

En Logroño, a 19 de febrero de 2018, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**3/18**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con el *procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D<sup>a</sup> M.A.C.B. por los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de su esposo D. F.J.I.M. que imputa a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Servicio Riojano de Salud.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del Asunto**

#### **Primero**

Mediante escrito de 22 de marzo de 2017, presentado en la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el posterior día 31, la Abogada D<sup>a</sup> I.A.G. en nombre y representación de D<sup>a</sup> M.A.C.B, que acredita mediante poder *apud acta* otorgado el día 24, plantea reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta, resumidamente, en los siguientes hechos:

*“PRIMERO: El esposo de mi representada, ... de 73 años falleció con fecha de 20/12/2016 a causa de un cáncer de próstata, diagnosticado en julio 2014.*

*SEGUNDO: Previamente a dicha fecha de diagnóstico, se le venían realizando análisis frecuentemente por problemas cardiacos desde que tenía 50 años. En los citados análisis se solicitaba siempre la prueba de PSA, antígeno prostático específico, la cual es una sustancia proteica cuya síntesis es exclusiva de la próstata y que pasa a la sangre en pequeñas cantidades en los hombres que tienen algún padecimiento de la próstata, razón por la cual es una prueba esencial para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del cáncer de próstata (localizado o metastásico) y otras enfermedades relacionadas. Durante esos años en los que se analizó en PSA se dieron los siguientes resultados: i) 22/08/2003: 1,50 ng/ml (paciente de 59 años); ii) 10/10/2008: 3,13 ng/ml (paciente de 64 años); y iii) 20/05/2009: 3,49 ng/ml (paciente de 65 años). Estos resultados, si ciertamente*

*entran dentro de los valores de referencia (0-4,5), evidencian un, paulatino pero claro, incremento de los mismos cada año por algún motivo, tal y como le indicaba su Médico de cabecera.*

*TERCERO.- Con fecha 18/07/2011, siendo atendido por el Dr. J.O.P; en los análisis periódicos que se realizan al paciente, no se pide la prueba de PSA, como tampoco se pide en los sucesivos análisis con fechas 25/10/2012, 22/10/2013, 29/04/2014. Durante este tiempo, el paciente ya empezaba a tener síntomas de cansancio cada vez más evidentes, así como nicturia y micción frecuente. El Médico de cabecera no dio importancia a las continuas quejas que manifestaba (el paciente que) comenzó a adelgazar de forma preocupante, perdiendo hasta 8 kg entre junio y julio de 2014.*

*CUARTO.- Con fecha 10 de julio de 2014, a iniciativa propia, preocupado por el empeoramiento de los síntomas solicitó un nuevo análisis, en el cual, en esta ocasión, sí se le realizaron las pruebas de PSA con el siguiente resultado: 10/07/2014: PSA de 830,80 ng/ml.*

*Estos valores **disparados** en PSA, tras los cuales se procedió al ingreso inmediato y de urgencia del paciente a fin de que se le realizaran diversas pruebas. Durante este ingreso, fue diagnosticado de cáncer de próstata -con afectación metastásica masiva en raquis y pelvis de tipo blástico.*

*Teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de los supuestos de cáncer de próstata se diagnostican a partir de los 65 años, no puede comprenderse la razón por la que, desde 2011, precisamente cuando el paciente está en la edad en la que el riesgo de padecer cáncer de próstata aumenta, deja, sin razón alguna, de solicitarse la prueba de PSA. Si antes estaba indicado, y por eso, se solicitaba expresamente esa prueba desde el año 2003, con más razón debería haberse pedido una vez el factor de riesgo aumenta, como así venía reflejándose en las anteriores analíticas.*

*Entendemos que esta falta de seguimiento evidencia una clara pérdida de oportunidad en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, fundamental para el pronóstico favorable en su curación Dejando a mi representada viuda con una grave depresión.”*

Tras exponer los fundamentos jurídicos que estima pertinentes, solicita una indemnización de 100.000 euros.

Junto con escrito de 24 de marzo, la Letrada adjunta certificación literal de fallecimiento y fotocopia del Libro de familia.

## **Segundo**

Mediante Resolución de 28 de marzo de 2017, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 24 anterior y se nombra Instructor del procedimiento.

## **Tercero**

Por carta del siguiente día 31, se comunica al Letrado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1-2º párrafo y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común (LPAC '15).

Mediante comunicación interna del día 5 de abril, el Instructor se dirige, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando la remisión, en un plazo de 10 días, de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente, copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

La solicitud es atendida, el 22 de mayo de 2017, por escrito al que se adjunta la historia clínica y el informe aportado por el Dr. J.A.O.P.

