

En Logroño, a 10 de octubre de 2007, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José M^a Cid Monreal y D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortíz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

105/07

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido inicialmente por D. F. V. C. como consecuencia de la existencia de opiniones contradictorias y cambios de criterio del servicio Riojano de Salud, sobre la posibilidad de intervención de un cáncer de vejiga.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 15 de marzo de 2006 tiene entrada en el Registro General del Complejo Hospitalario *San Millán San Pedro* escrito firmado por D. F. V. C. (folios 2 y 3 del expediente administrativo). En él relata los sucesivos actos médicos e intervenciones quirúrgicas a los que fue sometido su padre como consecuencia de un tumor en la vejiga: Desde agosto de 2002 hasta octubre de 2005:

" Ha sido operado por el mismo motivo en cinco ocasiones, llevando el tratamiento habitual en estos casos. En todas ellas, se analizaba el tumor y éste, cada vez se hacía mas agresivo y extenso"... "En abril de 2005, uno de los Doctores del equipo de Urología le pone un tratamiento, diciendo que, si no respondía bien al mismo, se le operaría quitándole la vejiga y así quedaría resuelto el problema"

"En octubre de 2005 mi padre ingresa por Urgencias, vuelven a intervenirle y, durante su larga estancia en el hospital, pierde 20 kilos de peso, le ponen 7 transfusiones de sangre, puesto que el "suero lavador" no conseguía cortar las hemorragias totalmente, y su moral cada día que pasaba era más baja"

"En septiembre de 2005, en una reunión con el equipo Médico de Urología del Hospital, se nos "indicó que había que esperar hasta su desenlace, con la perspectiva de procesos frecuentes de ingresos en el centro hospitalario y prácticamente ninguna calidad de vida".

"En esa situación (continúa exponiendo), teniendo en cuenta la gravedad del diagnóstico; las opiniones, en algunos casos contradictorias, de los miembros del equipo médico, no sólo respecto del diagnóstico final sino las expresadas con anterioridad a lo largo de todo el proceso; la ineficacia del tratamiento, que incluso no se le podía administrar, lo que, a su vez generaba expectativa dolorosa de unos próximos meses de incertidumbre; el deterioro progresivo y ostensible de la salud de mi padre que habiendo ingresado en el hospital caminando se encontraba postrado en cama en situación tanto física como psíquica seriamente preocupante e incluso alarmante; todo lo cual nos producía desconfianza y duda razonable sobre el cambio de criterio respecto de la posibilidad o no de operación; estimamos la conveniencia de disponer de un segundo criterio médico que solicitamos en escrito de fecha de 27 de septiembre de 2005 y fue denegada por escrito de fecha 5 de octubre de 2005".

Indica que, a la vista de todo ello, acudieron a un centro privado en que su padre fue intervenido, dándole el alta diez días después, habiendo "ganado notablemente en calidad de vida". Por todo ello afirma:

"El equipo médico que atendió a mi padre en el Hospital San Millán, en esta ocasión, no ha actuado apropiadamente y, por ello, nos ha causado a mis padres y a toda mi familia... y que, además, su actuación ha conllevado la necesidad de realizar por nuestra parte un desembolso económico muy elevado, cuando en dicho centro hospitalario se dispone de los medios humanos y materiales adecuados para no haber llegado al deterioro tan notable en el estado de salud de mi padre y, consecuentemente, en el de mi madre".

Por estos motivos solicita: *"Que sea concedida a mis padres una indemnización que compense los daños padecidos, cuyo importe estimo en 45.000 €"*

Al escrito de reclamación se adjunta:

- En primer lugar, un informe clínico del Servicio de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud, de fecha 10 de marzo de 2006, en el que se describen los problemas de salud del paciente, D. J. I. V. M..

- En segundo lugar, el escrito de contestación por el que se desestima su petición de solicitar una segunda opinión médica en el Servicio de Oncología- Urología de un Centro sanitario de Pamplona o Santander, de 3 de octubre de 2005 (la solicitud de traslado a petición propia consta en el folio 92 del expediente).

- Por último, el informe médico de la Clínica universitaria de Navarra (CUN) en el que se diagnostica *"Carcinoma de urotelio vesical (pT4 No M1)"* y según el cual, como tratamiento indicado *"Seguirá las indicaciones dadas por el Departamento de oncología para iniciar tratamiento con quimioterapia. Asimismo seguirá las indicaciones del Departamento de Cardiología"* (folios 4 a 9).

La reclamación es remitida a la Secretaría General Técnica, de la Consejería de Salud, con fecha 21 de abril de 2006 (folio 10).

Segundo

Acreditada la representación del reclamante en tiempo y forma (folios 10 a 12), el Secretario General Técnico, por delegación del Consejero de Salud, mediante Resolución de 30 de mayo de 2006, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo (folio nº 13 del expediente), lo que se comunica al interesado, el 2 de junio de 2006, en cumplimiento y a los efectos de lo dispuesto en la legislación de procedimiento administrativo común (folios 14, 15 y 15 vto. del expediente).

Tercero

La Instructora, mediante escrito de 2 de junio de 2006 –reiterado el 2 de julio de 2006–, solicita de la Dirección Gerencia del Área II, *Rioja Media*, Hospital *San Millán* "cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de urología del Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro*"; "*copia de su historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente*", y en particular el "*informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que reclama D. J. I. V. M.*" (folio 16 y 17),

Cuarto

La Dirección Gerencia del Área II (Asesoría Jurídica), con fecha 27 de julio de 2006 remite la información solicitada (folio 18). Incluye el Informe del Dr. M. C. que indica:

"El paciente, el día 7- 10-05, solicitó el alta voluntaria del Hospital." Adjunta "*informe de dicha alta donde se establece cronológicamente la situación clínica del paciente*" y cuyo diagnóstico es: "*TM. Vesical infiltrante con extensión ganglionar*" (folio 19, 20 y 21))

Ante la insuficiencia de la documentación aportada para la resolución del expediente, la Gerencia del Área II *Rioja Media*, mediante comunicaciones internas de 28 de julio de 2006, 13 de noviembre y 13 de diciembre de 2006, solicita de nuevo la documentación indicada (folios 22 a 24).

