

En Logroño, a 23 de julio de 2012, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

34/12

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con la Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria presentada por D^a M^a T. G. G. por daños y perjuicios que entiende causados por el fallecimiento de su hermano D. I. G. G. tras ser atendido en el SERIS de un carcinoma vesical y que cuantifica en 60.000 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 14 de abril de 2011, tiene entrada, en el Registro Auxiliar de la Consejería de Salud, la precitada reclamación, solicitando indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración.

En ella se argumenta que *“la atención de su hermano en el SERIS no fue la adecuada. A juicio de esta parte, se le derivó tardíamente al Servicio de Oncología, además de que no se informó de manera adecuada a esta parte sobre la enfermedad que padecía el hermano de la que suscribe”* (págs. 1 a 4 del expediente administrativo).

Con fecha 14 de abril de 2011, desde la Secretaría General Técnica de la citada Consejería se solicita a la reclamante acreditación del fallecimiento de su hermano y del parentesco con el mismo. Ésta acusa recibo de la solicitud el día 18 del mismo mes y año, y mediante escrito del siguiente 28 de abril, registrado en la Oficina Auxiliar de la Consejería de Salud el 5 de mayo de 2011, adjunta la documentación solicitada (págs. 6 a 12 vto.).

Segundo

El 5 de mayo de 2011, el Secretario General Técnico, por delegación del Excmo. Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución es notificada a la interesada, el 6 de mayo siguiente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común y señalando plazo para proceder a la evaluación económica de los daños que reclama (págs 15 a 16).

Tercero

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 10 de mayo de 2011, solicita a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja- Hospital *San Pedro* (HSP), cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente en el Servicio de Urología ; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente y , en particular, el informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada (pág. 17). La petición efectuada a la Gerencia del HSP es reiterada el 8 de junio de 2011 (pág. 18).

La Gerente del HSP, mediante escrito registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de la Consejería el 29 de junio de 2011, envía la documentación solicitada (págs. 20 a 94).

Cuarto

El 8 de julio de 2011, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 95).

La Inspección Médica, el 14 de septiembre de 2011, emite su informe (págs. 96 a 102), que se manifiesta en los siguientes términos:

“Observado el proceso objeto de este expediente, parece conveniente analizar cada uno de los dos criterios que le merecen a la interesada a calificar la asistencia de no adecuada.

1.- DERIVACION TARDIA AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. La hermana del paciente cree que pasó mucho tiempo en el Servicio de Urología sin ser derivado al Servicio competente, creyendo que, si así hubiera sucedido, duda sobre la posibilidad de haber evitado su fallecimiento, pero cree que la hubiera retrasado.

En el relato cronológico de los hechos puede observarse con claridad que, aunque el paciente venía tratándose, al menos desde el 2007, por problemas de próstata y hematurias, con carácter periódico, el primer signo evidente de malignidad del que se tiene constancia es en agosto del 2009, precisamente cuando, a indicación (del Servicio) de Anatomía Patológica, y a la vista del resultado de una citología previa, (un mes antes), se indica la recomendación de biopsiar la vejiga para descartar o no patología tumoral. Precisamente, en dicha intervención suceden una serie de

complicaciones, que exigen la colaboración de otros Servicios del hospital e inclusive su ingreso durante unos días en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El resultado de las biopsias nos dice que en una de ellas se aprecia un carcinoma transicional PO G1, así como algunas imágenes de displasia en otras de las muestras remitidas. En los TAC y ecografías realizados, se aprecia engrosamiento de la pared vesical y adenopatías retroperitoneales, así como ectasia del riñón izquierdo. No se habla de la presencia de metástasis en hígado, ni otro tipo de afectación hepática.

Como bien señala el Dr. M. N., se trata de un tumor vesical superficial y de baja grado, cuyo seguimiento se realiza en todos los casos, hasta ahora, por el Servicio de Urología en la Unidad de Uro-oncología, práctica que viene siendo habitual en el conjunto del sistema especializado nacional. Por otra parte, la clínica del paciente tampoco invitaba a ninguna sospecha ni aconsejaba otras colaboraciones o traslados. Así, en la consulta externa de 24/09/2009, el mismo Facultativo nos dice que (el paciente) se encuentra bien, sin hematuria solicitando una ecografía de control que posteriormente fue vista por otro compañero.

