lo que se implantó un tratamiento hormonal de primera línea.

Se añade que, pese a que se alcanzaron unos buenos resultados iniciales, se evidenciaron más tarde unas lesiones metafísicas óseas nuevas. Y se explica, por último, que una resistencia tumoral temprana impidió que se respondiera satisfactoriamente al tratamiento que se había iniciado, que era correcto.

Unas consideraciones similares se contienen en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS. Así, se indica en él, en primer lugar, que la última prueba de PSA se le había realizado al paciente en septiembre de 2017 y que, de acuerdo con lo que prescriben las guías médicas de aplicación, el siguiente análisis no se le tenía que repetir hasta que hubiese transcurrido un año, esto es, hasta septiembre de 2018. Esta circunstancia permite al perito entender que el seguimiento del cáncer de próstata que había padecido el enfermo fue correcto (Conclusión 1ª) y ajustado a la normopraxis exigible.

Asimismo, se argumenta que, durante el primer ingreso del enfermo, en junio de 2018, padecía una insuficiencia renal obstructiva, con una creatinina de 3,2 y un PSA de 40. Correctamente se procedió a la derivación urinaria mediante nefrostomía bilateral percutánea, lo que el perito considero correcto y ajustado a protocolo (Conclusión 3ª).

A continuación, se relata que el 25 de julio de 2018 se conoció el resultado de PSA de 55,35 ng/ml por lo que, correctamente, en el mes de agosto siguiente se pautó un tratamiento con deprivación androgénica y de igual forma se siguió un tratamiento correcto cuando se hizo evidente que el tumor era resistente a la castración (Conclusión 6ª).

En la última Conclusión (7ª) se explica que el posible retraso en el que se pudo incurrir en la realización de un URO-TAC, en la realización de un PSA o en el inicio del tratamiento con deprivación androgénica no supuso para el paciente una pérdida de oportunidad, ya que la deprivación androgénica precoz no produce un aumento en la supervivencia comparada con su administración diferida, es decir, cuando el paciente ya presenta síntomas.

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso, no se actuó con infracción alguna de la *lex artis ad hoc* sino dentro de los márgenes de la más estricta normalidad asistencial. Así pues, pese al lamentable desenlace que se produjo, se debe entender que no existe relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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

CONCLUSIÓN

UNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños que se alegan, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.