El 23 de enero de 2007 se remite dicha documentación (folio 25). En particular:

1. Informe del Dr. M. C., jefe del Servicio de Urología, de 17 de enero de 2007 (folio 26 y 27 del expediente), que expresa literalmente los siguientes datos:

"A. *PERSONALES*:

Diabetes mellitas en tratamiento con insulina; HTA; bypasse femoral bilateral por isquemia de extremidades inferiores que motivó la amputación de falange del pie derecho hace, aproximadamente, 5 años; cirugía de cataratas; dislipemia; no alergias; fumador (exfumador) superior al paquete y medio diario; tratamiento anticoagulante: insuficiencia renal leve

B. HISTORIA URO-ONCOLÓGICA:

Valorado en Consultas Externas de urología en mayo de 2002 por hematuria con síndrome miccional, tras las pruebas complementarias pertinentes, es diagnosticado de tumor vesical de gran tamaño, por lo que el día 5-8-02, y posteriormente el 30-8-02 es intervenido quirúrgicamente mediante Reacción transuretral.

*Anatomía patológica: **Carcinoma urotelial grado P1 G2 LO**, por lo que se instaura protocolo con Quimioterapia endovesical a base de Mitomicina C. Posteriores controles en consulta de Uro-Oncología (cistoscopias) El 18-marzo 2003, de nuevo RTU de amplio TM. Vesical. Anatomía patológica: **Carcinoma de células transicionales grado P1 G2 LI**. El 24-4-03 sigue controlándose en consultas de Uro-Oncología siguiendo protocolo con Mitomicina. En control posterior con cistoscopia (24-11-03) no se evidenció imagen de Tumor vesical.*

*En mayo de 2005, es nuevamente valorado en consultas por hematuria (sangre en orina) por lo que al paciente se le realizan citologías urinarias que resultan compatibles con carcinoma . El día 30-06-2005, se realiza RTU de masa de suelo vesical y biopsias vesicales múltiples. Anatomía patológica: **Carcinoma de células transicionales de vejiga P1 G2 LI** y mucosa vesical infiltrada por carcinoma de células vesicales en varias de las biopsias vesicales. Se comienza tratamiento con inmunoterapia de base de BC que suspende en la cuarta semana porque el paciente es ingresado nuevamente en el hospital.*

*El 8-9-2005 se le realiza nueva RTU, evidenciando una tumoración de aspecto infiltrante. Anatomía patológica: **Carcinoma de células transicionales** pobremente diferenciado, que afecta a la capa muscular vesical, así como a la uretra prostática y al cuello vesical. **PT4a G3**.*

*En el estudio de estadiaje por escaner, es valorado en el postoperatorio inmediato apreciando infiltraciones de grasa perivesical y adenopatías retroperitoneales lateroaórticas e interoaortocavas, así como **derrame pericárdico**. Ganmagrafía ósea: demuestra actividad osteoblástica difusa que afecta el tercio proximal del fémur derecho que podría sugerir Enfermedad de Pager*

*Ingreso procedente de urgencias (1-10-05), por hematuria con síndrome febril e insuficiencia renal. Instaurado el tratamiento pertinente, se comentó el caso en sesión clínica y se consideró a la enfermedad tumoral que padecía el paciente como extendida locorregionalmente y a distancial, por lo que la cistectomía con intención curativa se desestimó por no estar indicada (situación que se ha confirmado en la evolución posterior del paciente) Valorado con el S. de Oncología se opta por la realización de tratamiento con **quimioterapia+/-radioterapia**. La familia decide consultar en otro centro y solicita el alta voluntaria el día 7- octubre-2005*

- Se adjuntan los datos de los profesionales del Servicio de Urología intervinientes en la atención prestada a D. J. I. V. M.. (folios 28 a32 del expediente).

- 2. Informe de la Doctora V. de M., del servicio de Oncología, de 15 de diciembre de 2005 (folios 36 a 38 del expediente), del siguiente tenor literal:

*"Paciente remitido por su Médico de cabecera tras diagnóstico de **afectación pulmonar secundaria a neoplasia urotelial de vejiga.***

ANTECEDENTES PERSONALES:

DM tipo 2. En la actualidad sigue tratamiento con insulina por descompensación tras tratamiento con corticoides. Dislipemia. By-pass femoral bilateral. Amputación de falanges de pie derecho por isquemia hace cuatro años. No alergias conocidas. Actualmente en tratamiento con: insulina 40-28-18, Urbasón 4 mg. en pauta descendente. Diagnosticado recientemente de cataratas

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Su madre falleció de neoplasia gástrica a los 59 años.

HISTORIA ONCOLÓGICA:

*Desde agosto-02 en varias ocasiones, RTU de carcinoma urotelial superficial de vejiga. Ha seguido tratamiento con **quimioterapia intravesical.***

Con fecha 13 de junio-05, se realizó una RTU (Servicio de Urología –Hospital San Millán/San Pedro- de Logroño) de una masa situada en suelo vesical dependiente de próstata con diagnóstico de carcinoma urotelial de vejiga T2 G3. Precisó ingreso por hematuria y retención urinaria, realizándose varias transfusiones de concentrados de hematíes.

