

JUZGADO DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO NUMERO 1 DE ALMERIA CARRETERA DE RONDA 120, BLOQUE B, 7ª PLANTA C.P. 04005 Tlf.: 600.159.326. Fax: 950-20-41-23 NIG: 0401345320200001788

Procedimiento: Procedimiento ordinario 459/2020. Negociado: 3

Procedimiento principal:

Procurador/a Sr./a.: MONTSERRAT ANGELES BAEZA CANO

Letrado/a Sr. D. Eduardo Forte Berrier.

Contra: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD , Recurso contencioso administrativo de responsabilidad patrimonial del SAS con número de referencia 19401-0401/2019 por el mal funcionamiento del servicio publico, contra la desestimación presunta por silencio administrativo contra la reclamación de 17/12/20, y resolución expresa de fecha 27/04/2022 dictada por el Director Gerente del SAS.

SENTENCIA Nº 251/2025

En Almería, a 16 de abril de 2025.

Magistrado-Jueza sustituta del Juzgado de lo Contencioso- Administrativo nº 1, ha visto los presentes autos de Recurso Contencioso-Administrativo nº 459/2020 tramitados por las normas del procedimiento ordinario, en el que han sido parte demandante.

CUADRADO representados por el Procuradora Dª Montserrat Angeles Baeza Cano y asistidos del Letrado D. Eduardo Forte Berrier.

Contra: El **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS)**, asistido por el Servicio jurídico del **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**.

Sobre Recurso contencioso administrativo de responsabilidad patrimonial del SAS con número de referencia 19401-0401/2019 por el mal funcionamiento del servicio publico, contra la desestimación presunta por silencio administrativo contra la reclamación de 17/12/20, y resolución expresa de fecha 27/04/2022 dictada por el Director Gerente del SAS.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- -

En fecha 17/12/2020, se presentó escrito formulando recurso contencioso-administrativo frente a **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**, contra la desestimación



presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial por el que su día se incoo el expediente de responsabilidad patrimonial del SAS con número de referencia 19401-0401/2019 sobre responsabilidad patrimonial por el mal funcionamiento del servicio publico contra la desestimación presunta por silencio administrativo contra la reclamación de 17/12/20, y resolución expresa de fecha 27/04/2022 dictada por el Director Gerente del SAS.

SEGUNDO.- Admitido a trámite el recurso por Decreto de veintiuno de diciembre de dos mil veinte, y tras los tramites oportunos, se requirió el expediente administrativo y una vez recibido (tras dos ampliaciones) se emplazó a la parte actora para que formalizase demanda, tramite que cumplimentó mediante escrito presentado en fecha 21/07/2021 en el que, tras invocar los hechos y fundamentos de derecho que tuvo por conveniente en defensa de su pretensión, solicitó que se dictara sentencia por la que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración responsable, y se reconozca el derecho de mis mandantes a ser indemnizados con un principal de 100.000 €, cantidad que deberá ser actualizada conforme al I.P.C. acumulado desde la producción del daño, el 26/10/2018, a la fecha de la sentencia; e incrementada en los intereses de demora de la LGP en adelante (art. 34.3 de la Ley 40/15) hasta el efectivo pago.

Fija como hechos controvertidos: -Defectuosa asistencia sanitaria. -Daño antijurídico y nexo causal con lo anterior. -Entidad y valoración de dicho daño antijurídico.

TERCERO.- Dado traslado de la demanda y expediente administrativo al SAS como la Administración demandada y emplazada la misma para contestar la demanda, presentaron escritos de contestación en el que, tras oponer a falta de ANTIJURICIDAD en la asistencia recibida, ausencia de NEXO CAUSAL, pérdida de oportunidad, quantum indemnizatorio reclamado e intereses de demora y legales, interesó que se dictara sentencia por la que se desestimara la demanda.

CUARTO. Por auto de fecha 07/10/2021 se recibió el procedimiento a prueba, admitiéndose las propuestas por las partes:

De las pruebas propuestas por la parte RECURRENTE se acuerda lo siguiente: Documental, expediente administrativo y documentos aportados con la demanda. Y Pericial .

De las pruebas propuestas por la parte DEMANDADA, se acuerda lo siguiente: Documental, expediente administrativo y documentos aportados con la contestación a la demanda y Pericial .