#### **Cuarto**

Con fecha 23 de mayo de 2017, el Instructor remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

#### **Quinto**

Figura a continuación, en el expediente, un dictamen emitido, a instancia de la Aseguradora del SERIS, por la consultora médica *P*, de fecha 10 de junio de 2017, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

*“1) El abordaje diagnóstico llevado a cabo en el caso de elevación de PSA y síndrome constitucional se ajusta a lex artis ad hoc.*

*2) Ante el hallazgo de un tacto rectal sospechoso, está indicado realizar una biopsia prostática transrectal.*

*3) El tratamiento de primera línea del cáncer de próstata diseminado es la deprivación androgénica mediante bloqueo hormonal.*

*4) La quimioterapia a base de docetaxel es el tratamiento de elección en el cáncer de próstata metastásico hormonosensible y sintomático. Por tanto, la administración de quimioterapia a base de docetaxel se ajusta a la lex artis ad hoc.*

*5) Ante la evidencia de progresión radiológica, tras una primera línea de tratamiento con quimioterapia, se decide iniciar una segunda línea de tratamiento a base de abiraterona, lo cual se ajusta a la lex artis ad hoc.*

*6) El paciente fallece a consecuencia de un cáncer de próstata diseminado refractario al tratamiento.*

*7) El Ministerio de Sanidad, la Asociación Española de Urología, y la Asociación Española contra el cáncer **no avalan** ningún programa de cribado poblacional de cáncer de próstata.*

8) *En este sentido el sistema de salud no tiene ninguna responsabilidad inherente al diagnóstico en fase tardía de una enfermedad sobre la que **no** está contemplada ninguna estrategia preventiva por parte de los organismos oficiales.*”

Y, como **conclusión final**, expresa que:

*“Considero que la atención dispensada (al paciente) en relación al diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata fue, en todo momento, acorde a la lex artis. El contenido de la reclamación carece de sentido y no es imputable a los organismos competentes puesto que la Administración no contempla un programa de diagnóstico precoz del cáncer de próstata, debido a que estos programas, a día de hoy, no han demostrado tener un impacto en la supervivencia de los pacientes afectados por esta enfermedad”.*

### **Sexto**

El Informe de la Inspección médica es de fecha 14 de julio de 2017 y, en él, se establece la siguiente discusión científico-técnica:

*“1. ... no existe, en el escrito de reclamación, queja alguna de las actuaciones realizadas por los distintos Servicios especializados... centraremos esta discusión técnica en la actuación acontecida en el ámbito de la Atención Primaria.*

*2. ... el paciente, por su patología cardíaca, principalmente, venía realizándose controles analíticos con relativa frecuencia y que, si bien, en un principio, incluía la determinación de la PSA (antígeno prostático específico), después del año 2009, cuando el paciente alcanzaba los 65 años, su Médico de cabecera, el Dr. J.A.O.P. decide no pedirle dicho dato, sin razón aparente, en los sucesivos análisis que se realiza los años, 2012, 2013 y 2014. Y que es, precisamente en julio de 2014, cuando, preocupado por el incremento de los síntomas clínicos que venía manifestando, cuando le vuelve a solicitar la determinación de la PSA, obteniendo un valor de 830,80 ng/ml. Ante este resultado, es cuando, a través (del Servicio) de Urgencias, se procede a su ingreso y a la realización de diversas pruebas, diagnosticándole un cáncer de próstata, con afectación metastásica en raquis y pelvis, de tipo blástico. Esto le lleva a la conclusión siguiente: “Entendemos que esta falta de seguimiento evidencia una clara pérdida de oportunidad en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata fundamentalmente para el pronóstico favorable en su curación”.*

*... el Dr. O.P. manifiesta que, tal como puede observarse en el historial clínico del paciente, ... éste, en ningún momento, manifiesta síntoma de tipo urológico ni relacionado con la próstata, hasta julio de 2014. Comenta que, el 10/07/2014, siendo atendido por la Dra. E.M.B, se puede leer lo siguiente: “Astenia, adinamia, pérdida de peso de más de 5 kilos en un mes, le cuesta hacer movimientos de vida cotidiana por dolor generalizado; además, refiere que, desde hace un mes, presenta nicturia, sin hematuria, heces normales, resto anodino. Peso actual 70,1 (kilogramos). Previo con fecha 6/06/2014, 78 kilogramos”.*