El paciente con posterioridad fue estudiado en la Clínica Universitaria de Navarra. 10 de octubre-05: TAC TORACO-ABDOMINAL: Neoplasia vesical con extensión extravesical (hasta uretra prostática). Intervención quirúrgica: el 11 de octubre-05, se realizó una cistoprostatectomía radical con linfadenectomía de hilio obturatriz. Informe histopatológico: carcinoma urotelial vesical pobremente diferenciado con diferenciación escamosa focal, bordes negativos, 7 ganglios resecaados libres (pT4pN0pMx).

PET (9/11/2005): tres lesiones en pulmón, la mayor de 4 cm. En LSI, adyacente al mediastino, otra próxima de 2 cm. En pulmón derecho nódulo de tres cm. Se observan también otras captaciones a nivel de pelvis compatibles con la eliminación de radiofármaco.

En la actualidad el paciente acude para valorar tratamiento con Quimioterapia. Se encuentra asintomático. Perdió bastante peso durante los ingresos hospitalarios, pero de forma progresiva va recuperando el apetito, el peso y la actividad. Anda 2 Km. todos los días. En el postoperatorio, presentó pericarditis, por lo que ha seguido tratamiento con corticoides en la actualidad en pauta descendente.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Buen estado general, no adenopatías. ACP normal. Abdomen: cicatriz de laparotomía con pequeña herida abierta, pendiente de cicatrización. Derivación urinaria en pared abdominal. Resto sin hallazgos. En la actualidad se solicita Analítica, TAC y RX; va a iniciar tratamiento con QT con CDP mas Gemcitabina".

JUICIO CLÍNICO: CA. UROTELIAL DE VEJIGA, METASTASIS PULMONARES. CISTECTOMÍA."

- 3. Informes de alta hospitalización del Dr. P. R., del Servicio de Urología, de 22/09/2005 y 7/10/2005 (folios 39 y 40 del expediente), el último de los cuales textualmente expresa:

ANTECEDENTES:

"HTA. DM tipo II. By-pass aorto bifemoral; no alergias conocidas. Dislipemia.

Antecedentes Urológicos: presenta múltiples resecciones de Tm. Vesical con tratamiento complementario con BCG: Última resección en septiembre 2005 con resultado anatomopatológico de Ca. Transicional de orotelio PT2 G3. en estudio de diseminación con scanner presenta gran tumoración vesical con infiltración de grasa perivesical (T3) y presencia de adenopatías retroperitoneales latero-aórticas e inter-aortocavas

Gammagrafía ósea muestra actividad osteoelástica difusa que afecta a todo el tercio proximal del fémur derecho, que podría sugerir enfermedad de Paget.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Ingres a Urgencias por cuadro de hematuria+síndrome febril e insuficiencia renal (Creatinina 2,4); en analítica de control presenta anemia (hemoglobina 7,4, y hematocrito 22,3): la ecografía muestra una vejiga de gran tumoración vesical de 9,5 cm. Asociada a coágulos; se realiza transfusión sanguínea. Último control de hematocrito el día 5-10: Hemoglobina 9,5cm. y Hematocrito 29,4.

Se comente el caso en sesión clínica planteando como opciones intento de RTU iterativas con carácter paliativo, asociado a tratamiento quimioterápico y radioterápico (valorado también por S. de Oncología) también con carácter paliativo. Se descarta la cistectomía por agresividad de la cirugía por no presentar carácter curativo, dado de estadiaje de la tumoración. Se considera la opción de cistectomía de salvamento, planteando su dificultad por la cirugía previa de By-pass aorto-femoral y por haberse controlado actualmente la hematuria.

La familia, tras comentar el caso en otra entidad sanitaria privada decide alta del paciente para tratamiento del mismo en dicha entidad.

El paciente es dado de alta portando sonda vesical con orina clara y presentando febrícula (37,5), encontrándose en tratamiento con Augmentine por cuadro de infección urinaria que finaliza en el día de hoy.

EVOLUCIÓN CLÍNICA: Favorable.

DIAGNÓSTICO: **TM. VESICAL INFILTRANTE CON EXTENSIÓN GANGLIONAR."**

- 4. Protocolo Quirúrgico de la intervención practicada al paciente con fecha

08/09/2005, por el cirujano, Doctor Soria Ruiz, con resultado."Queda tumor" (folio 41 del expediente).

- 5. Informe de la biopsia practicada a D. J. I. V. M. el 12/09/2005, con diagnóstico:

"A) VEJIGA (TRU): Carcinoma de células transicionales pobremente diferenciado, con patrón de crecimiento sólida. El tumor infiltra lámina propia y capa muscular. Estadio UICC: pT2, G3

B) URETRA PROSTÁTICA- CUELLO VESICAL (BIOPSIA): Carcinoma de células transicionales pobremente diferenciado, de patrón predominantemente sólido"

- 6. Informe de Radiología de 12/09/2005 que realizado "tras la administración de contraste oral e intravenoso" confirma, entre otros extremos, la "tumoración de partes blandas...correspondiente al carcinoma vesical ya conocido", "derrame pericárdico", "Bypass bifemoral", etc. (folio 44).

- 7. Informe de Medicina Nuclear de 15/09/2005, cuyo "juicio clínico" ratifica el "Patrón gammagráfico que nos sugiere una *enfermedad de Paget* monostática de fémur derecho" (folio 45 del expediente).

- 8. Partes de la Historia y evolución clínica del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro*, correspondientes a D. J. I. V. M. (folios 46 a 60 del expediente), que confirman las patologías anteriormente expuestas, e Informe de alta de Hospitalización de 07/07/2005 (folios 46 a 61 del expediente).