Visto lo anterior, también es cierto que, dos meses más tarde cuando acude a la CUN, al paciente se le diagnostica, además, metástasis adenopática y hepática, que hasta entonces no se habían detectado. Conviene hablar de la probabilidad, que el Dr. C. señala, de la existencia de un doble tumor: uno, el vesical conocido, controlado y de carácter menos grave; y, el otro, de origen neuroendocrino. Es una posibilidad que, en todo caso, no altera la adecuada atención que, como ha quedado expresado en este informe, ha recibido el paciente.

En todo caso y a la luz de lo observado y analizado en párrafos anteriores, no comparto el criterio de la reclamante de que hubo una derivación tardía, (al Servicio de) Oncología y que ello influyera tanto en el pronóstico como en la evolución de proceso. Debo añadir que los distintos Servicios hospitalarios cumplen la finalidad de colaborar en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos y que la derivación para ser visto en uno y otro Servicio, debe responder a criterios protocolizados y científicamente validados, de modo y manera que debe asegurarse la oportuna colaboración entre Servicios para que la atención en uno u otro no influya en el devenir de la enfermedad.

2.- INFORMACION INADECUADA SOBRE LA ENFERMEDAD QUE PADECIA SU HERMANO. *Los criterios para esa afirmación no se basan en datos objetivos que obren en el expediente; y, en su alusión a trabajadora del SERIS, tampoco narra qué consecuencias deberían haberse dado para cubrir sus expectativas en esta materia.*

Por tanto, en mi opinión y visto el contenido del expediente, no encuentro elementos objetivos para sustentar esta afirmación”.

Quinto

Los días 11 de mayo y 1 de febrero de 2011, la Compañía aseguradora acusa recibo respectivamente, de la reclamación y de la documentación que le es enviada; y, el 2 de febrero de 2012, emite dictamen médico (págs. 104 a 113), cuyas conclusiones son las siguientes:

1.-El paciente presentó un cuadro de hematuria y correctamente se le realizó una resección transuretral (RTU) de vejiga con biopsias múltiples. El diagnóstico patológico fue de "cistitis quística".

2.-La cistitis quística es una lesión proliferativa preneoplásica, pero no es un cáncer de vejiga. Correctamente, se le indicó seguimiento.

3.-Durante el seguimiento, se detectó "atipia" en una citología de orina, por lo que correctamente se le indicó una nueva RTU de vejiga con biopsias múltiples.

4.-En una de las biopsias, se observó un carcinoma de vejiga de bajo grado ("carcinoma de células de epitelio de transición grado P-0; G-1").

5.-Las Guías de práctica clínica indican exclusivamente el seguimiento en los carcinomas de vejiga de bajo grado.

6.-En los tumores vesicales de bajo grado, la incidencia de metástasis se aproxima al 0%, por lo que no está indicada la realización de una TAC como estudio de extensión tumoral.

7.-Debido a las complicaciones en el postoperatorio, se le realizó una TAC (7-7-09), observándose adenopatías retroperitoneales (se desconoce si son patológicas), con un hígado normal (no se me ha proporcionado el informe de la TAC).

8.-El 27-11-09, el paciente acudió a la C. U. de N. En la TAC, se observaron adenopatías retroperitoneales patológicas y metástasis hepáticas múltiples. Fue diagnosticado de "hiperplasia de urotelio, con afectación metastásica adenopática y hepática". Se recomendó quimioterapia.

9.-Volvió a la Sanidad Pública y fue atendido en la Unidad de Oncología-Paliativos, detectándose un marcador tumoral (cromogranina A), de tumores neuroendocrinos, elevado; y se pautó tratamiento sistémico específico.

10.-Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias. Se originan en las células neuroendocrinas de la cresta neural, glándulas endocrinas, islotes o sistema endocrino difuso.

11.-No existe relación entre el tumor de vejiga de bajo grado y el tumor de origen endocrino sin primario aparente, que fue el origen de las metástasis hepáticas y el exitus posterior.

12.-Los tumores de vejiga son diagnosticados, tratados y seguidos por el Urologo hasta que presentan metástasis, ya que, hasta entonces, todos los tratamientos serán quirúrgicos. El paciente presentaba un cáncer de vejiga de bajo grado sin metástasis (TAC 7-7-09), por lo tanto, le correspondía al Servicio de Urología su tratamiento y seguimiento.