Siendo practicadas las pruebas conforme consta en acta digital unida al procedimiento.

QUINTO.- Acordado el trámite de conclusiones quedaron los autos vistos para sentencia.

SEXTO.- En la tramitación del presente procedimiento se han observado, las prescripciones legales.



FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 139 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo común 30/1992, de 26 de noviembre), como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquélla a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; todo esto teniendo en cuenta que no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan sólo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo (artículo 141.1 de la Ley 30/92), por no existir causas de justificación que lo legitimen. Para que el daño sea indemnizable, además, ha de ser real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas (artículo 139.2 de la Ley 30/92), debe incidir sobre bienes o derechos, no sobre meras expectativas, debe ser imputable a la Administración y, por último, debe derivarse, en una relación de causa a efecto, de la actividad de aquélla, correspondiendo la prueba de la concurrencia de todos estos requisitos al que reclama, salvo que la Administración alegue como circunstancia de exención de su responsabilidad la fuerza mayor, en cuyo caso es a ella a quien, según reiterada jurisprudencia, corresponde la prueba de la misma.

Los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, establecen los requisitos necesarios para que nazca la responsabilidad patrimonial de una Administración Pública y pueda indemnizarse a un particular:

- 1) Actuación u omisión por parte de una Administración Pública. Funcionamiento normal o anormal de un servicio público.
- 2) Lesión sufrida por un particular en sus bienes o derechos, y que resulte evaluable económicamente e individualizado.
- 3) Nexo causal entre la actuación de la Administración y el daño sufrido.
- 4) Inexistencia de fuerza mayor.
- 5) Inexistencia de obligación jurídica de soportar el daño: antijuridicidad.
- 6) La reclamación debe ejercitarse dentro del año siguiente a la producción del daño o del momento en que su pudo ejercitar la acción.

En el ámbito de la sanidad, y dentro de la medicina-curativa, es criterio pacífico que el médico tiene una obligación de medios y no de resultados.

SEGUNDO.- Se ha de señalar que el concepto de relación causal se reduce a fijar qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final, como presupuesto o "conditio sine qua non", esto es, como acto o hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del anterior, aunque es necesario además que resulte normalmente idóneo para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del



caso, hasta alcanzar la categoría de causa adecuada, eficiente y verdadera del daño (sentencias del Tribunal Supremo de 26 de septiembre de 1998 y de 16 de febrero de 1999, entre otras).

En interpretación de esta normativa en asuntos de reclamaciones de responsabilidad patrimonial derivadas de asistencia sanitaria, la doctrina jurisprudencial -por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 2008- tiene declarado que "(...) *el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006 , sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997)*".

Se ha de precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial -por todas, las sentencias del Tribunal Supremo de 29 de junio de 2010 y las que en ella se citan- viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico - sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001-.

Para ello se han de examinar los elementos probatorios aportados al proceso y valorarlos en su conjunto y según las reglas de la sana crítica -puesto que en nuestras leyes procesales no rige el principio de prueba tasada-, y aplicando, en su caso, las reglas sobre la carga probatoria establecidas en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al cual corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", correspondiendo al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

TERCERO.- Dice la parte recurrente que el padre de las recurrentes falleció el 26/10/2018 a causa de un cáncer de vejiga que fue tratado con manifiesto retraso y de forma inadecuada.

El nexo causal al que antes se ha hecho referencia requiere que, de forma indubitada, se acredite que existe una relación directa e inexorable entre un hecho y otro, en este caso, entre el fallecimiento y una actuación del personal sanitario que, de alguna manera, ha propiciado que aquel se produzca debido,



obviamente, a una mala praxis carente de dolo alguno; ello conlleva demostrar sin lugar a dudas que el hecho dañoso se habría podido evitar de haber sido otra la actuación verificada, y que la actuación llevada a cabo haya sido contraria o inadecuada para esa finalidad, o que, al menos, no haya sido la suficiente; en ello influirá no solamente las acciones llevadas a cabo, sino las circunstancias que rodeaban a la persona fallecida.