Quinto

El 29 de enero de 2007, la instructora traslada el expediente para informe de la Inspección Médica (folio 63 del expediente), que - tras solicitar "informe de la evolución y situación clínica actual del mismo (D. J. I. V. M.) desde el 15/12/2006, fecha del último Informe de oncología, el día 28 de febrero "(folio 68)- lo emite el 14 de marzo de 2007 (folios 64 a 67 del expediente).

Consta en el Informe solicitado, de fecha 09/03/2007 (folio 69 del expediente), que:

En las exploraciones realizadas (diciembre-05) el paciente presenta como diagnóstico clínico "Metástasis pulmonares a varios niveles, de carcinoma urotelial infiltrante de vejiga".

"El paciente inició en diciembre-05 tratamiento con quimioterapia con Cisplatino y Gemcitabina, la tolerancia hematológica fue mala, presentando anemia y trombopenia.

*Enero-06, ingresó por **infarto agudo de miocardio**. Prosiguió tratamiento con quimioterapia, esta vez con carboplatino y Gemcitabina, cursando también con **trombopenia**.*

*En marzo -06, nuevo ingreso en Cardiología por **disnea con arritmia** compli(cada)con **fibrilación auricular y derrame pericárdico** sin afectación hemodinámica.*

*En mayo-06 fue nuevamente valorado, presentaba **mal estado general**, por lo que decidió suspender **definitivamente el tratamiento de quimioterapia**, pauta tratamiento paliativo, siendo remitido entonces a la Unidad de Cuidados Paliativos.*

*Según consta en el informe emitido con fecha 10 de junio-06, por la Unidad de Cuidados Paliativos, el paciente **falleció** con fecha 25 de junio-06"*

Sexto

En el Informe de la Inspección Médica, a la vista de la reclamación planteada, de la Historia Clínica del servicio de atención especializada –Nº 287.383-; de los Informes de la CUN, que se incorporan a los folios 71 a 91 del expediente, y se obtienen petición de la Inspección Médica (folio 70); así como del precitado Informe del Servicio de Oncología del Hospital *San Millán* de la Rioja, de 9 de marzo de 2007, se obtiene como "síntesis conclusiva" que:

1ª.- " La asistencia sanitaria prestada por parte del servicio de Traumatología del Hospital San Millán ha sido correcta y adecuada a la patología del paciente indicándose y realizándose, a lo largo del proceso, varias IQ mediante RTU con posterior tratamiento de QMT intravesical y BCG, realizándose controles periódicos y sistemáticos

2ª.- Que posteriormente, ante la evolución progresiva de la enfermedad, es cuando se valora posibilidad de una cistectomía, pero que finalmente no se decida llevarla a cabo, indicando tratamiento paliativo en base a la extensión locorregional y a distancia del proceso tumoral y a los antecedentes del paciente.

3ª.- El paciente, por iniciativa propia y/o de su familia decide consultar una segunda opinión, acudiendo a la CUN donde tras los estudios pertinentes, deciden IQ, realizándose cistectomía radical con linfadenectomía ilioobstétrica y derivación urinaria tipo vejiga ileal, indicándose posteriormente tratamiento con QMT, que se realiza en el Servicio de oncología del Hospital San Millán, con evolución desfavorable hasta su fallecimiento.

4ª Que el paciente es quien ante alternativas terapéuticas diferentes opta por una u otra, en este caso por la IQ radical en una clínica privada, lo que no implica que haya habido una denegación de asistencia o que la actuación del Servicio de Urología del Hospital San Millán haya sido inapropiada o incorrecta.

En base a lo anteriormente expuesto, esta Inspección considera que la actuación del Servicio de Urología del Hospital san Millán así como la asistencia prestada ha sido correcta y adecuada a la lex artis en todo momento, siendo el paciente el que decide legítima y voluntariamente optar por otra alternativa terapéutica"

Copia del informe, con la misma fecha 29 de enero de 2007 se remite a Z. España (folio 62 del expediente).

Séptimo

Consta informe médico suscrito por el Doctor D. F. H. A., Jefe del Servicio de Urología del Hospital General Universitario *Gregorio Marañón* de Madrid -actuando como perito, a los efectos de lo previsto en el Art. 335 de la Ley de Enjuiciamiento Civil"- para DICTAMED I&I SL, Asesoría Médica, emitido a solicitud de ASJUSA en relación con la reclamación de D. J. I. V. M., de fecha 7 de junio de 2007, sobre "indemnización por daños morales y físicos al no realizarle en la sanidad Pública una cistectomía radical paliativa" (folios 97 a 103 del expediente administrativo). Tras la relación de documentación analizada, el resumen de hechos y las consideraciones médicas oportunas, señala como conclusiones:

"1.-El paciente fue correctamente diagnosticado y tratado mediante RTU (resección transuretral) en agosto de 2002 de una tumoración vesical superficial (no infiltraba el músculo de la vejiga). También de forma correcta, se le realizó profilaxis de las recidivas mediante Mitomicina C.

2. El carcinoma vesical tiene una gran tendencia a la recidiva (aparición de nuevos tumores en el tiempo) y a la progresión (infiltración del músculo de la vejiga o aparición de metástasis)

3. En marzo-03 y junio-05, presentó recidiva superficial de la tumoración, siendo correctamente tratadas mediante RTU iniciándose en ambos casos profilaxis de las recidivas (Mitomicina C y BCG).

4. En Agosto de 2005, fue diagnosticado mediante RTU y TC, de carcinoma vesical localmente avanzado (afectación de la próstata y la grasa perivesical), con posibles metástasis en ganglios linfáticos (aumento patológico de los ganglios linfáticos en el TC).

5. La enfermedad localmente avanzada se considera incurable. A estos pacientes sólo es posible ofertarles tratamiento paliativo para los síntomas, ya que la supervivencia es muy corta.