*Por tanto... hasta julio de 2014, no había referido síntoma alguno que pudiera dar a sospechar posible patología urinaria y, más concretamente, prostática. La pérdida de kilos... se refiere a este mismo mes de 2014, no apreciando pérdidas significativas de peso previas... Por tanto, no hay nada objetivable hasta julio de 2014, desde el punto de vista clínico, que permita sospechar del padecimiento de patología prostática. Queda pues analizar, la oportunidad de las determinaciones previas de la PSA a un paciente entorno a los 65 años, y si ello pudiera haber Influido en*

*diagnosticar más precozmente el adenocarcinoma prostática y, con ellos, mejorar notablemente el pronóstico del paciente.*

*Repasando la literatura científica, se puede concluir que la determinación de la PSA, como método de prevención del cáncer prostático, es, cuando menos, dudosa. El Instituto Nacional del Cáncer comenta: “Hasta cerca de 2008, muchos médicos y organizaciones profesionales recomendaban que los hombres se hicieran anualmente un análisis del PSA a partir de los 50 años de edad” ... sin embargo, conforme se supo más acerca de los beneficios y los perjuicios de esos exámenes, algunas organizaciones comenzaron a advertir contra exámenes selectivos de detección rutinarios en la población... el análisis del PSA puede ayudar a detectar pequeños tumores que no causan síntomas. Sin embargo, el hecho de encontrar un tumor pequeño no necesariamente hace que sea menor la posibilidad de que el paciente muera por cáncer de próstata. La detección de tumores que no ponen la vida en peligro se llama ‘sobrediagnóstico’ y el tratamiento de estos tumores se llama ‘exceso de tratamiento’. También comenta que la detección de un cáncer en estadio inicial puede no ayudar a un hombre que tiene un cáncer que crece con rapidez o un tumor canceroso que puede haberse diseminado ya a otras partes de su cuerpo antes de ser detectado.*

*El Dr. O.P, por su parte, aporta documentación científica que defiende claramente la falta de evidencia científica para utilizar la determinación de la PSA como prueba de cribaje del cáncer de próstata. Así, ... la Revista científica ‘British Medical Journal’ ... concluye que el cribado de cáncer de próstata con PSA no tiene influencia sobre la mortalidad por esta causa.*

*... el Plan de Actividades y Promoción de la Salud de Atención Primaria, (PAPPS) en las recomendaciones del cribado de cáncer de próstata, en el 2012, publicado en la Revista médica ‘Atención Primaria’, dice que la determinación del PSA no debería recomendarse como prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio.*

*... podemos concluir que, al menos, la actuación del Médico de cabecera está sustentada seriamente en las recomendaciones de organizaciones profesionales médicas y revistas científicas de reconocido prestigio, tanto a nivel nacional como internacional. Todo ello da pie a reconocer que la actuación del Médico de cabecera fue correcta, según los actuales conocimientos científicos en esta materia y, por lo tanto, actuó conforme a la lex artis de la profesión médica”.*

### **Séptimo**

Por escrito de 17 de julio de 2017, se confiere trámite de audiencia a la Letrada, quien comparece el siguiente día 13 de septiembre en la Secretaría General Técnica, facilitándosele copia de todas las actuaciones, sin que posteriormente formule alegaciones.

### **Octavo**

Con fecha 12 de diciembre de 2017, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución, en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

## **Noveno**

La Secretaria General Técnica remite, el día 13 de diciembre, el expediente íntegro, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 23 de enero de 2018.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito fechado el 24 de enero de 2018, registrado de entrada en este Consejo el siguiente día 30, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito, fechado, firmado y registrado de salida electrónicamente el 31 de enero de 2018, 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 a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asumida la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

A tenor del art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la

Comunidad Autónoma.

A estos efectos, el órgano instructor, en el plazo de diez días a contar desde la finalización del trámite de audiencia, remitirá al órgano competente para solicitar el dictamen una propuesta de resolución, que se ajustará a lo previsto en el artículo 91, o, en su caso, la propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento

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 Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, como acabamos de exponer, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por tanto, reclamándose una cuantía de 100.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 de la LPAC'15 dispone que aquél deberá 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 de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley.

## **Segundo**

### **Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 32.1 y 2 y 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen jurídico del Sector público, LSP'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado 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 objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“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, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

### **Tercero**

#### **Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso**

1. No habiéndose denunciado vulneración del derecho del paciente a una información adecuada, la actuación de los servicios sanitarios ha de ser enjuiciada bajo el segundo de los parámetros que señalábamos al final del Fundamento jurídico precedente, es decir, el de si existe o no infracción de la *lex artis ad hoc* que es el criterio positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria; vulneración de la *lex artis* que ha de vincularse, en relación de causa-efecto, con el daño cuya reparación se reclama, correspondiendo al reclamante la prueba tanto de la concurrencia de una mala praxis, como de la relación de causalidad.