Se ha realizado una labor de integración de los hechos que constan en el EA (dimanantes de documentos procedentes de la sanidad pública), poniéndolos en relación al único dictamen pericial que ha sido ratificado en este procedimiento. Y he de anticipar que en este caso, concurre el nexo causal de la deficiente actuación del servicio sanitario, con el fallecimiento, por los siguientes motivos:

Son hechos acreditados, porque se recogen en documentos de sanidad pública (EA):

- Consta en el EA que él, paciente de 61 años, con antecedentes de exfumador, EPOC leve en seguimiento por neumología , DM insulín dependiente, hematuria desde el 2011 con biopsia negativa e ingreso en 2015 por neumonía. Comienza el 09/05/2017 proceso asistencial en el Servicio de Urología del Hospital La Inmaculada tras varios episodios de hematuria. En tto con tamsulosina, simvastatina, metformina, spiriva, seretide, omeoprazol insulina y lyxumia.

-Consta que tenía desde el año 2011 diagnosticado CISTOPATÍA CRÓNICA POLIPOIDE. En noviembre de 2016 le manifestó a la Dra. del servicio de medicina interna del Hospital La Inmaculada que presentaba nicturia y escozor, y que tras un análisis le habían descartado infección, siendo derivado en noviembre a urología (vid folio 883 y 884 del exp. advo). Por este servicio fue valorado el 17/05/2017 (6 meses después) y ante la clínica del paciente se le prescribió una ecografía y una cistoscopia (vid. Folio 937 exp. Advo).

-Según informe de evolución de fecha de 09/06/2017, se le detectan lesiones sospechosas de tumor vesical. En ese mismo momento se acuerda por el urólogo realizar una resección transuretral vesical (RTU). Fue puesto en lista de espera quirúrgica en el Hospital La Inmaculada, de Huércal-Overa con código (57.49, otra excisión o destrucción transuretral de lesión o tejido de vejiga), cuyo plazo de espera es de seis meses.

Conforme la pericial del perito de la parte recurrente, la cistoscopia solo establece un diagnóstico de sospecha, y en ningún caso permite la estadificación del tumor. La resección transuretral (RTU) es una prueba diagnóstica quirúrgica (amén de que en ciertos casos de tumores muy iniciales puede ser curativa) que permite, una vez analizada la muestra extraída, estadificar el tumor, es decir, saber hasta dónde llega. Por tanto, y a la espera de dicho estudio, la resección transuretral es una prueba diagnóstica y de estadificación. El decreto 96/2004, de 9 de marzo, establece un máximo de 30 días para procedimientos diagnósticos.

- Que no es hasta el 09/11/2017 cuando se le realizó una RTU vesical . En esta intervención además de resecar la lesión, se le hizo una biopsia y se remitió a anatomía patológica para estudio. Vid. folio 857 y 858 exp. advo.

- En fecha 10/11/2017 obra informe de ANATOMIA PATOLÓGICA que confirmaba la malignidad del tumor. Vid. folio 936 exp. advo.



- El 16/11/2017 acude al servicio de urgencias del Hospital Comarcal La Inmaculada por retención urinaria (vid. Folio 849). El 01/12/2017 el paciente vuelve a acudir al servicio de urgencias del Hospital Comarcal La Inmaculada por retención urinaria (vid. f. 847). El 03/01/2018 tiene que volver al servicio de urgencias del Hospital Comarcal la Inmaculada por infección de orina (vid. Folio 845). Ninguno de los médicos (no urólogos) que ven al paciente esos días hace mención a la búsqueda y valoración del resultado de anatomía patológica, cuyo informe era visible en el sistema informático desde el 14 de noviembre de 2017.

Y valorado por urología el 5/12/2017, (folio 861), a pesar de que el resultado de la anatomía patológica ya estaba, se limitaron a valorar la retención urinaria, lo que constituye una omisión muy grave.

El 19/12/2017 vuelve a pasar consulta con el servicio de urología del Hospital Comarcal la Inmaculada (vid folio 862), omitiendo el urologo el antecedente reciente de intervención, pone que la siguiente revisión es en septiembre de 2017 (fecha ya pasada en ese momento), y en el diagnóstico refiere "hematuria a estudio", obviando el diagnóstico clínico de cáncer vesical, del que ya disponía, pendiente de anatomía patológica. Sucesión de errores, que devinieron en un nuevo retraso: el paciente tuvo que esperar para el diagnóstico a su siguiente cita, según indica en la pericial el perito de la recurrente.