6. De forma correcta en Sesión Clínica se valoraron las posibles opciones paliativas (no curativas, ya que no era posible), cistectomía frente a RTU iterativas mas quimioterapia y radioterapia. Se descartó la cistectomía (técnica muy agresiva con elevada mortalidad -6%- y morbilidad -50% -debido a la patología previa del paciente.

7. El paciente solicitó el alta voluntaria y fue valorado en un centro Privado (CUN), donde, después de la realización de un estudio de extensión fue diagnosticado de lo mismo que en la sanidad Pública y además metástasis pulmonares múltiples.

8. La enfermedad metastásica se considera incurable y los distintos tratamientos (quimioterapia y radioterapia) no han demostrado ninguna mejora en la supervivencia.

9. Al paciente en la CUN se le realizó una cistectomía radical paliativa en octubre de 2005.

10. El paciente falleció el 25-6-06

11. La actuación de todos los profesionales implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose "estado del arte" de la medicina y cumpliendo en todo momento con la Lex artis ad hoc"

"Todas las valoraciones clínicas, estudios, diagnósticos y decisiones terapéuticas llevadas a cabo por los médicos del Servicio Público Nacional fueron correctas".

Octavo

La Instructora, mediante escrito de 14 de junio de 2007 (Folio 104 del expediente administrativo), notificado el 21 de junio (folio 105 y 105 vto.) da trámite de audiencia a al interesado y, según consta en la correspondiente diligencia, de fecha 25 de junio de 2007 (folio 106 del expediente), pone a disposición del afectado el expediente derivado de la reclamación formulada, que consta de 104 folios y le recuerda el plazo del que dispone para *"formular alegaciones y presentar los documentos que estime pertinentes"* (folio 106).

Noveno

Mediante escrito de fecha 5 de junio de 2007 - registro de entrada del siguiente día 9-, D. F. V. C., *"una vez examinada la copia del expediente de responsabilidad patrimonial ... y no estando de acuerdo con las conclusiones tomadas tanto en el informe de la Inspección como en el dictamen médico"* procede a formular las aclaraciones y alegaciones que estima pertinentes (folios 107 y 108).

En él cuestiona el contenido del informe de alta-hospitalización, de 7 de octubre de 2005, en el sentido de no aceptar el "control de la hematuria" al que se refiere dicho informe como "justificación de no realizar la cistectomía".

Asimismo, pone en tela de juicio las conclusiones 2ª y 3ª del Informe de la Inspección Médica, básicamente por entender que, de una parte, en agosto de 2005 pudo haberse dado *"opción al paciente y/o los familiares de decidir la posibilidad de operar o no, asumiendo tal riesgo"* y, de otra parte, que *"no se indica nada en dicho informe de la denegación del derecho a obtener una segunda opción", "como tampoco se dice nada del resultado de la intervención en la clínica privada"*; por todo lo cual se reitera en las afirmaciones sobre la calidad de vida que su padre alcanzó tras la intervención quirúrgica practicada en la clínica privada y en que *"el funcionamiento del servicio público causó un desembolso económico muy elevado, que motivó la solicitud de indemnización económica origen de este expediente"*

Décimo

Con fecha 16 de julio de 2007 –registro de salida del mismo mes y día - se remite, desde el Servicio de Atención al Usuario al Servicio de Asesoramiento y Normativa, *"para su incorporación al expediente de Responsabilidad Patrimonial, informe de la Inspección en relación con el escrito de alegaciones presentado por D. J. I. V. M."*(folio 109 del expediente administrativo).

La Inspección, *"una vez valoradas las alegaciones presentadas... con fecha de*

registro de entrada 28/6/2007...se ratifica en el informe emitido al no aportar la interesada ningún dato nuevo que no se haya tenido en cuenta cuando se realizó el informe de Inspección correspondiente" (folios 110 y 111 del expediente).

Undécimo

Una vez concluido el Trámite de audiencia, el 30 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa redacta propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por D. J. I. V. M., *"porque no se pueden imputar a la Administración los daños padecidos"* (folios 113 a 124 del expediente administrativo).

Duodécimo

El Secretario General Técnico de la Consejería de Salud, mediante escrito de 30 de agosto de 2007 –registro de salida del mismo día-, solicita informe al Director General de los Servicios Jurídicos, siendo éste emitido por el letrado correspondiente, el 12 de septiembre de 2007, en el sentido de "informar favorablemente el informe- propuesta remitido", "dado que no existe daño efectivo que sea imputable a una conducta antijurídica de la Comunidad Autónoma de La Rioja" (folios 125 a 132 del expediente administrativo).

Antecedentes de la Consulta

Primero

Por escrito de 24 de septiembre de 2007, registrado de entrada en este Consejo el día 1 de octubre de 2007, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 1 de octubre de 2007, registrado de salida el siguiente día 2 de octubre de 2007, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el Dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €. Al ser la cuantía de la presente reclamación superior a 600 €, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente

desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un *daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido "ilícita") y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*.

Y es que en materia sanitaria, la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de

salud es de *medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Tercero

La responsabilidad de la Administración en el presente caso.