2. Según resulta del escrito de interposición de la reclamación de responsabilidad patrimonial, la incorrecta actuación médica, que determina que surja la responsabilidad de la Administración, consintió en no solicitar, a partir de 2011, la prueba del PSA (antígeno prostático específico) en las analíticas que, por problemas cardíacos desde la edad de 50 años, se le pedían al paciente periódicamente, pese a que, con anterioridad, se incluía dicha determinación y el resultado había pasado de 1,50 ng/ml en 2003 a 3,49 ng/ml en 2009.

Al presentar síntomas de cansancio cada vez más frecuentes, así como nicturia y micción frecuente, y adelgazar de forma alarmante (8 kgs. entre junio y julio de 2014), el 10 de julio, solicitó una nueva analítica que incluyera PSA, con el siguiente resultado: 830,80 ng/ml.

Ante estos disparados valores, se procedió a su ingreso inmediato y de urgencia, practicándosele diversas pruebas y siendo diagnosticado de cáncer de próstata con afectación metastásica masiva en raquis y pelvis de tipo blástico.

La Letrado de la reclamante dice no comprender cómo, a partir de 2001, cuando el marido de su representada tiene más de 65 años, es decir, cuando el riesgo de padecer de cáncer de próstata aumenta, se deja de solicitar la prueba de PSA. Ello evidencia, a su entender, una **“clara pérdida de oportunidad”** en el diagnóstico precoz de la patología que pudiera influir en una evolución positiva.

3. Realmente, llama la atención que, a partir de 2011, dejara de solicitarse, en las analíticas que se practicaban al paciente, el PSA, cuando los valores de dicha prueba se habían ido incrementando en las realizadas con anterioridad, pasando de 1,5 ng/ml en 2003 a 3,49 ng/ml en 2009.

Sin embargo, es la impresión que puede producir a profanos en Medicina, como pueden ser los miembros de este Consejo y lo son, también, la reclamante y su Abogada, impresión no refrendada por pericia ni opinión científica alguna:

A) En efecto, el Médico de Familia a quien se imputa la conducta omisiva que constituye, según la reclamante, la infracción de la *lex artis ad hoc*, además de tener conocimientos profesionales, argumenta y funda su correcta actuación en el informe de fecha 16 de mayo de 2016, que emite a solicitud del Instructor del expediente (folios 92 a 94) y, según dicho informe, el paciente no refirió ningún síntoma urológico ni relacionado con las enfermedades de la próstata hasta poco antes de diagnóstico de cáncer de próstata en agosto de 2014. El día 10 de julio anterior, es atendido por la Dra. M.B, que diagnostica: **“Astenia, adinamias, pérdida de peso de más de 5 kilos en un mes, le cuesta hacer movimientos de vida cotidiana por dolor generalizado; además, refiere que, desde hace un mes, presenta nicturia, sin hematuria, heces normales, resto anodino”**. Con

anterioridad a esas fechas, el paciente no había referido ningún síntoma ni factor de riesgo sobre enfermedades de la próstata. Continúa el informe transcribiendo las siguientes **recomendaciones científicas** de distintas publicaciones u organismos.

-El Plan de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de Atención Primaria, en las *Recomendaciones del cribado cáncer de próstata*, dice: *“La determinación del PSA **no debería recomendarse** como prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio”*.

-Un artículo publicado el año 2010, en la Revista internacional *British Medical Journal*, titulado “Cribado de cáncer de próstata: revisión sistemática y metaanálisis de estudios clínicos aleatorizados”, concluía que *“**el cribado de cáncer de próstata con PSA no tiene influencia sobre la mortalidad por esta causa**”*. Añade el informante que, en el Anexo, incluye una infografía con los principales resultados del estudio, donde se aprecia el perjuicio del cribado, sin obtener beneficio alguno respecto a la mortalidad.

-La Asociación Española Contra el Cáncer expone, en su página *web*, que *“los estudios realizados sobre el screening precoz del cáncer de próstata no han demostrado una disminución de la mortalidad por este tumor”*.

-PREEVID (Servicio de la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud dirigido a los profesionales sanitarios), en contestación a una consulta, dice que: *“ninguna de las guías de práctica clínica, ni documentos de consenso, ni ninguno de los sumarios de evidencia revisados, recomiendan directamente el cribado universal mediante la medición en sangre del antígeno prostático específico (PSA) en hombres de 50 a 69 años asintomáticos y sin antecedentes familiares de cáncer de próstata”*.