Los médicos de urgencias, el 03/01/2018, hacen el diagnóstico clínico de infección urinaria, sin que conste la confirmación mediante urocultivo, cuando los síntomas que tenía el paciente eran también compatibles con cáncer de vejiga en progresión. Tampoco comprobaron la anatomía patológica.

- El 14/02/2018 en consulta del Servicio de Urología le comunican los resultados de la biopsia AP T1 ALTO GRADO. Se indica BCG y cistoscopia de control (vid. Folio 862), el informe de 26/04/2018 sobre citología de orina es positivo para celdas neoplásicas.

El urólogo que ve al paciente el 14/02/2018, comete un nuevo error: valora la anatomía patológica pero, en contra de lo que indican las guías clínicas internacionales y por tanto no ajustándose a la lex artis, NO INDICA NUEVA INTERVENCIÓN. Los tumores T1 en una resección transuretral presentan un alto índice de infraestadificación, es decir que, aunque la anatomía patológica diga que no tiene raíces hacia la profundidad del músculo vesical (T1), muchos tumores son realmente al menos un T2.

Siempre que un paciente tras una primera RTU tiene un tumor de vejiga T1, debe volver a operarse, profundizando en la cicatriz para analizarlo y descartar tumor infiltrante.

Pero es más, esta re-RTU, debe hacerse entre dos y seis semanas después de la primera, - no en este caso, debido a que ya había pasado con creces ese plazo, doce semanas-. Se suman por tanto los errores de las consultas de 5 y 19 de diciembre de 2017, al no valorar la anatomía patológica, cuando todavía estábamos en plazo para la RTU. Y el error del 14/02/2018 por no indicar, aunque fuera tarde, la misma.

Si se hubiera hecho la re-RTU (que no se encuentra en el EA por el perito recurrente), y se hubiera confirmado que el tumor no era musculoinfiltrante (es decir, que se confirmara que era un T1) habría estado perfectamente indicada la BCG que se prescribió en ese momento. Es un tratamiento de inmunoterapia que se introduce dentro de la vejiga, y que ha demostrado que disminuye significativamente en estos casos el riesgo de recaída del tumor y de progresión del mismo. "Pues bien, este perito no ha encontrado en el expediente evidencia alguna de que dicho tratamiento se citara ni se administrara, ni la causa por lo que no se hizo".

- En fecha de 22/02/2018 se le practica cistoscopia que informa de zona edematosa (f. 862).



- En fecha de 21/03/2018 se realiza citología que es positiva para células neoplásicas (f. 935) o cancerosas. Conforme informa el perito, es un contrasentido que se prescriba una prueba que sirve para descartar un cáncer agresivo, y, encontradas estas, se cita al paciente a la consulta dos meses después de su realización.

- El 24/05/2018 el paciente niega el consentimiento para citoscopia (irrelevante en este caso), pero por el servicio de urología se recoge que la citología positiva es sospechosa de neoplasia por lo que se propone exploración bajo anestesia, que acepta para lo que ingresa el 06/07/2018. (f. 862-863).

- El 09/07/2018 se le practica la segunda RTU y se aprecia que la lesión vesical ocupa aproximadamente el 80% del espacio intravesical. Se realiza resección de parte de la lesión debido al claro aspecto infiltrativo (folio 836 y 841). En esta RTU también se biopsia parte de la lesión y el informe de anatomía patológica de fecha 16/07/2018 refleja la progresión del tumor (folio 934). Cuando operan (nueva RTU) al paciente casi un mes y medio después, el 6/7/2018. El tumor ya ocupaba el 80% de la vejiga de la orina (teniendo en cuenta que una vejiga normal tiene una capacidad media de 250cc...) A partir de ese momento, y en pocos días, al paciente se le realiza un TAC que ya demuestra que el tumor está fuera de la vejiga, invadiendo la grasa perivesical y presentando metástasis ganglionares: ya era tarde para poder curar a este paciente. El paciente es operado, extirpándole la vejiga y abocando la salida de la orina a piel del abdomen.