En el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, se trata de dilucidar si existió negligencia médica o un mal funcionamiento de la Administración Sanitaria en la atención dispensada a D. J. I. V. M. puesto que, según su hijo, que interviene en este procedimiento como reclamante, se produjo una *"actuación inapropiada"* de los Servicios Médicos del Hospital *San Millán* de La Rioja, especificada en *"las opiniones en algunos casos contradictorias de los miembros del equipo médico, no sólo respecto del diagnóstico final, sino las expresadas con anterioridad a lo largo de todo el proceso y la ineficacia del tratamiento que incluso no se le podía administrar"* (folio 3, escrito de reclamación); todo lo cual causó un deterioro progresivo de la salud de su padre, produjo daños morales a la familia y llevó a la necesidad de realizar una intervención quirúrgica en una clínica privada, *"pese a tener los medios y equipo necesario en el Hospital San Millán"*, tras la cual el paciente *"recuperó una vida prácticamente normal de jubilado"*. En opinión del reclamante *"el funcionamiento del Servicio Público causó un desembolso económico muy elevado, que motivó la solicitud de indemnización económica origen de este expediente"* (folio 108, escrito de alegaciones en trámite de audiencia).

Estas afirmaciones, sin embargo, no se corresponden con los datos que constan documentados en la historia clínica de la reclamante.

1. El historial clínico de la reclamante y la desestimación de la reclamación formulada.

Según consta en el historial clínico, cuya documentación se transcribe en el antecedente de hecho cuarto, D. J. I. V. M. presenta como antecedentes personales: exfumador de paquete y medio de tabaco diario, Diabetes mellitus, HTA, Bypass aortofemoral bilateral por isquemia de extremidades inferiores con amputación de falange de pie derecho, cataratas, dislipemia, tratamiento anticoagulante e insuficiencia renal leve.

Fue valorado por primera vez en consultas externas de urología en mayo de 2002 con un cuadro de hematuria (sangre en orina) con síndrome miccional. Tras las pruebas

complementarias pertinentes es diagnosticado de tumor vesical de gran tamaño, por lo que el día 5-8-02 y posteriormente el 30-8-02 es **intervenido quirúrgicamente** mediante **resección transuretral (RTU)**, siendo el resultado anatomopatológico "**carcinoma urotelial grado P1 G2 LO**" e instaurándose tratamiento con **quimioterapia endovesical** a base de Mitomicina. Tras la realización de posteriores controles (cistoscopias), en consulta de Uro-Oncología, el 18 de marzo de 2003 se le **interviene de nuevo** mediante una **RTU** de amplio TM. Vesical, con resultado "**carcinoma de células transicionales grado P1 G2 LI**". El 24 de abril de 2003 sigue controlándose en consultas de Uro-Oncología siguiendo protocolo con Mitomicina. En el control realizado con cistoscopia el 24 de noviembre de 2003 no se evidenció imagen de Tumor vesical.

En mayo de 2005, es nuevamente valorado en consultas por hematuria por lo que al paciente se le realizan **citologías urinarias** que resultan compatibles con **carcinoma**. El 29 de junio ingresa y es reintervenido de nuevo mediante RTU programada que se realiza al día siguiente, 30 de junio de 2005. Se le practica una nueva RTU de masa de suelo vesical y biopsias vesicales múltiples con el resultado anatomopatológico de **carcinoma de células transicionales de vejiga P1 G2 LI** y mucosa vesical infiltrada por carcinoma de células vesicales en varias de las biopsias vesicales. Se comienza tratamiento con **inmunoterapia** de base de BC que suspende en la cuarta semana porque el paciente es ingresado nuevamente en el hospital.

El 8 de septiembre del mismo año se le realiza nueva **RTU**, evidenciando una tumoración de aspecto infiltrante, cuyo resultado anatomopatológico es "**carcinoma de células transicionales pobremente diferenciado, que afecta a la capa muscular vesical, así como a la uretra prostática y al cuello vesical. PT4a G3**". En el estudio de estadiaje por escaner es valorado en el postoperatorio inmediato apreciando infiltraciones de grasa perivesical y adenopatías retroperitoneales lateroaórticas e interoaortocavas, así como **derrame pericárdico**. La realización de una Ganmagrafía ósea demuestra actividad osteoblástica difusa que afecta el tercio proximal del fémur derecho que podría sugerir enfermedad de Paget.

El día 1 de octubre de 2005 el paciente ingreso procedente de urgencias por un cuadro de **hematuria con síndrome febril e insuficiencia renal**, detectándose tras el correspondiente control analítico una **anemia**, lo que motiva la realización de una transfusión sanguínea. Realizada una ecografía, esta refleja una **gran tumoración vesical**. Se pauta el tratamiento pertinente y se comenta el caso en sesión clínica.

En dicha sesión clínica, "*se consideró a la enfermedad tumoral que padecía el paciente como extendida locoregionalmente y a distancial, por lo que la cistectomía con intención curativa se desestimó por no estar indicada (situación que se ha confirmado en la evolución posterior del paciente)*". Se planteó "*como opciones intento de RTU iterativas con carácter paliativo, asociado a tratamiento quimioterápico y radioterápico (calorado también por el S. de oncología) también con carácter paliativo. Se descarta la cistectomía por agresividad de la cirugía por no presentar carácter curativo, dado el estadiaje de la*

tumoración". Se plantea también la posibilidad de una cistectomía de salvamento, pero no se indica finalmente, debido a la dificultad por la cirugía previa del bypass aorto femoral y porque ya se había corregido la hematuria". Valorado con el Servicio de oncología se opta por la realización de tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

La familia del paciente decide consultar en otro centro y solicita el alta voluntaria el día 7 de octubre de 2005. Acude a la medicina privada (en particular a la CUN) donde, tras los estudios pertinentes, deciden practicar intervención quirúrgica, que se lleva a cabo el 11 de octubre de 2005 *"realizándose cistectomía radical con linfadenectomía ilioobsturatriz y derivación urinaria tipo vejiga ileal, indicándose posterior tratamiento con QMT, que se realiza en el servicio de oncología del hospital San Millán".*