13.-Una vez detectadas las metástasis en la TAC (27-11-09), realizada 4,5 meses después en la C. U. de N., fue correctamente tratado por el Servicio de Oncología-Paliativos."

Sexto

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, con fecha 8 de marzo de 2011, comunica a la parte reclamante el trámite de audiencia, notificado el 12 de marzo (págs. 114 y 115), señalándole el plazo legalmente establecido para formular alegaciones y presentar los documentos que estime pertinentes.

Séptimo

El 24 de mayo de 2012, la Instructora elabora una Propuesta de resolución, que concluye en el sentido de que se desestime la reclamación (págs. 116 a 123 vto.), *“por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios”* (pág. 170).

Noveno

El Secretario General Técnico, por escrito de 5 de junio de 2012, solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 124), que, el 14 de junio siguiente, lo emiten (págs. 125 a 136) y consideran *“ajustada a Derecho la Propuesta de resolución”* (pág. 136).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 27 de junio de 2012, registrado de entrada en este Consejo el 3 de julio de 2012, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales 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 4 de julio de 2012, registrado de salida el mismo día, 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.

Tal y como hemos señalado en anteriores Dictámenes (cfr. D.73/05, D.106/05 y D.124/05, entre otros), hemos de atender a la fecha del trámite de audiencia, a que se refiere el precitado art. 12, para determinar la legislación aplicable en materia de cuantía mínima determinante de la preceptividad de nuestro dictamen; y así, por razón de la expresada fecha, es aplicable, en el presente caso, 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, modificada por la Ley 5/2008, que dio nueva redacción al citado precepto, limitando la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 6000 euros. Por tanto, al ser la cuantía de la reclamación planteada superior a esta cantidad, e incluso a la actualmente vigente de 50.000 euros, nuestro dictamen resulta ser 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad de la Administración.

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 LPAC, 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 08/2008, 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 perezcedera 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

Sobre la responsabilidad de la Administración en el presente caso.

Teniendo en consideración los diversos documentos existentes en este expediente, principalmente el historial médico del paciente (págs. 20 a 94), el informe elaborado al respecto por la Inspección Médica (págs. 96 a 102) y el dictamen médico pericial emitido a instancias de la Aseguradora del SERIS (págs. 104 a 113), debemos considerar los siguientes hechos:

El paciente, con antecedentes de patología renal, tuberculosis renal en edad infantil (pág. 24), diagnosticado de hidronefrosis izquierda y urinaria y que venía siendo tratado por el Servicio de Urología del HSP por episodios de hematuria, desde el año 2007 (págs. 24 y 27), ingresa el 23/06/2008 (págs. 26, 49, 55 y 76) para la realización de uretrocistoscopia, resección transuretral y lavados vesicales, bajo anestesia raquídea. Durante el postoperatorio, presenta hematuria intensa, que exige revisión endoscópica, evacuación de coágulos y coagulación del lecho el 09/07/2008. Nuevamente presenta hematuria, que requiere tratamiento con alúmina endovesical que la soluciona. Encontrándose afebril, asintomático, con micción confortable y orina clara, es dado de alta el 25/07/2008, es decir algo más de un mes más tarde de su ingreso, figurando como diagnóstico cistitis quística. Es enviado a seguimiento por las consultas externas del Servicio de Urología, donde es atendido periódicamente (pág. 55).

El 16/06/2009, acude al Servicio de Urgencias del HSP porque, desde hace unas horas no puede orinar, salvo escasas gotas con sangre. Refiere que habitualmente presenta síntomas irritativos, pero no obstructivos urinarios, con micturia de 6-7 veces. Está afebril y sin dolor lumbar previo. Una vez explorado, se procede a colocar sonda uretrovesical, evacuando de vejiga 90 cc de orina hematórica sin coágulos. Con la impresión clínica de retención urinaria, y anemia normocrómica leve, se indica cobertura de antibioterapia, mantener la sonda unos 15 días y acudir a consulta externa del Servicio de Urología (págs. 45 y 51).

Con fecha 29/06/2009, por la consulta externa de Urología número 69, se remite, al Servicio de Anatomía Patológica, para estudio citológico, una muestra de orina del paciente. El diagnóstico es negativo para malignidad citológica y presencia de una moderada cantidad de hematíes en sedimento. Dos días más tarde, se vuelve a remitir nueva muestra al citado Servicio de Anatomía Patológica, y el estudio citológico en esta ocasión indica presencia de células epiteliales con atipias y la recomendación de estudio biopsico, pues no es descartable un proceso neofornativo (págs. 64 a 66).

El 27/07/2009, el paciente ingresa en el Servicio de Urología para la realización de biopsias múltiples vesicales (págs. 71 y 86) y, un día más tarde, se realiza, por cistoscopia, la obtención de muestras para biopsiar. Aunque la intervención transcurre sin incidencias, en el postoperatorio persisten orinas hematóricas que progresivamente van provocando un cuadro de malestar general e insuficiencia renal. El 04/08/2009 (págs. 69 y 90), se realiza revisión endoscópica de la vejiga, extrayendo un gran coagulo y un sangrado en sabana de las pared vesical y también se cateteriza un orificio ureteral derecho, debido a una obstrucción, comprobada ecográficamente, del riñón derecho, que previamente no existía. Durante su ingreso, que se prolonga hasta el 28/08/2009 (págs. 41, 56 y 69), se consulta con el Servicio de Hematología para descartar una coagulopatía. También se consulta con el Servicio de Nefrología para el tratamiento de su insuficiencia renal. Al presentar cuadro de melenas y vómitos en posos de café, (antes de pasar al quirófano el 04/08) se solicita colaboración del Servicio de Aparato Digestivo (págs. 32 y 67). Se procede a la realización de una gastroscopia de urgencia, que da como resultado una probable candidiasis esofágica y una hemorragia digestiva alta, no activa en este momento (pág. 35). Ante estas complicaciones, es ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva donde se observa una mejoría progresiva, con disminución del sangrado vesical, estabilidad hemodinámica y respiratoria, mejoría de los trastornos hidroelectrolíticos y de la función renal, comenzando a tomar dieta por boca con buena tolerancia (pág. 36).

Superadas estas complicaciones, se traslada a planta al paciente y, posteriormente, al encontrarse éste asintomático y con orinas claras, se procede a darle el alta hospitalaria en la fecha ya señalada (pág 41). En las biopsias realizadas, en una de las muestras, se aprecia un carcinoma transicional PO G1, así como algunas imágenes de displasia en otras de las muestras remitidas. Según el Informe de la Inspección Médica (pág. 100), en los

TAC realizados se aprecia engrosamiento de la pared vesical y adenopatias retroperitoneales, asi como ectasia del riñon izquierdo. Se descarta, en el TAC abdominal del 07/07/2009, una patologia hepática El diagnóstico que figura en su informe de alta es carcinoma vesical, insuficiencia renal y hematuria. Finalmente, se recomienda seguimiento en consultas externas de Uro-Oncología (págs. 100, 41, 42 y 28).

Según manifiesta en su informe, el Dr. L. M. N. lo vio en consulta el 24/09/2009, es decir, un mes más tarde del alta hospitalaria. El paciente se encontraba bien, sin hematuria, solicitándole una ecografía de control y una analítica de sangre y orina, a realizar en tres meses. El paciente no acudió en más ocasiones (pág. 28).

Con fecha 24/11/2009, el paciente, acude a la C. U. de N. (CUN) para valoración de su cuadro clínico, donde le realizan las pruebas oportunas y sientan el diagnóstico de hiperplasia de urotelio, con afectación metastásica, adenopática y hepática, recomendando ser valorado por el Servicio de Ontologia Medica para tratamiento quimioterapico (págs. 59 a 61).

El paciente, en febrero de 2010, es visto en la Unidad de Oncologia-Paliativos, por el Dr. C. Ch. (págs. 24 y 25; 22, 62 y 63). El Facultativo, en su informe, manifiesta que el paciente acude por primera vez a esta unidad el 22/12/2009, presentando un aceptable estado general, reflejando en el apartado “evolución y comentarios” que *“llama la atención el buen estado general, dada la larga evolución clinica y la aparición de metastasis hepaticas, en el contexto de un carcinoma de vejiga con afectación retroperitoneal”*. También se expresa que *“la presencia del marcador tumoral elevado, tipo cromogranina A, indica un origen neuroectodémico, del cual el paciente puede beneficiarse mediante la aplicación de análogos de octeotride depot”*.

Asimismo, se manifiesta que ha estado en consulta con el Servicio de Urologia, donde le proponen intervenir quirúrgicamente por via transuretral, pero que, vistos los antecedentes previos de sangrado masivo, el paciente rechaza tal intervención. Se le propone tratamiento con análogos de octeotride.

El paciente experimenta un empeoramiento progresivo de su estado general, por otro lado previsible, que le dificulta acudir a consulta externa de Oncología, por lo que es remitido, para control domiciliario, al Servicio de Cuidados Paliativos. El 14/05/2010, ingresa en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de La Rioja, falleciendo el 21/05/2010, a causa de una encefalopatía hepatica por afectación tumoral masiva hepatica (págs. 23 y 85).

A la vista de tales hechos, este Consejo debe dictaminar sobre la primera de las cuestiones planteada por la reclamante, según la cual la derivación del paciente al Servicio de Oncología fue tardía y, de haberse producido antes, *“no se sabe si ...hubiese evitado la*

muerte, pero, desde luego, la hubiese retrasado” (pág. 3). Para ello, debe dilucidarse si existió o no relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y el hipotético retraso en el diagnóstico de su patología, como consecuencia de una tardía derivación al Servicio de Oncología, y, como consecuencia de dicho retraso, se produjo una pérdida de oportunidad terapéutica del paciente.

Tanto el informe de la Inspección Médica (pág. 96-102), como el informe pericial emitido a instancias de la Aseguradora del SERIS (págs. 104 a 113), aluden a que el paciente presentaba dos patologías, señalando la existencia de un doble tumor: i) *“uno, el vesical conocido, controlado y de caracter menos grave”*, que es un carcinoma transicional PO G1, detectado a través de una de las biopsias realizadas en agosto de 2009 en el HSP, cuyo *“grado de incidencia de metastasis se aproxima al 0%”* y *“para el que no está indicado la realización de una TAC como estudio de extensión tumoral”* (pág. 112); y ii) *“otro, de origen neuropático”*, al que supuestamente se referiría el informe médico emitido por la CUN unos meses más tarde (pág.101).

Ello lleva a concluir, en la Propuesta de resolución (págs. 116 a 123) y en el informe de los Servicios jurídicos (págs. 125 a 136): i) que *“no existe relación entre el tumor de vejiga de bajo grado y el tumor de origen endocrino sin primario aparente que fue el origen de las metástasis hepáticas y el exitus posterior”* (págs. 113 y 133); ii) que la patología causante del fallecimiento no fue un tumor vesical (patología conocida y controlada), sino un tumor neuroendocrino, de mayor gravedad que el atendido, imprevisible e inevitable (págs. 133 y 134); y iii) que no ha quedado acreditada la existencia de un nexo de causalidad ni tampoco que se causara al paciente una pérdida de oportunidad terapéutica debido a un hipotético retraso en la derivación al Servicio de Oncología (pág.120 vto), puesto que la patología que motivó el fallecimiento, una *“encefalopatía hepática por afectación tumoral masiva hepática”* (págs. 134), fue totalmente independiente del tumor vesical detectado que motivó la atención sanitaria prestada. Tampoco aprecian la existencia de mala praxis médica, aseverando que *“no se puede afirmar... que existió una deficiente asistencia por el mero hecho de que el paciente fuera seguido por el Servicio de Urología, ya que, tal y como se desprende de los diversos informes de los que disponemos, éste era el adecuado para el estudio de la patología del paciente”* (pág. 123).

No obstante, obra en el expediente el informe médico, emitido con fecha 10 de diciembre de 2009, por la CUN (págs. 59 a 61), que goza de mayor objetividad a los ojos de este Consejo. Dicho informe, en su apartado *“Radiología, TAC Abdomen 27/11/09”*, como diagnóstico, expresa: *“hiperplasia de urotelio con afectación metastásica adenopática y hepática”*, lo que evidencia la existencia de un tumor primario del que deriban metástasis en los ganglios y el hígado. Las metástasis son siempre derivadas de un tumor primario, en este caso en el urotelio, que no descarta la posibilidad de otros focos tumorales. El diagnóstico de un tumor de baja intensidad no metastásico pudo obedecer a

que la biopsia realizada pocos meses antes se practicó sobre una zona afectada por focos tumorales de menor intensidad, máxime cuando, como señala el propio informe, *“la vejiga presenta un engrosamiento marcado de la pared”*. Por tanto, las metástasis observadas obedecen a la existencia de un tumor primario del que son consecuencia y no constituyen tumores diferenciados de aquel, según se desprende del citado informe. Habida cuenta de que, en las observaciones, se expresa: *“aconsejamos ser valorado por Servicio de Oncología Médica para planificación de tratamiento quimioterápico”*, pudo producirse, una pérdida de oportunidad terapéutica al paciente.

No obstante, al valorarla, debe tenerse en cuenta que, de una parte, según el relato cronológico de los hechos contenido en este Fundamento de Derecho, elaborado con la prueba aportada al expediente, aunque el paciente venía tratándose, al menos desde el 2007, por problemas de próstata y hematurias, con carácter periódico, el primer signo evidente de malignidad del que se tiene constancia es en agosto del 2009, precisamente cuando, por indicación del Servicio de Anatomía Patológica y a la vista del resultado de una citología previa, (un mes antes), se indica la recomendación de biopsiar la vejiga para descartar o no patología tumoral. El resultado de las biopsias indica que, en una de ellas, se aprecia un carcinoma transicional PO G1, así como algunas imágenes de displasia en otras de las muestras remitidas y, según el informe de la Inspección Médica, en los TAC y ecografías realizados, se aprecia engrosamiento de la pared vesical y adenopatías retroperitoneales, así como ectasia del riñón izquierdo y, sin embargo, no se aprecia la presencia de metástasis en hígado, ni otro tipo de afectación hepática.

De otra parte, debe considerarse que, según consta en el relato fáctico y es expresado por la propia Inspección Médica (pág. 100): i) con fecha 24/11/2009 el paciente, acude a la CUN para valoración de su cuadro clínico, donde le realizan las pruebas oportunas y sientan el ya citado diagnóstico de hiperplasia de urotelio con afectación metastásica, adenopática y hepática; y ii) en febrero de 2010, es visto, en la Unidad de Oncología-Paliativos, por el Dr. C. Ch. (págs. 24 y 25; 22, 62 y 63).

Asimismo, consta: i) que el paciente ha estado en consulta con el Servicio de Urología, donde le proponen intervenir quirúrgicamente por vía transuretral, pero que, vistos los antecedentes previos de sangrado masivo, el paciente rechaza tal intervención; ii) que se le propone tratamiento con análogos de octeotride y el paciente *“experimenta un empeoramiento progresivo de su estado general, por otro lado previsible, que le dificulta acudir a consulta externa de Oncología, por lo que es remitido para control domiciliario a Cuidados Paliativos”*; y iii) que, el 14/05/2010, ingresa en la unidad de Cuidados paliativos del Hospital de La Rioja, falleciendo el 21/05/2010 (págs. 23 y 85).

Respecto a la segunda de las reclamaciones planteada por la recurrente, relativa a la información suministrada tanto al paciente como a sus familiares, no se ha acreditado en ningún momento que ésta fuera deficiente o que se produjera una ausencia de la misma,

por lo que no cabe tomar como veraz tal afirmación, tal y como se desprende del informe de la Inspección, al expresar, respecto a la alegada *"información inadecuada sobre la enfermedad que padecía su hermano"*, que *"los criterios para esa afirmación no se basan en datos objetivos que obren en el expediente; y, en su alusión a trabajadora del SERIS, tampoco narra qué consecuencias deberían haberse dado para cubrir sus expectativas en esta materia"* (pág. 101).

Por tanto, este Consejo estima que el daño indemnizable producido en este caso es únicamente el moral y rogado a la hermana del fallecido por la pérdida de oportunidad terapéutica de éste, ya que el daño causado al mismo por dicha pérdida de oportunidad, al ser personalísimo, se extinguió con su fallecimiento y no es transmisible.

En cuanto a la valoración del daño moral de la hermana del fallecido que, como hemos señalado, es el único a considerar, debe ponderarse a tanto alzado valorando de forma prudencial las circunstancias concurrentes, como hemos manifestado en dictámenes anteriores. A tal efecto, estimamos que debe fijarse como indemnización la suma alzada de 6.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada, al producirse una pérdida de oportunidad terapéutica al paciente fallecido D. Ignacio González Gimilio, debiendo ser abonada a su hermana reclamante la cantidad de 6.000 euros, en efectivo y con cargo a la partida presupuestaria correspondiente.

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