- Lo que ocurrió después fue una grave complicación de dicha intervención, que obligó a deshacer la derivación urinaria a piel y poner dos tubos definitivos directamente en los riñones, y dos meses después el paciente estaba lleno de metástasis, falleciendo. Desde el momento de la cistectomía radical, el perito de la recurrente no ve vulneración alguna de la lex artis, sino una desgraciada evolución.

En fecha de 12/07/2018 se le hace un TAC que describe un CÁNCER VESICAL T3N1 (folio 863 y 943).

En el Informe de AP de 16/07/2018 se manifiesta el avance de la enfermedad, por lo que el 23/07/2018 se programa citectomia radical para lo que ingresa el 29/07/2018 poniendo de manifiesto el informe definitivo de AP un estadio muy avanzada.

Ante la manifiesta proliferación del tumor - el tumor está fuera de la vejiga, invadiendo la grasa perivesical y presentando metástasis ganglionares -se decide practicar una cistectomía radical. La intervención se practica el día 31/07/2018 (folio 824). Tras la operación sufre diversas complicaciones (fuga por anastomosis) que precisan de nueva intervención quirúrgica (se deshace Bricker y se realiza nefrostomía bilateral permanente. Vid. Folio 820).

El 01/08/2018 obra informe de anatomía patológica tras la cistectomía que informa de 13 a 14 ganglios afectados y el tumor invade la próstata (folio 930).

Con fecha de 03/09/2018 recibió el alta hospitalaria (folio 603), pero poco después hubo de ser nuevamente ingresado (13/10/2018) con malestar general, dolor y fiebre (folio 559). En este nuevo ingreso le realizan una TAC (folio 938) que detecta metástasis generalizada del cáncer de vejiga (pulmonares y hepáticas). Se valoró entonces solo aplicar tratamiento paliativo y el paciente pidió el alta el día 25/10/2018, falleciendo al día siguiente en su domicilio (folio 790 y 50).



En resumen, se puede establecer sin duda en nexo de causalidad entre los reiterados retrasos en las citas de consulta, sumado a la mala praxis de los médicos, y la muerte del paciente debido a un cáncer que podría haber sido curado si se hubiera llegado a tiempo y se hubieran puesto los medios adecuados.

Por tanto, la mala praxis se concreta en lo siguiente:

- RETRASOS INJUSTIFICADOS POR MAL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO (20 meses de demora desde la derivación a urología el 30/11/16 y la intervención el 31/7/2018):

1º. Demora de más de cinco meses desde que fue valorado por Medicina Interna el 30/11/16 y derivado a Urología hasta que fue citada la primera consulta en esta especialidad el 9 de mayo de 2017.

2º. Demora de cinco meses, del 9/6/17 al 9/11/17 para, después del diagnóstico clínico de cáncer de vejiga, proceder a la intervención (resección transuretral)

3º. Demora de 3 meses para ver al paciente con los resultados de la anatomía patológica: de 9/11/17 a 14/2/18

-ACTOS MÉDICOS QUE NO SE ADECÚAN A LA LEX ARTIS:

1/. 5/12/17.- El paciente va a revisión de urología tras la resección transuretral, por dificultad para orinar, y el médico no valora el resultado de la anatomía patológica, ya emitido e informado.

2/. 19/12/17.- El paciente vuelve a revisión con el mismo médico, y éste no valora los resultados de nuevo, tratándose de un cáncer y teniendo revisión en febrero del año siguiente.

3/. 14/02/18.- El médico NO indica nueva intervención mediante RTU, que de hecho se debería haber hecho entre dos y seis semanas tras la intervención, es decir, como máximo el 21/12.

Finalmente, entiende que concurren tres actos médicos altamente reprochables.

1º Que no se realizara una segunda RTU entre dos y seis semanas tras la primera (como marcan la Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología).

2º Que no se aplicara, a pesar de la indicación, la inmunoterapia BCG.

3º Que, a pesar de las asistencias al servicio de urgencias por problemas urológicos y consultas con el servicio de urología, no se valorara por este servicio los resultados de anatomía patológico pasados más de tres meses desde la obtención de los mismos.

Conclusiones del perito informante:

Primera: Que las sucesivas demoras desproporcionadas en la asistencia al paciente y reflejadas más arriba (suman 20 meses), no fueron conforme a los estándares de asistencia, ya que se trataba de un



cáncer agresivo. Dichas demoras son la suma de mal funcionamiento organizativo del sistema sanitario y diversas vulneraciones de la lex artis por parte de los médicos que atendieron al paciente.