-Por último, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en relación con el tema, afirma que *“actualmente no se dispone de estudios que demuestren la eficacia del cribado para este tumor. El cribado con tacto rectal, ecografía tranuretral o determinación de antígeno prostático específico no han demostrado una reducción de la mortalidad. En conclusión, no se recomienda la realización de ningún programa de cribado de cáncer de próstata, ni con carácter poblacional ni individual, en varones asintomáticos”*.

**B)** En este informe del Médico de Familia, se apoya, fundamentalmente, el de la Inspección médica, que hemos transcrito en el Sexto de los Antecedentes del asunto, según el cual, repasando la literatura científica, se puede concluir que la determinación del PSA, como método de prevención del cáncer prostático es, cuando menos, dudosa.

Tras citar las referencias antes transcritas del primer informe y citar un comentario en sentido similar del Instituto Nacional del Cáncer, el Inspector médico termina concluyendo que: *“la actuación del Médico de cabecera está sustentada seriamente en las recomendaciones de organizaciones profesionales médicas y revistas científicas de reconocido prestigio, tanto a nivel nacional como internacional. Todo ello da pie a reconocer que la actuación del Médico de cabecera fue correcta, según los actuales conocimientos científicos en esta materia y, por lo tanto, actuó conforme a la lex artis de la profesión médica”*.

C) También la pericia de la Aseguradora reitera, antes de sus conclusiones generales, argumentos ya expuestos de los informes anteriores, afirmando que el Ministerio de Sanidad, la Asociación Española de Urología y la Asociación Española contra el Cáncer **no avalan** ningún programa de cribado poblacional de cáncer de próstata y, por tanto, las determinaciones aisladas de PSA se realizan dentro de un contexto de *screening* oportunista a partir de la iniciativa del propio paciente, por lo que el Sistema Público de Salud **no puede**, bajo ningún concepto, ser responsable del diagnóstico en fase tardía de una enfermedad sobre la que no está contemplada ninguna estrategia preventiva por parte de los organismos oficiales.

Añade, por último, que, a la edad del paciente al momento del diagnóstico (70 años), el cribado, incluso oportunista, no estaba recomendado. Ello puede explicar el por qué no se realizaron más determinaciones de PSA a partir del año 2009.

4. Frente a los anteriores informes médicos, que niegan importancia alguna a la no inclusión en las analíticas del paciente de la determinación del PSA; y, consiguientemente, la existencia de una mala praxis, las simples manifestaciones de la Letrado de la interesada, al no estar refrendadas o apoyadas por prueba pericial o, cuando menos, argumento científico de autoridad, carecen de eficacia invalidante alguna.

A dichos criterios especializados debemos atenernos ante la falta de actividad probatoria por parte de la reclamante, a quien incumbe probar, no sólo la infracción a la *lex artis*, sino, además, que el daño ha sido consecuencia de la misma, sin que sean de aplicación las doctrinas de amabilización de la prueba que pueden llevar a una inversión de su carga, tales como la del daño desproporcionado o el principio *res ipsa a loquitur*, principio éste que cita el escrito de reclamación, pero sin explicar cuál es en este caso la cosa que habla por sí sola.

Dicha falta de actividad probatoria merece nuestra condena ante el hecho de que, pese a obtener la representación de la reclamante copia de todo el expediente (Antecedente Séptimo del asunto) y conocer, por tanto, el contenido de los informes del Médico de familia y de la Inspección médica, así como el del dictamen pericial aportado por la Aseguradora, no utilice el trámite de audiencia para aportar o solicitar la práctica de alguna prueba o, al menos, exponer alguna argumentación contraria a las conclusiones de aquéllos.

En consecuencia, este Consejo se ve constreñido, al emitir su dictamen, a los ya citados informes y pericia; y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los Servicios públicos sanitarios se ha ajustado en todo momento a la *lex artis ad hoc*, que constituye, como decíamos al final del Segundo de los Fundamentos de Derecho, una vez cumplido el deber de información al paciente o a sus familiares, el otro parámetro bajo el cual se ha de enjuiciar la imputación del daño a la Administración sanitaria, por tratarse la

obligación de ésta y de sus profesionales, como se ha reiterado hasta la saciedad, de “*una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la lex artis, los daños no le pueden ser imputados a la administración*”.

## CONCLUSIÓN

### Única

Procede desestimar la reclamación planteada por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.

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