En las exploraciones realizadas en este Hospital, en diciembre de 2005, el paciente presenta como diagnóstico clínico *"Metástasis pulmonares a varios niveles, de carcinoma urotelial infiltrante de vejiga". "Inició en diciembre-05 tratamiento con quimioterapia con Cisplatino y Gemcitabina, la tolerancia hematológica fue mala, presentando anemia y trombopenia". En enero de 2006, "ingresó por infarto agudo de miocardio".* Prosiguió tratamiento con quimioterapia, esta vez con carboplatino y Gemcitabina, cursando también con trombopenia. En marzo de 2006, ingreso de nuevo *"en Cardiología por disnea con arritmia complicada con fibrilación auricular y derrame pericárdico sin afectación hemodinámica". En mayo de 2006 "fue nuevamente valorado, presentaba mal estado general, por lo que decidió suspender definitivamente el tratamiento de quimioterapia, pauta tratamiento paliativo, siendo remitido entonces a la Unidad de Cuidados Paliativos". "Según consta en el informe emitido con fecha 10 de julio-06, por la Unidad de Cuidados Paliativos, el paciente falleció con fecha 25 de junio-06".*

Del conjunto del historial médico de la reclamante, este Consejo Consultivo extrae elementos de juicio suficientes para desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial instada por D. J. I. V. M.

2. Sobre la atención dispensada al paciente. Diagnóstico y tratamiento.

Cuanto acaba de exponerse, resultado de la transcripción de los informes emitidos, entre otros, por los Servicios de Urgencias, Urología y Oncología del Hospital *San Millán* de La Rioja, así como de los Departamentos de Urología, Endocrinología y Oncología de la CUN, se extrae que la atención prestada al paciente por el Servicios Riojano de Salud fue adecuada a su patología.

Se le practicaron las necesarias pruebas objetivas (analíticas, radiológicas, biopsias, ecografías, escaner, gammagrafías, etc), a la vista de cuyos resultados se procedió a practicar las sucesivas intervenciones quirúrgicas mediante resecciones transuretrales (RTU), transfusiones sanguíneas, etc, y se pautaron los tratamientos necesarios, ya fueran éstos, quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia.

El paciente fue correctamente diagnosticado de cáncer de vejiga para lo que se pautó el tratamiento correcto; conclusión a la que llega el Informe de la Inspección Médica al señalar que *"la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urología del Hospital San Millán fue correcta y adecuada a la patología del paciente indicándose y realizándose a lo largo del proceso varias intervenciones quirúrgicas mediante RTU con posterior tratamiento de quimioterapia intravesical y BCG, realizándose controles periódicos y sistemáticos"*.

Cuestión distinta es que, a pesar de las actuaciones médicas ajustadas a la *lex artis*, como indica el informe emitido por el Dr. H. A., *"el carcinoma vesical tiene una gran tendencia a la recidiva (aparición de nuevos tumores en el tiempo) y a la progresión (infiltración del músculo de la de la vejiga o aparición de metástasis)"*, y que la enfermedad experimentase una evolución progresiva y desfavorable hasta el fallecimiento.

En cuanto al reproche efectuado por el reclamante acerca de la negativa del equipo médico del Hospital *San Millán* a practicar una cistectomía, consta en el expediente que, ésta fue valorada en sesión clínica, planteándose diversas soluciones que fueron descartadas, entre otras razones por la agresividad de la cirugía a practicar sin valor curativo, por la dificultad que presentaba esta cirugía para dada la patología previa del paciente o por la escasa probabilidad de que resultara favorable.

En dicha sesión clínica, *"se consideró a la enfermedad tumoral que padecía el paciente como extendida locoregionalmente y a distancial, por lo que la cistectomía con intención curativa se desestimó por no estar indicada (situación que se ha confirmado en la evolución posterior del paciente)"*. Se plantearon *"como opciones intento de RTU iterativas con carácter paliativo, asociado a tratamiento quimiofarmacológico y radioterápico (valorado también por el S. de oncología) también con carácter paliativo"*; pero *"Se descarta la cistectomía por agresividad de la cirugía por no presentar carácter curativo, dado el estadiaje de la tumoración"*. Se plantea también la posibilidad de una *"cistectomía de salvamento, pero no se indica finalmente, debido a la dificultad por la cirugía previa del bypass aorto femoral y porque ya se había corregido la hematuria"*. Valorado con el Servicio de oncología *"se opta por la realización de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia"*.

A mayor abundamiento, debe tenerse en cuenta que, siguiendo con el informe del Dr. H., *"el paciente solicitó el alta voluntaria y fue valorado en un centro privado (CUN), donde después de la realización de un estudio de extensión fue diagnosticado de lo mismo que en el sanidad pública y además, metástasis pulmonares múltiples"* y, de una parte, esta enfermedad *"localmente avanzada se considera incurable"* y *"a estos pacientes sólo es posible ofertarles tratamiento paliativo para los síntomas, ya que la supervivencia es muy corta"*. *"La enfermedad metastásica se considera incurable y los distintos tratamientos (quimioterapia y radioterapia) no han demostrado ninguna mejora en la supervivencia"*. Al paciente en la CUN se le realizó una cistectomía radical paliativa en

octubre de 2005", pero *"el paciente falleció el 25-6-06"*; lo que pone de relieve que el tratamiento quirúrgico dispensado no garantizaba un mejor pronóstico de supervivencia.

Consecuentemente con lo anteriormente expuesto, de la propia historia clínica del reclamante se desprende que la praxis médica llevada a cabo por los Facultativos del Servicio Riojano de Salud fue correcta y ajustada a la *lex artis* médica, dado que, además, como se ha dicho al exponer la doctrina de este Consejo consultivo en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo una prestación de medios y no de resultados y que, la discrepancia entre el diagnóstico –en este caso el tratamiento - emitido por la medicina privada y el indicado en la sanidad pública en este caso, no es por sí solo suficiente para apreciar la existencia de negligencia por los profesionales de la primera, toda vez que éstos practicaron al Sr. V. M. las pruebas pertinentes en función de los padecimientos señalados por ella y emitieron su diagnóstico conforme al resultado de las pruebas objetivas practicadas.