Segunda: Que por parte de los médicos urólogos que atendieron al paciente, los días 5 y 12 de diciembre de 2017 y 14 de febrero de 2018 no se tuvo en cuenta la historia oncológica del paciente ni se actuó según las indicaciones de las guías clínicas internacionales, y por tanto se vulneró la lex artis. El mayor error en esos momentos fue centrarse en una complicación puntual y no revisar la anatomía patológica, con informe ya emitido en esas fechas.

Tercera: Que queda establecido el nexo de causalidad entre las demoras injustificadas y la mala praxis por un lado, y por otro la muerte del paciente debida a un diagnóstico tardío de su cáncer agresivo, que no fue diagnosticado y tratado sino hasta casi 14 meses después del debut sintomático.

Por tanto, la reclamación de los recurrentes debe prosperar.

CUARTO.- Hay que indicar que la defensa letrada del SAS solicitó la ratificación del informe médico del Servicio de Aseguramiento y Riesgos del SAS, y del Coordinador del Servicio de Urología del Hospital de La Inmaculada, si bien, como consta en soporte digital, si bien, estando citados en legal forma y sin que conste en autos motivo alguno, no han comparecido a la vista renunciando el SAS expresamente a esas pruebas, como es de ver igualmente en dichas actas.

Respecto de la pericial que obra a los folios 964 y ss del EA del Coordinador de Servicio de Urología del Hospital La Inmaculada del Huerca Overa, (valorando esta prueba unicamente como documental) hay que decir que la misma no hace sino reflejar un relato cronológico de los hechos, sin analizar la praxis medica empleada en este caso concreto, por lo que no es de utilidad a los efectos de desvirtuar la pericial que ha presentado la parte actora, , sí ratificada, y ademas, emitida por especialista en urologia.

En cuanto al dictamen del SAS , elaborado, de fecha 07/04/2021 y que obra a los folios 1000 y ss, se le ha de dar el mismo tratamiento que al dictamen anterior, reproduciéndola unicamente como documental, sin que alcance la categoría de pericial. Y en ese sentido, invoca el DECRETO 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía dispone en su Artículo 3. Plazo máximo de intervención quirúrgica: “ *Las intervenciones quirúrgicas que se precisen para la atención de los procedimientos quirúrgicos relacionados en el Anexo 1 de este Decreto deberán realizarse en un plazo no superior a los 180 días naturales, contados desde la fecha de presentación por el paciente, o persona autorizada para ello, del documento de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sin perjuicio de que se aprueben plazos de respuesta inferior espera determinadas intervenciones, de acuerdo con lo establecido en la Disposición Adicional Quinta de este Decreto .*”

Sin embargo, como acertadamente indica la parte recurrente , apoyandose en la pericial que aporta (esta sí ratificada en fase probatoria), en el contexto de un proceso asistencial oncológico y que a través de la intervención (RTU) también se busca un diagnóstico definitivo del tumor al analizarse por anatomía patológica la parte resecada, en virtud de la Disposición adicional primera del citado Decreto 209/2001:



“Las intervenciones quirúrgicas que, según criterio facultativo, tengan carácter urgente y vital se practicarán con la celeridad que la práctica clínica aconseje en cada caso”.

El dictamen del SAS , elaborado, de fecha 07/04/2021 que obra a los folios 1000 y ss , y que solo puede reproducirse como documental, esta basado en el llamado Decreto de garantía, el cual define los plazos de respuesta quirúrgica dentro del SAS admitiendo hasta seis meses para el procedimiento 57.49 : (Otra escisión, o destrucción transuretral de lesión o tejido de vejiga).

Reconoce el perito del SAS un “defecto de calidad” al extenderse la asistencia hasta casi el límite obligado de respuesta en el caso concreto, pero para él no implica, ni se deduce de la bibliografía medica que este periodo tuviese influencia en el pronóstico final del paciente salvo como mera especulación.

En cuanto a “que se tardo casi tres meses en comunicar al paciente o familia la naturaleza del tumor” entiende el perito del SAS que no existe incumplimiento o desatención de norma o recomendación alguna, toda vez que fue citado para revisión de resultados (información) y toma de decisiones el 14/02/2018, prácticamente tres meses después del alta , cuando se prevé con seguridad que constara el dictamen anatomopatológico, que informe del diagnostico y estadiaje, a pesar de que entre estas fechas fue revisado evolutivamente del postoperatorio en dos ocasiones, el 05/12/2017 y el 19/12/2017, consultas que por cuestiones meramente organizativas estaban previstas para otros fines.

Sin embargo, dice la recurrente, a traves de su perito (pericial ratificada y confeccionada por especialista en urologia), que el Decreto Autonómico 96/2004, de 9 de marzo por el que se establece la garantía de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía establece en su artículo 4 que los procesos diagnósticos tendrán una duración máxima de 30 días, incluyéndose la oncología y urología como especialidades a las que se ha de aplicar este plazo. Así, es inequívoco que el plazo de casi seis meses que aparece en el EA para practicar la RTU no se ajustó a lo regulado por los decretos citados ni desde el punto de vista terapéutico ni diagnóstico.

Pero, es más, si analizamos el primer periodo del proceso médico denunciado, es decir, aquél que discurre entre la derivación a urología por el servicio de medicina interna (noviembre de 2016) hasta la fecha que se atiende al paciente en consulta de urología por primera vez (09/05/2017), nos percatamos que también se han incumplido los plazos que el Decreto 96/2004 determina para la primera consulta de asistencia especializada (que según su artículo 4.1, letra b es de 60 días).

Y como colofón y mayor abundamiento, si examinamos el periodo habido entre el informe de anatomía patológica de fecha 10/11/2017 (que recordemos establece el diagnóstico definitivo del tumor) y la valoración del mismo por el servicio de urología en fecha de 14/02/2018, comprobamos que han transcurrido más 90 días; periodo que supera con creces el de 30 días reflejado en el artículo 4. 1, letra c) del Decreto 96/2004.

QUINTO.- Establecido el nexo causal hay responsabilidad patrimonial de la Administración, procediendo en este apartado a su cuantificación.



Dice el perito de la recurrente que el cáncer de vejiga es un tumor, que ocurre con una incidencia de 9 casos por cada 100.000 varones al año, muriendo 3,2 varones por cada 100.000 habitantes y año como consecuencia de él. Es el 11º tumor maligno diagnosticado en la actualidad.

El principal factor de riesgo es el tabaco, que causa el 65% de los cánceres de vejiga en varones.

Consta en la documentación medica que, paciente de 61 años, tenía antecedentes de exfumador, EPOC leve en seguimiento por neumología, DM insulinodependiente, hematuria desde el 2011 con biopsia negativa e ingreso en 2015 por neumonía. Comienza el 09/05/2017 proceso asistencial en el Servicio de Urología del Hospital La Inmaculada tras varios episodios de hematuria. En tto con tamsulosina, simvastatina, metformina, spiriva, seretide, omeoprazol insulina y lyxumia.

Por lo que respecta a la presencia de un EPOC, concluyo que el paciente, de 61 años, o era o había sido fumador, por lo que algo de responsabilidad tenía implícita en el resultado final, la cual, para ser justos, no corresponde asumirla al SAS.

Con estos antecedentes, y visto el historial de evolucion que ha quedado recogido mas arriba nos encontramos ante un supuesto en el que, efectivamente, ante un cáncer tan agresivo, existe la incertidumbre acerca de si la aplicación del tratamiento adecuado en su momento oportuno pudiera haber provocado, no ya la evitación del fallecimiento, sino al menos la mejoría o la ralentización del proceso, aunque ello no excusa de la procedencia y pertinencia de tal actuación. Es pues precisa la aplicación de esta teoría, si bien debiendo tenerse en cuenta tambien las enfermedades de las que adolecía el paciente, tal y como antes se ha mencionado.

Dice la parte recurrente que el jurista ha de ser consciente de la ausencia de parámetros objetivos para valorar el daño que se denuncia. Como se sabe no existe en nuestro ordenamiento un baremo de obligada observancia que valore los daños causados a las personas con ocasión de una defectuosa asistencia sanitaria. Y en estos casos la aplicación de baremos de otros ámbitos, como podría ser el baremo de tráfico, resulta muy discutible, pues reconocerá el juzgador que de poco vale este baremo al no haber sido creado para casos como éste, para tasar conceptos como daño moral. Así, entendemos que la valoración y cuantificación debe determinarse de forma individualizada en cada caso.

Dicho lo anterior, es tarea del juzgador valorar con prudencia el daño, que la parte cifra en 100.000 euros globalmente.

A los meros fines orientativos, indica la parte recurrente que la indemnización resultante de aplicar la Ley 35/2015, en atención a que se trata del fallecimiento del único progenitor y a que los que reclaman son sus tres hijos -todos mayores de 30 años- la indemnización resultante sería la de 75.178,90 euros (20.883 € por cada uno de los hijos más un incremento del 25 % por ser el fallecido el único progenitor superviviente).

Otra posible formula de calculo podria ser la siguiente: Según los indicadores demográficos básicos que publica el INE, entre 2002 y 2022, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres en España ha pasado de 76,4 a 80,4 años; si el finado tenía 61 años, dicha edad equivale a un 75,8% de la esperanza de



vida establecida por el INE, que es la que viene a servir de referencia para el cálculo de las indemnizaciones por muerte en la Ley 35/2015.

Teniendo en cuenta los antecedentes médicos y la edad del paciente, entiendo que la reclamación económica que hace el recurrente es justa y conforme a derecho, por lo que procede la condena al SAS a indemnizar la cantidad de 75.178,90 euros que sugiere y desglosa el recurrente, porque así descontamos la parte de responsabilidad que tenía la propia víctima en la producción de la enfermedad que finalmente terminó con su vida, que conforme a la pericial aportada es responsable de al menos el 11% de los cánceres de vejiga diagnosticados en la actualidad.

Por lo tanto, la indemnización que corresponde por el fallecimiento asciende a la cantidad de 75.178,90 euros (20.883 € por cada uno de los hijos más un incremento del 25 % por ser el fallecido el único progenitor superviviente), conforme solicita la parte recurrente.

SEXTO.- En cuanto a la condena al abono de los intereses, concurre en este caso el art 106 de la LJCA que dispone:

1. Cuando la Administración fuere condenada al pago de cantidad líquida, el órgano encargado de su cumplimiento acordará el pago con cargo al crédito correspondiente de su presupuesto que tendrá siempre la consideración de ampliable. Si para el pago fuese necesario realizar una modificación presupuestaria, deberá concluirse el procedimiento correspondiente dentro de los tres meses siguientes al día de notificación de la resolución judicial.
2. A la cantidad a que se refiere el apartado anterior se añadirá el interés legal del dinero, calculado desde la fecha de notificación de la sentencia dictada en única o primera instancia.

Por tanto, para la Administración, el comienzo del día de cómputo de intereses es el de la notificación de la presente sentencia.

SEPTIMO.- En la presente sentencia se han estimado los motivos de impugnación de las resoluciones, si bien se desestiman los intereses de demora y el quantum indemnizatorio en la forma en que consta en el Suplico de la demanda (que es de 100.000 euros), por lo que se considera que la estimación es parcial, a efectos de costas, que no serán impuestas a ninguna de las partes.

OCTAVO.- Contra esta Sentencia cabe recurso de apelación que habrá de ser interpuesto en este mismo Juzgado en el plazo de 15 días desde la notificación de esta sentencia.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación

F A L L O



SE ESTIMA el recurso contencioso administrativo interpuesto contra El SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS), y por tanto declaro la responsabilidad patrimonial de la Administración responsable, reconociendo el derecho de los recurrentes a ser indemnizados con 75.178,90 €, con los intereses del art 106 de la LJCA.

Todo ello sin hacer imposición de costas causadas.

Notifíquese esta resolución a las partes, haciéndoles saber que, contra la misma, cabe interponer Recurso de Apelación en el plazo de quince días siguientes a su notificación.

Así por esta mi sentencia, lo acuerdo, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia por la Sra. Juez que la suscribe, en el día de la fecha, y hallándose celebrando Audiencia Pública. **DOY FE.**

En relación a los datos de carácter personal, sobre su confidencialidad y prohibición de transmisión o comunicación por cualquier medio o procedimiento, deberán ser tratados exclusivamente para los fines propios de la Administración de Justicia (ex Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal)''