3. Sobre la denegación del derecho a tener una segunda opinión médica.

Alega el reclamante en trámite de audiencia que nada se indica en el Informe de la Inspección Médica sobre la denegación del derecho a tener una segunda opinión médica. A dicha petición y la correspondiente denegación se hace referencia en el antecedente primero del asunto, de este Dictamen.

En efecto, consta en el expediente administrativo que, con fecha 27 de septiembre de 2007, D. J. J. V. C. formuló, en nombre de su padre, D. J. I. V. M., *"solicitud de traslado a petición propia"* a los hospitales de *"Pamplona o Santander, servicio oncología-urología"* con motivo de su *"derecho a tener una segunda opinión"* (folio 92).

Consta que, con fecha 3 de octubre de 2005, se da respuesta a su solicitud desde el Servicio de Prestaciones y Atención al Usuario, en sentido desestimatorio, porque *"con fecha 30-9-2005, la comisión de Valoración de solicitudes a petición propia, ha resuelto desestimar su petición, ya que las derivaciones a otros Centros sanitarios extraprovinciales las realizan los Facultativos especialistas a Hospitales del Sistema Nacional de Salud y siempre que dicha asistencia no se pueda prestar en los Centros del Servicio Riojano de Salud"* (folios 94 y 5).

Consta que dicha resolución le fue notificada el 10 de octubre de 2005 (folios 95 y 95 vto). Consta, por último, que sobre la alegación formulada al respecto se pronuncia la Inspección Médica, en respuesta a la misma, en el Informe de 16 de julio de 2007 (folios 110 y 111); lo que evidencia que, de una parte, toda la documentación relativa a dicha solicitud está recogida en el expediente de responsabilidad patrimonial, sin que en ningún momento se hayan omitido ni ocultado dichas actuaciones, con independencia de que la Inspección Médica se pronunciase o no sobre ellas y, de otra parte, que dichas actuaciones forman parte del expediente administrativo, a los efectos de formar el criterio de quienes deben emitir una propuesta de resolución a la reclamación de responsabilidad patrimonial

formulada, los informes correspondientes sobre la misma y la resolución definitiva.

Ahora bien, estas actuaciones revelan, en el presente caso, una confusión de conceptos, que debe evitarse en lo sucesivo, entre el derecho al traslado a otro centro sanitario público, que no existe en términos absolutos cuando el paciente puede ser atendido en el Centro Público al que ha acudido en primera instancia; y el derecho a una segunda opinión, por supuesto, en el propio sector sanitario público, que es un derecho individual del paciente, reconocido en los arts. 12.6, de la Ley 2/2003, de 17 de abril, de Salud de La Rioja, y 4.a), de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tal y como expusimos en nuestro Dictamen 63/2004, por lo que, aunque este derecho no ha sido todavía desarrollado reglamentariamente por la CAR, en modo alguno es potestad de los Especialistas, como pretende en este caso la Comisión de valoración, tomar la decisión sobre si se accede o no al ejercicio de dicho derecho a obtener una segunda opinión médica dentro del Sistema sanitario público, máxime cuando no parece que el paciente en este caso deseara ser trasladado al efecto a un centro privado, sino a un centro de Pamplona o de Santander, que hay que entender del sector público.

Pero, esto dicho, es claro, en el presente caso, que el paciente ha sido diagnosticado y tratado con arreglo a la *lex artis ad hoc* y que su estado de salud era de tal gravedad que determinó su fallecimiento, pese a haber sido intervenido en un centro sanitario privado, lo que hace suponer que lo mismo hubiera sucedido aún en el caso de haber podido ser derivado a otro centro público para obtener una segunda opinión médica. Lo que jurídicamente significa que el haber omitido ese traslado no ha interferido en modo alguno en el presente caso en el nexo causal, por lo que no puede constituir un título de imputación de responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria.

4. Sobre la decisión de la reclamante de acudir a la medicina privada.

Pretende el reclamante el reintegro de los gastos efectuados en la medicina privada – que no acredita en modo alguno- cuando la propia historia clínica del paciente acredita que, antes de acudir a ella, la intervención quirúrgica que se practicó a su padre en el CUN había sido valorado por el Servicio de Urología del Hospital *San Millán* de Logroño y rechazado por las diferentes razones médicas, todas ellas justificadas, que se han expuesto con anterioridad.

No obstante, como señala el informe de la Inspección médica, "*el paciente por iniciativa propia y/o de su familia decide consultar una segunda opinión acudiendo a la CUN donde tras los estudios pertinentes deciden IQ, realizándose cistectomía radical con linfadenectomía iliobutátrica y derivación urinaria tipo vejiga ileal, indicándose posteriormente tratamiento de QMT, que se realiza por el Servicio de oncología del Hospital San Millán hasta su fallecimiento*"

A la vista de los razonamientos anteriores, puesto que no existe un criterio positivo que permita atribuir el daño causado a la Administración con ocasión de la actividad de asistencia

sanitaria prestada a la paciente, y puesto que, a mayor abundamiento, los pacientes del servicio Público de salud no tienen un derecho de opción entre la asistencia prestada por la sanidad pública y la dispensada por la sanidad privada, no procede el reintegro de gastos solicitado.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D. F. V. C., por no ser imputable el daño que se reclama a los Servicios Públicos Sanitarios.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero