

Expediente Núm. 121/2006  
Dictamen Núm. 131/2006

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Bastida Freijedo, Francisco*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*Fernández García, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de junio de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 2 de mayo de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña ....., doña ....., doña ..... y doña ....., por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada a don ..... por el Hospital .....

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 11 de febrero de 2006 doña María ....., doña ....., doña ..... y doña ..... presentaron en el Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital ..... de Asturias, lo que condujo a la muerte de don ....., padre, tío, esposo e hijo, respectivamente, de las reclamantes.

Inician su relato indicando que “don ..... comenzó a padecer molestias,

posteriormente derivadas a dolor continuado, a partir de 1999. En febrero de aquel año fue remitido al Hospital ..... de Asturias, donde se le hizo un TAC por el Servicio de Radiodiagnóstico (...). Se diagnostica en él la existencia de un 'quiste renal en región posterior del riñón derecho, en la zona media', sugiriendo el informante 'controles ecográficos'. Posteriormente, en 2003, se vería que lo que realmente existía era un cáncer de páncreas; no sólo un quiste tras el riñón. Esta dualidad, que en 1999 podría ser difícil de determinar, hubiera sido detectada menos de un año más tarde si se hubieran hecho los 'controles ecográficos' recomendados ya entonces. Pero pese a la continuidad de las molestias abdominales, ese seguimiento recomendado no se hizo por los médicos de cabecera ni por el Hospital ..... de Asturias, a cuyo cargo estuvo en lo sucesivo la salud de don .....

Continúan su escrito señalando que "en mayo de ese mismo año 1999, al continuar las molestias, ya en el Hospital ..... de Asturias se hizo a don ..... una urografía intravenosa, de cuyo informe (...) no se deduce más que una atrofia en el riñón izquierdo, sin interés en este momento. Pero sí interesa destacar que de nuevo se vuelve a recomendar que se hagan controles ecográficos; y que éstos siguieron sin hacerse".

Señalan, a continuación, las reclamantes, que "en ocasiones posteriores don ..... acude a su médico de cabecera con distintas molestias, siempre en la zona media del tronco, siendo de notar que nunca en su historia médica se hace referencia ni siquiera al quiste en el riñón derecho, ya diagnosticado, ni a la atrofia del riñón izquierdo, también diagnosticada. Acompañamos dos notas médicas de sendas consultas (documentos nº 4 y 5), en las que puede verse la total ignorancia en que se mantienen los servicios médicos respecto de los diagnósticos ya hechos. Parece claro que no se consultaban nunca los antecedentes médicos ya documentados".

Continúan su relato indicando que "desde finales de 2000 don ..... presenta, además de las habituales dolencias, un cansancio crónico, pérdidas de peso y palpitaciones. Acudió al Centro de Atención Primaria de ..... a principios de 2001 y como consecuencia de dicha consulta, se le practicaron

diversas pruebas cardiacas (un Holter, un ecocardiograma) que no encontraron anomalía alguna. El informe médico de 18 de mayo de 2001 concluye que el paciente no tiene alteraciones cardiopáticas, detectando únicamente hipertensión, por lo que se recomienda al paciente una dieta pobre en sal, seguir con su tratamiento que ya venía realizando para controlar la tensión arterial y efectuar controles en su Centro de Salud. No se encuentra, pues, explicación al dolor y, con olvido total del quiste en el riñón diagnosticado desde hacía dos años, y de las reiteradas recomendaciones de seguimiento con controles ecográficos nunca realizados, se le despacha sin más (...). A primeros de 2002, don ..... efectuó nueva consulta médica por dolor en la zona abdominal superior, en este caso en el Hospital ..... de Asturias, y le fue diagnosticada gastritis leve congestiva (...). Al persistir el dolor abdominal, el paciente acude nuevamente al Hospital de ....., donde se le examina, y vuelve diagnosticar de `gastritis leve congestiva, reflujo duodenogástrico y gastroesofágico con síndrome dispéptico asociado´ (...). El paciente acudió nuevamente en noviembre de 2002 a la consulta del Hospital ..... por hinchazón abdominal, especialmente nocturna, acompañada de dolor, y una pérdida de peso que alcanzaba ya entonces a 14 kilos./ En ese momento, se le realizan nuevas pruebas (...) y, entre ellas, por fin, ecografía abdominal y TAC abdominal. De estas últimas resulta la presencia de una masa supuestamente pseudoquística que alcanza ya un volumen muy importante de 5,6 cm por 6,7 cm; se diagnostica pseudoquiste pancreático de aproximadamente 6 x 6 cm, y colon espástico, que difícilmente podrían explicar la sintomatología de palidez, dolores, cansancio y pérdida continua de peso. Pese a ello, y asombrosamente, no se acuerda ninguna investigación complementaria de la masa para determinar con seguridad su naturaleza. Y no se modifica el tratamiento previo, que sigue siendo Pankreoflat y Orfidal./ Se achaca su estado de salud y su delgadez (había perdido 14 kg desde el verano) al estrés o a la ansiedad que podía provocarle soportar las tareas derivadas del cuidado de (...), su mujer y su madre, ambas con importantes enfermedades degenerativas (...). Y se le recomienda visitar a un psiquiatra, habida cuenta de que el paciente tenía por

aquel entonces a su cargo el cuidado de ambas mujeres (...). No se efectuaron, por lo tanto, más pruebas al Sr. .... (...), no se le dio mayor importancia al asunto, manteniéndose un tratamiento exclusivamente contra los gases y la ansiedad, y previendo un control posterior mediante analítica”.

A continuación, señalan las interesadas que “don ..... se encontraba ya en un estado que no le permitía vivir solo con su mujer y su madre (...), ambas dependientes por tanto por completo de él”. Por ello, “en diciembre de 2002, la hija y sobrina de don ....., ambas hijas de su esposa (...), resolvieron trasladar a sus padres y abuela a Valladolid, donde ambas viven (...). Fue por entonces, en diciembre de 2002, cuando el Sr. .... visitó al psiquiatra con el ánimo de `obtener alguna mejoría´, a la vista de lo que le habían indicado en el Hospital de ....., sin que la visita a dicho profesional le aportase nada nuevo./ En marzo de 2003, don ..... había perdido ya 21 kilos de peso desde el verano anterior, y los dolores persistían, por lo que tras acudir a la consulta de su médico de cabecera (...) fue remitido para hacer una endoscopia al Hospital ..... de Valladolid donde fue ingresado en la Sección de Digestivo”. En este centro, señalan las reclamantes, “se practican al paciente numerosas pruebas incluidos análisis de sangre, resonancias magnéticas y diversos tipos de endoscopia del páncreas, PET (resonancia por protones), etc., (...). El informe de alta tras todo ello, de fecha 2 de abril de 2003, es demoledor (...). Se diagnostica un adenocarcinoma ductal de cuerpo de páncreas con MTX hepáticas; pseudoquiste pancreático abscesificado y drenado por quistogastrostomía endoscópica./ El resultado del PET practicado fue la existencia de metástasis en estadio 4 en hígado y pulmón, es decir, que el tumor iniciado en el páncreas ya afectaba los cuatro cuadrantes y los principales órganos vitales, por lo que era inoperable, prescribiéndose tratamiento con quimioterapia paliativa”.

Finalizan el relato de hechos señalando que “fue remitido directamente a Oncología a la mayor brevedad posible (11 días desde el alta en Digestivo). A partir de ese momento (marzo de 2003), el paciente ya continuó con su tratamiento en el Hospital ..... de Valladolid, sin ser su cáncer ya operable (...), hasta su fallecimiento el 13 de febrero de 2005”.

A continuación, señalan las reclamantes que concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, puesto que “es evidente que el paciente falleció por no haber sido detectado a tiempo su cáncer de páncreas. Es bien conocido por todos, y especialmente por la comunidad médica, que si el tumor se detecta a tiempo, es operable. En ausencia de diagnóstico, de un diagnóstico temprano, se deriva ineludiblemente el resultado muerte, que es el que finalmente se produjo./ Este resultado no se ha debido, como hemos visto, a que el paciente no hubiese acudido al médico hasta que el tumor se encontrase muy avanzado; don ..... realizó varias visitas refiriendo dolor e hinchazón abdominal, desde 1999 en que es examinado en el Hospital ..... de Asturias, donde ya se le diagnostica un quiste de riñón y se señala la necesidad de su seguimiento con ecografías. Sin embargo, y pese a ello, no se vuelven a hacer ninguna ecografía a don ..... hasta itres años más tarde, en noviembre de 2002!/ En el Hospital ..... de Asturias, pese a sus dolores, delgadez y palidez, no se le practicaron las pruebas necesarias para determinar a ciencia cierta la etiología de esa sintomatología (...). Es más, cuando por fin, en noviembre de 2002 se le empiezan a hacer pruebas serias y se detectó un `pseudoquiste´, no se siguió investigando si podía tener naturaleza maligna”.

Señalan, igualmente, que “el hecho lesivo, la falta de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado del cáncer es imputable al mal funcionamiento (del) Servicio de Salud del Principado de Asturias./ El fallecimiento de don ..... se debió a un error de diagnóstico del Hospital ... de Asturias, consecuente con no haber realizado a partir de febrero de 1999 las ecografías y demás pruebas pertinentes de seguimiento recomendadas por el Hospital ..... de Asturias desde entonces, que habrían permitido, vista la sintomatología del paciente, diagnosticar el cáncer de páncreas que sufría y que le originaba los dolores por los que repetidamente acudió a consulta. Si el paciente hubiera sido sometido a las pruebas médicas adecuadas a tiempo, como correspondía a la sanidad pública, sin duda su enfermedad habría sido localizada en momento en que era operable, como sucede con la mayoría de los

tumores que se detectan en fases tempranas. De hecho, la mortalidad relacionada con un tumor de páncreas operable está por debajo del 4%./ Don ..... presentaba desde el año 1999 todos los síntomas que obligaban en una buena atención médica a indagar exhaustivamente la posibilidad del cáncer de páncreas, máxime cuando una y otra vez acudía a los servicios médicos ante la insuficiencia de los medios recetados y su progresivo deterioro. Los síntomas eran dolor abdominal, que empeora cuando el paciente ingiere alimentos; debilidad, piel amarillenta debido a la acumulación de bilirrubina en la sangre; pérdida de apetito y de peso; náuseas y vómitos. Ante ello es obligado, además de los imprescindibles exámenes físicos, únicos que se hicieron sin sacar acertadas conclusiones, la práctica de análisis de sangre, orina y heces que permitan comprobar los niveles de bilirrubina, y en su caso de marcadores adecuados; escáner (...); ecografía o ultrasonografía (...); colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) (...); colangiografía percutánea transhepática (...); biopsia y punción (...). Todo ello son pruebas que se practican cotidianamente en la medicina pública española, y que si no siempre están justificadas, sí lo estaban sin duda, desde momento muy temprano, en el caso de don .....

Concluyen este punto indicando que "mientras que el Hospital ..... no efectuó prueba alguna encaminada a la detección del tumor durante casi tres años, el Hospital (...) de Valladolid las practicó de forma inmediata. En ambos casos, el paciente acudió al médico con los mismos síntomas./ Asimismo, mientras que en el Hospital ..... se diagnosticó pseudoquiste pancreático en diciembre de 2002, sólo dos meses después, en febrero de 2003 ya se diagnosticó la presencia del tumor maligno en estadio 4 por parte del Hospital (...) de Valladolid, con metástasis extendida por hígado y pulmones. Parece claro que el diagnóstico del centro hospitalario de ..... fue injustificadamente negligente, y olvidó tener en cuenta los conocimientos básicos sobre oncología que existen desde hace ya muchos años (...). Por lo tanto, existe una grave inobservancia de la lex artis ad hoc en el supuesto que nos ocupa, por lo que la Administración a la que nos dirigimos debe ser responsable del daño

producido./ La prueba más evidente de que la atención prestada en el Hospital ..... de Asturias no cumplió con los procedimientos médicos aplicables en aquel momento, según el estado de la ciencia, la constituye un estudio doctrinal publicado por el equipo médico que atendió al paciente en Valladolid (...) precisamente hecho sobre el caso de don ...../ Dicho estudio concluye claramente cuál debe ser el proceso de diagnóstico de un cáncer de páncreas como el que ellos diagnosticaron, tan pronto como don ..... acudió a dicho centro hospitalario”.

Sobre la cuantificación del daño, comienzan por señalar las reclamantes que “su viuda y su madre (...), ambas inválidas, dependían exclusivamente del fallecido para sobrevivir (...). A causa de la enfermedad de don ....., que le hizo perder peso, sentirse muy débil y soportar continuos dolores, tuvo de desplazarse a vivir a Valladolid con su esposa y madre, junto a sus dos hijas. El valor de venta del piso en el que vivían antes el fallecido, su esposa y su madre, en ....., fue de 72.000 euros, y el de compra en ..... fue similar. Estas operaciones obligan al pago del impuesto sobre transmisiones patrimoniales y gastos notariales y registrales sobre dicha cifra que han supuesto unos gastos forzosos de 5.000 euros, soportados por don ..... y su esposa, por lo que han de indemnizarse a ésta”.

Posteriormente, continúan relatando, “el fallecimiento de don ..... obligó a la familia, concretamente a la sobrina de don ....., doña ....., a vender el pequeño piso en que vivía con su hermana para adquirir otro mayor en el que pudieran acoger a su madre y abuela inválidas, obligándola a la inmovilización de ahorros forzosos que ello implica, lo que le ocasiona un perjuicio económico directo, que evaluamos en el 20% de la diferencia del precio de venta y el precio de compra de ambos pisos, por lo que por este concepto, la indemnización que deberá percibir doña ..... asciende a 22.800 euros./ Además, al fallecer la persona que se hacía cargo del cuidado de doña ..... y doña ..... las 24 horas del día, se ha hecho necesario contratar a dos personas para que asistan a las referidas señoras en su domicilio, ayudándolas a realizar las tareas más esenciales de la vida cotidiana”, que “entre las dos perciben mensualmente

la suma de 1.223,67 euros (...) Por ello, habida cuenta de que doña ..... tiene en la actualidad 69 años y que la esperanza de vida en mujeres españolas es de 82 años, procede abonar a la hija y a la sobrina del fallecido, doña ..... y doña ..... (...), la cantidad de 214.648,22 euros, que resultan de tomar el gasto anual entre ambas asistentas (14.684,04) y multiplicarlo por el número de años que restan hasta la edad de 82 años referida, aplicando el 3% en concepto de incremento de gastos previsibles por aumento del IPC en cada año (...) Por último, se valoran los daños derivados del fallecimiento en concepto de indemnización básica por muerte y daños morales, con la penosidad agravada del hecho de que tanto el fallecido como dos de las personas con derecho a indemnización poseen discapacidad física grave, empleando para ello el baremo establecido en la Ley 30/95 y actualizado al año del fallecimiento (...) y resultan las siguientes cantidades: para la viuda, 307.450,94 euros; para cada una de las hijas, 12.810,45 euros; y para la madre, 17.080,60 euros”.

Sobre la base de esos conceptos, concluye solicitando los siguientes importes indemnizatorios: “a doña ..... con la cantidad de 17.080,60 €; a doña ..... con la cantidad de 312.450,94 €; a doña ..... con la cantidad de 120.134,56 €; y a doña ..... con la cantidad de 142.934,56 €”.

A modo de “otrosi” las interesadas proponen la práctica de las siguientes pruebas:

“1) Documentales acompañadas con este escrito./ 2) (...) historia médica de don ..... (...) de los siguientes centros asistenciales: A) Área Sanitaria del ..... de Asturias ..... (.....); B) Hospital ..... de Asturias; C) Hospital ....., de Valladolid./ 3) Las siguientes escrituras notariales (...) -que, señalan, serán aportadas por las propias interesadas-; 4) Liquidaciones de impuestos y facturas de gastos notariales y registrales y otros gastos causados por las escrituras antes referidas” -que, igualmente señalan, serán aportadas por las interesadas-, solicitando “la apertura de un período de prueba para la práctica de la que queda expuesta”.

En un segundo “otrosi digo”, las reclamantes formulan “respetuosa protesta por el incumplimiento por dicho hospital de la obligación de poner a

nuestra disposición (el historial clínico completo” del paciente objeto de esta reclamación.

Finalmente el escrito de las reclamantes incluye una “autorización” a favor de tres (3) abogados “para poder presentar documentos, solicitudes y en general para acceder a los expedientes administrativos relacionados con la presente reclamación”.

Junto con el escrito de reclamación, presentan doce (12) documentos:

1) Libro de Familia.  
2) Burofax, remitido por una de las reclamantes al Hospital ....., entregado el día 14 de junio de 2005, solicitando la remisión de una “copia íntegra del historial médico de (el paciente) que fue tratado en ese Hospital y al que le corresponde la historia clínica número .....””, alegando estar legitimada en su condición de hija del fallecido.

3) Informe de Radiodiagnóstico del Hospital ..... de Asturias (en adelante .....), de fecha 18 de febrero de 1999, e informe de Radiología del Hospital ....., de fecha 24 de mayo de 1999. En el primero, en el que se diagnostica un “quiste renal”, se señala por el informante, “sugiero controles ecográficos”. También en el segundo, correspondiente a una urografía intravenosa, se indica por el médico informante “sugiero controles ecográficos”.

4) Informe, de fecha 21 de junio de 1999, del Centro de Atención Primaria de ....., sobre la atención sanitaria prestada por disminución de “agudeza visual y conjuntivitis”.

5) Informe, de fecha 26 de octubre de 2000, del Centro de Atención Primaria de ....., sobre la atención sanitaria prestada por “rinitis frecuente”.

6) Informe, de fecha 11 de enero de 2001, del Centro de Atención Primaria de ....., sobre la atención sanitaria prestada por “dolor torácico y palpitations”, que señala padecer “desde hace 2 meses”, junto con las pruebas diagnósticas efectuadas.

7) Informe clínico de alta, “en seguimiento” del Servicio de Medicina Interna del Hospital ....., de fecha 13 de noviembre de 2002. Señala dicho informe que fue “diagnosticado con anterioridad en nuestra consulta de gastritis

leve congestiva, reflujo duodenogástrico y gastroesofágico con síndrome dispéptico asociado (...)./ Acudió nuevamente a nuestra consulta por hinchazón abdominal especialmente en el periodo nocturno, acompañado de dolorimiento tipo retortijón y meteorismo”. Entre los estudios complementarios realizados señala una ecografía abdominal y un “TAC abdominal” y, como “juicio clínico”, recoge “pseudoquiste pancreático. Colon espástico”, recomendando “control posterior en Medicina Interna”. Junto con este informe, acompañan las reclamantes una copia del prospecto de las grageas “Pankreoflat”.

8) Informe de alta del Servicio de Digestivo del Hospital ....., de fecha 2 de abril de 2003. Entre los antecedentes, recoge dicho informe que “en el verano de 2002 es estudiado en ..... por abdominalgia, con FGC normal y colonoscopia con divertículos y dos pólipos adenomatosos en recto, extirpados endoscópicamente. En ecografía y TAC presentaba pseudoquiste pancreático de 6.7 cm./ (...) En enero de 2003 presenta dolor abdominal difuso de características funcionales, por lo que su médico le remite a consulta de Digestivo. Refiere incremento del dolor, que precisa analgesia continua, igualmente presenta pérdida de peso. Realizado estudio ambulatorio en RMN (26-2-2003) presenta en páncreas lesión quística de 7 cm. Realizada CPRE (6-3-2003) presenta comprensión extrínseca de pared posterior de cuerpo gástrico y wirsung amputado a 3 cm. de papila, accediéndose con guía a una colección de bordes irregulares, aspirándose líquido, que presenta citología sospechosa de malignidad. El paciente ingresa para proseguir su estudio”, ingreso que se produjo el 13 de marzo de 2003. Después de señalar todas las pruebas diagnósticas realizadas (RMN pancreática, CPRE, Ecoendoscopia y PET) diagnostican “adenoca. ductal de cuerpo de páncreas con MTX hepáticas./ Pseudoquiste pancreático abscesificado y drenado por quistogastrostomía endoscópica”, remitiéndolo a consulta de Oncología.

Junto con este informe de alta acompañan dos copias (una en inglés y otra castellano) de una “presentación sobre el cáncer pancreático atípico” que, según señalan las reclamantes, se refiere al caso objeto de este expediente, y que habría sido publicado por los doctores que atendieron al paciente en el

Hospital (...) de Valladolid, en internet. Acompañan también una tercera versión, con determinadas aclaraciones a los términos médicos empleados. En el documento en cuestión -folio 42 del expediente- se recoge la historia clínica de un varón de 60 años, que "refería durante 6 meses un dolor abdominal intermitente y difuso, con distensión abdominal, que había aumentado durante el último mes. Presentaba anorexia y pérdida de peso de reciente aparición". Añade dicho documento que la "ecografía endoscópica diagnosticó un cáncer pancreático 'ocultado' a RMN y TAC helicoidal por el actual pseudoquiste (...); si el diagnóstico con Eco endoscópica (no actualmente el estándar para los pseudoquistes se hubiese hecho tan pronto como se vio éste en Eco y TAC (...)) se podría haber diagnosticado un cáncer factible de quitar".

9) Resolución de la Consejería de Servicios Sociales, de fecha 27 de junio de 1996, sobre reconocimiento de minusvalía a doña .....

10) Resolución del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre reconocimiento de alta de empleada de hogar.

11) Declaración de doña ..... sobre los servicios que presta de asistencia y cuidado, en régimen interno, a doña ..... y doña ....., y sobre la contraprestación que recibe.

12) Declaración de doña ..... sobre los servicios que presta de asistencia y cuidado a doña ..... y doña ....., y sobre la contraprestación que recibe.

**2.** Mediante escrito fechado el 27 de febrero de 2006, notificado el día 6 de marzo, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante SISPPSS) comunica a la primera firmante del escrito la incoación del oportuno expediente. A su vez, y mediante escrito de 24 de febrero, el mismo Servicio comunica al Inspector de Prestaciones Sanitarias que "ha sido designado para elaborar el preceptivo informe técnico de evaluación".

**3.** Mediante escrito de fecha 24 de febrero de 2006 el SISPPSS solicita a la Gerencia del Hospital ..... la remisión de "una copia de la historia clínica del

(paciente) así como un informe del Servicio responsable de la asistencia". La Dirección Médica del Hospital ..... remite, con fecha 2 de marzo de 2006, una copia del historial clínico solicitado, pero no el informe del Servicio responsable de la asistencia objeto de la reclamación.

Entre los documentos que integran la historia clínica del paciente, podemos señalar los siguientes datos:

a) En el documento "curso clínico" -folios 55 a 59- se recoge lo siguiente: "8/11/01 (...). Acude por dispepsia. Distensión abdominal. Aerofagia. No ardor ni dolor abdominal". "30-04-02. Ha comenzado 3 semanas antes con hinchazón abdominal, flatulencia con eructos (...). Propongo estudio endoscópico". "14.06-02. Reflujo duodenogástrico y gastroesofágico. Gastritis leve". "24-9-02. Acude nuevamente por hinchazón abdominal especialmente en el periodo nocturno". "28-10-2002. Masa pancreática como hallazgo más relevante no evidenciado en un estudio ecográfico de julio. Mide 5.5 x 4.2 cm. No ant. pancreáticos (...). Solicito TAC abdominal". "15-11-2002. TAC abdominal. Pseudoquiste pancreático. Refiere una sintomatología abdominal difusa con malestar epigástrico nocturno asociado a nerviosismo, inquietud e insomnio (...). Plan: informe clínica, control en 4 meses con analítica".

b) Entre las pruebas realizadas figuran: "ecografía abdominal", realizada del 22 de julio de 2002 -folio 73-. Señala entre otras cuestiones "páncreas, bazo sin alteraciones ecográficas" y, como impresión diagnóstica, señala "litiasis renal izquierda"; "valoración del antígeno carcionembrionario", de fecha 30 de septiembre de 2002; "ecografía abdominal", de fecha 28 de octubre de 2002, que señala "masa (...) de aspecto pseudoquístico (...), que creo conveniente aclarar mediante TC"; "TC abdomen sin cont.", realizado el 5 de noviembre de 2002, que informa de un "pseudoquiste pancreático".

c) También se recoge en el "curso clínico" de fecha 22 de febrero de 2001 -folio 97-, la siguiente anotación "hace unos 15-16 años (...) siguió tratamiento antianginoso durante 1 año (...). Buena evolución hasta hace unos 4-5 meses en que a raíz de una situación de mayor tensión emocional

presentaba disnea en los esf. habituales y palpitac. Taquic. ocasionales. En la actualidad refiere mejoría espontánea”.

**4.** El día 9 de marzo de 2006 se elabora el Informe Técnico de Evaluación por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto. En dicho informe se señala que “el 08-11-2001 fue visto en el Servicio de Medicina Interna del Hospital ..... por dispepsia, distensión abdominal y aerofagia siendo diagnosticado de dispepsia abdominal con mejoría transitoria./ En el primer semestre de 2002 fue visto en dos ocasiones en Medicina Interna por hinchazón abdominal de predominio nocturno y meteorismo. Se realizaron estudios que incluyeron gastroduodenoscopia siendo diagnosticado de gastritis congestiva leve, reflujo duodenogástrico y gastroesofágico con síndrome dispéptico asociado./ (...) acudió nuevamente al Hospital en septiembre de 2002 por dolor abdominal difuso con malestar epigástrico nocturno, nerviosismo, inquietud e insomnio, sin síndrome general asociado. Los estudios realizados incluyeron hemograma y bioquímica en sangre y orina, que resultaron normales, y antígeno carcinoembrionario (CEA) negativo. La ecografía y el TAC abdominal pusieron de manifiesto la presencia de una masa pancreática a nivel del cuerpo del páncreas de 5,6 por 6,7 cm., etiquetada de pseudoquiste pancreático. El tratamiento consistió en la administración de enzimas pancreáticos y revisión en cuatro meses con controles analíticos previos (según informe de fecha 04-12-2002)./ Por motivos familiares, en diciembre de 2002 (el paciente) estableció su residencia en Valladolid, momento a partir del cual no mantuvo contacto alguno posterior con el Hospital ..... En enero de 2003 el perjudicado acudió al médico de familia de su nueva localidad de residencia por dolor abdominal difuso. Éste decidió remitirle a la consulta externa de Digestivo. El paciente refería aumento del dolor, que requería analgesia continua, y pérdida de peso. La bioquímica en sangre mostraba alteración de la pruebas de función hepática y notable aumento del CEA, con enzimas pancreáticas normales. Se practicaron entre otros estudios complementarios resonancia magnética, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ecoendoscopia y tomografía por emisión de

positrones (PET), que demostraron la presencia de un pseudoquiste pancreático abcesificado y de un adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas, descartándose terapéutica quirúrgica. Remitido a Oncología, fue sometido a tratamiento paliativo. Finalmente, tras la diseminación del proceso neoplásico el paciente falleció el 13-02-2005”.

En el apartado “valoración del caso”, el inspector informante señala que “el cáncer de páncreas (...) tiene una elevada letalidad, ya que provoca la muerte del 98% de los pacientes afectados. El 90% de las neoplasias de páncreas son adenocarcinomas ductales. Su sintomatología inicial es muy inespecífica (dolor abdominal, adelgazamiento e ictericia), lo que unido a la baja sensibilidad de las determinaciones serológicas (antígeno carcinoembrionario o CEA) y de los estudios radiológicos no invasivos, como el TAC y la ecografía, hace que sea extremadamente difícil el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas potencialmente resecable./ Cuando se sospecha clínicamente la enfermedad en un paciente con molestias abdominales vagas y persistentes, debe practicarse una ecografía y un estudio del tracto digestivo superior para descartar una hernia hiatal o un ulcus péptico. Cuando estos estudios no aportan nada, se puede recurrir al TAC. El TAC detecta el 80% de los cánceres pancreáticos, pero en ocasiones resulta difícil distinguir de las lesiones inflamatorias de la glándula pancreática. La utilización de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y de la ecografía endoscópica se reserva para aclarar datos ambiguos obtenidos con las pruebas no invasivas. Ésta última, la ecografía endoscópica, no está claro que pueda detectar enfermedad pancreática precoz, antes de que aparezcan alteraciones en los procedimientos radiológicos convencionales./ El único tratamiento eficaz del cáncer de páncreas es la resección completa del tumor, lo que sólo es posible en el 10 al 15% de los pacientes con cáncer de páncreas (...). Con arreglo (a) la documentación obrante en el expediente y a las consideraciones anteriores, pueden extraerse en este supuesto las siguientes conclusiones:

1. El perjudicado presentaba al acudir al Hospital ..... (...) una clínica sumamente inespecífica. La secuencia diagnóstica empleada en este centro,

mediante determinaciones analíticas y estudio del tracto digestivo superior realizadas en un primer momento parece correcta. La determinación posterior de marcadores serológicos de neoplasia y el empleo de técnicas radiológicas no invasivas, que detectaron la presencia de un seuquiste pancreático, también parecen conformes con el protocolo diagnóstico más arriba descrito y que refrenda la literatura científica consultada.

2. A partir de ese momento, por un cambio de domicilio, el perjudicado pierde todo contacto con el Hospital ..... desarrollándose todo el proceso diagnóstico ulterior en el Hospital ..... de Valladolid, donde ya la clínica, los parámetros serológicos y los estudios de imagen revelan la presencia de un tumor pancreático evidente.

3. El diagnóstico precoz del tumor (...) no fue posible en el Hospital ..... a pesar de que la secuencia diagnóstica utilizada fue correcta. Por lo general se trata de tumores que sólo dan la cara y son susceptibles de diagnóstico cuando alcanzan estadios avanzados y las posibilidades curativas se han visto desgraciadamente superadas.

En definitiva, cabe afirmar que los facultativos del Hospital ..... que han intervenido en la asistencia del perjudicado, al utilizar diligentemente los recursos diagnósticos a su alcance, conforme a los protocolos existentes, ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*”.

Finaliza su informe, señalando que “la actuación de los profesionales que (...) intervinieron en la asistencia sanitaria del perjudicado cabe reputarla de correcta y conforme a la *lex artis*, al haber realizado todos los estudios y pruebas que los protocolos vigentes establecen en el diagnóstico de la patología pancreática. Dichos profesionales no pudieron establecer el diagnóstico cierto y definitivo porque en un momento dado, por circunstancias familiares, el perjudicado cambió de domicilio y no mantuvo ningún otro contacto posterior con el centro sanitario” y que “el fallecimiento del perjudicado se debió a la naturaleza de su enfermedad, al ser el cáncer de páncreas una patología cuyo diagnóstico precoz, en estadios susceptibles de tratamiento eficaz, es altamente infrecuente por la inespecificidad de la clínica y la escasa sensibilidad de las

determinaciones serológicas y de los estudios radiológicos”, proponiendo en consecuencia que la reclamación “debe ser desestimada”.

**5.** Con fecha 13 de marzo de 2006 el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y al Hospital .....

**6.** Evacuado el trámite de audiencia, mediante oficio fechado el día 13 de marzo de 2006, las interesadas tomaron vista del expediente, a través de una tercera persona autorizada a tal fin en su escrito inicial, el día 24 de marzo de 2006, haciéndosele entrega de una copia de la totalidad del mismo, que en ese momento estaba integrado por ciento treinta y siete -137- folios. En esa misma fecha, y mediante comparecencia personal ante la Administración de dos de las interesadas, confieren poder de representación general en relación con este procedimiento, a favor de tres personas.

**7.** El día 5 de abril de 2006 dos de las interesadas presentan un escrito de alegaciones ante el SISPPSS. Comienza dicho escrito realizando un resumen del “historial clínico unido al expediente”, del que destacan lo siguiente:

“El 18/2/1999, el (...) Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital ..... de Asturias, emite informe sobre el resultado de un TAC (ecografía) de ambos riñones, que diagnostica quiste y litiasis renal, sugiriendo controles ecográficos (folio 101 del expediente)./ El anterior diagnóstico fue confirmado (...) el 24/5/1999 (folio 105), del Servicio de Urología del Hospital ..... de Asturias; recordando la sugerencia de controles ecográficos./ Dos años más tarde, el 2/4/2001 y el 26/10/2001 (folios 87 y 57) se le realizan radiografías de tórax, sin que se efectúen los controles ecográficos que habían sido sugeridos. Evidentemente, tales radiografías no muestran nada de interés./ El 28/10/2001, al referir el paciente dolor abdominal, se le practica una radiografía del abdomen (folio 70 del expediente), y ahí se detecta una masa de 5,5 x 4,2 cm de aspecto pseudoquístico en el área del cuerpo pancreático. El médico

firmante afirma que no aprecia 'otras variaciones con respecto a estudios previos en el resto de la exploración' (...). Ningún control ecográfico se hizo, y ninguna importancia se dio al hallazgo de una masa en el páncreas, pese a los dolores continuos del paciente./ Habrían de pasar aún varios meses, hasta el 5/6/2002, hasta que se volviese a atender al enfermo; en este caso, se practicaron biopsias antrales, diagnosticándose presencia de helicobacter pylori en el estómago. También se realizan análisis de sangre, pero no se efectúan más pruebas”.

Continúan relatando las reclamantes que “ante la insistencia de los dolores del paciente y la falta de explicación de los mismos, finalmente el 23/7/2002 se le practica una ecografía abdominal, donde se detecta de nuevo el quiste en el riñón, y se dice que tanto el hígado como el bazo como el páncreas aparecen normales (folio 73 del expediente). Si en la radiografía de 28/10/2001 ya se detectó una masa en el páncreas de 5,5 x 4,2 cm, ¿cómo pudieron los servicios médicos pasar por alto este dato al realizar la ecografía? La doctrina general actual coincide en afirmar que, para detectar tumores o carcinomas en el páncreas, el TAC normal no es recomendable, siendo necesario optar siempre por el TAC helicoidal (...) Lo único cierto es que, ante la detección de una masa que, unida al resto de síntomas hacían obligado sospechar de un posible tumor pancreático, en lugar de indagar a fondo se concluye diciendo que el páncreas aparece normal, y se despacha al paciente sin más./ El 11/10/2002 se emite informe por el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital ..... de Asturias, en relación a radiografía de colon que no detecta ninguna lesión en el mismo (folio 69)./ El 6/11/2002 (recordemos que por aquel entonces el paciente ya había perdido 14 kilos de peso), se realiza TAC helicoidal abdominal, encontrando una 'lesión nodular hipodensa que no capta contraste, bien definida, con unas medidas aproximadas de 5,6 x 6,7 x 3 cm., en íntima relación con el páncreas, compatible con pseudoquiste pancreático'. Pese a este hallazgo, el 13/11/2002 al paciente se le da el alta, diagnosticándosele pseudoquiste pancreático y colon espástico, sin modificar el tratamiento previo (un digestivo y un ansiolítico), y se prevé control posterior

únicamente mediante analítica”.

A continuación, las reclamantes valoran el informe técnico de evaluación y señalan que “en el presente caso el Sr. .... acudió en repetidas ocasiones al médico sin que se le practicase prueba alguna con ciertas garantías de detección sobre el páncreas, pese al hallazgo en una simple radiografía de una masa ya importante el 28/10/2001. Cuando se le realizaron algunas pruebas, en 2002, tampoco se sospechó de un cáncer de páncreas, pese al historial y a los indicios más que evidentes. Por tanto, en el presente caso si se hubiese atendido correctamente al paciente, el cáncer podría haberse detectado en un estadio inicial, y por lo tanto sería operable”. Añaden que el paciente “no presentaba una sintomatología inespecífica, sino precisamente todos los síntomas que la comunidad médica considera indicadores de la presencia de un cáncer de páncreas: debilidad, piel amarillenta, dolor abdominal (especialmente tras ingerir comida), pérdida de apetito y de peso, náuseas y vómitos; e incluso depresión. Si a esto unimos que la radiografía de 2001 y el TAC de 2002 que le fueron practicados detectaron ya un ‘pseudoquiste pancreático’, es evidente que debió sospecharse de que podría tratarse de un tumor, y no debieron perderse más de 13 meses realizando otra clase de pruebas y prescribiendo digestivos y ansiolíticos al paciente”.

Continúan señalando las reclamantes que “en el presente caso, el paciente acudió, en 1999, primero a su Centro de Atención Primaria y después al Hospital ..... de Asturias sin que, pese a haberle diagnosticado un quiste renal y una pequeña insuficiencia del riñón izquierdo, y haber recomendado su seguimiento con ecografías (lo que se reconoce expresamente en el informe técnico de evaluación), se haya vuelto a examinar la evolución del quiste (...). Cuando en 2001 acudió al Hospital ..... de Asturias con un dolor torácico (que según la doctrina puede ser indicativo de un cáncer en el cuerpo del páncreas), se practicó una simple radiografía que detectó una masa en el páncreas, y se le despachó sin realizar ninguna otra de las pruebas necesarias y sin hacerse absolutamente nada. A inicios de 2002 acudió nuevamente con dolor abdominal (otro síntoma del cáncer de páncreas), y se le diagnosticó gastritis leve

congestiva y ansiedad, recetándose Pankreoflat y Orfidal. Estos síntomas se prolongaron durante todo 2002, a los que se unió la pérdida de peso, vómitos, ictericia, etcétera, sin que se realizasen las pruebas que decimos. Finalmente, en noviembre de 2002, ante una nueva visita del paciente, ya muy debilitado, se realizó TAC y se diagnosticó pseudoquiste pancreático y colon espástico. Tampoco en este caso se realizó RMN ni se diagnosticó cáncer”.

Afirman, a continuación, las reclamantes que “en todo el tratamiento que durante 3 años se le realizó al paciente, pese a sus síntomas, y a su historial, no se practicó ni una RMN ni una EE. La negligencia es evidente”.

Continúan relatando las interesadas que “a las pocas semanas de trasladarse a Valladolid, los servicios de la Seguridad Social en dicha ciudad, con los mismos síntomas que presentaba don ..... desde hacía tres años, mandaron hacer las pruebas que tales síntomas requerían para descartar un cáncer. Pero lo encontraron cuando ya no tenía posibilidad de tratamiento curativo, sino meramente paliativo./ Por todo lo anterior, es claro que, hallándonos no ante un síntoma aislado, sino ante un cuadro de síntomas que, unidos entre sí, deben hacer sospechar al equipo médico de la existencia de un tumor maligno, el hecho de que el Hospital ..... concluyese, sin más, que la masa existente en el páncreas era un pseudoquiste, y que los síntomas podían calificarse como gastritis, es una falta de diligencia manifiesta”.

Las reclamantes se refieren a dos estudios “tomados de internet y (que) se encuentran disponibles en sus respectivas páginas, que figuran al pie de los folios en que se presentan”, cuya copia aportan junto con el escrito de alegaciones. En el primero de esos documentos, aparece la siguiente indicación sobre las pruebas de imagen -folio 157-: “aunque la ecografía abdominal suele ser la primera prueba diagnóstica que se realiza, es poco sensible (...). El TAC helicoidal abdominal es el test de imagen que recomendamos practicar inicialmente (...), actualmente, tiende a utilizarse la RM, sin embargo, no mejora la sensibilidad del TAC helicoidal (...). La EE es actualmente la técnica diagnóstica que presenta la mejor sensibilidad y especificidad del cáncer de páncreas en manos de un operador experimentado”. En el segundo documento,

que recoge una entrevista, de fecha 18 de noviembre de 2005, con dos especialistas del Servicio de Digestivo de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, señalan dichos especialistas sobre la ecoendoscopia que “se trata de una técnica que ofrece un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de la patología pancreática. Sin embargo, por el momento no está instaurada de forma generalizada en los centros hospitalarios españoles, por lo que nos encontramos con que en muchas ocasiones el cáncer de páncreas no recibe el manejo adecuado”. En el mismo documento, se señala que “la Clínica Universitaria incorporó esta técnica en el año 2000”.

Las interesadas señalan también en este escrito de alegaciones, que “es fundamental que ante un paciente con sintomatología compatible con cáncer de páncreas se realice una historia clínica completa con antecedentes familiares. En la historia clínica suministrada por el Hospital ..... de Asturias no constan tales datos, ni la petición de los mismos, lo que ya supone una clara negligencia”. Añaden que “tampoco se hicieron al paciente las pruebas necesarias para determinar la presencia por encima de los niveles, de alguno de los marcadores anteriores (se refieren a marcadores cancerígenos). Por tanto también aquí se actuó incumpliendo la lex artis. Sin embargo, en Valladolid sí se efectuaron test sobre dichos marcadores”.

El escrito de alegaciones detalla otro incumplimiento, consistente en este caso en que, dado que “la Clínica Universitaria de Navarra incorporó esta técnica en el año 2000 -se refieren a la ecografía endoscópica- (...), no se le informó (al paciente) de tal posibilidad, aunque, de acuerdo con la normativa de protección del paciente, a éste debe proporcionársele información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por no citar más normas)”.

Como conclusión, señalan las interesadas que “el paciente falleció como consecuencia de un diagnóstico erróneo y negligente del Hospital ..... de Asturias. Las causas de este error de diagnóstico fueron: / a) La inobservancia de las medidas de seguimiento exigidas tras la intervención por el quiste e

insuficiencia renal; concretamente, las revisiones ecográficas./ b) La pasividad ante la presencia de numerosos síntomas que, unidos, sugieren la posibilidad de un cáncer de páncreas: detección de masa de varios centímetros de grosor en una radiografía practicada en 2001, dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, ictericia, náuseas, depresión./ c) La ausencia de consulta o petición de antecedentes familiares, especialmente sobre pancreatitis crónica hereditaria./ d) La no realización de resonancia magnética o ecografía endoscópica complementarias de la ecografía helicoidal, una vez que de ésta se dedujo la existencia de un posible `pseudoquiste pancreático`./ e) La remisión del paciente a su casa, siguiendo con el tratamiento de digestivos y ansiolíticos, así como la visita al psiquiatra, en lugar de seguir examinándole para descartar la posibilidad del cáncer./ Dichas causas exceden, notablemente, el concepto de `error médico` dentro de los márgenes de la normalidad, y suponen una infracción de la *lex artis ad hoc*”.

A modo de “otrosí digo” insisten las reclamantes en que se practiquen tres pruebas propuestas en su escrito inicial: las historias médicas del “Área Sanitaria ..... de Asturias .....”, y del “Hospital ..... de Valladolid”, y “la confección de informe por la Comisión de Vigilancia de la Calidad Asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

Finalmente, acompañan como documento núm. 3 copias de dos artículos periodísticos en relación con una sentencia del TSJ de la Rioja sobre responsabilidad médica por retraso en la comunicación de un diagnóstico.

**8.** Con fecha 5 de abril de 2006, dos de las interesadas remiten al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias cuatro (4) documentos en relación con la compraventa de inmuebles referida en su escrito de alegaciones (dos escrituras de compraventa otorgadas en Valladolid y una otorgada en Oviedo) y una liquidación tributaria por una de las transmisiones citadas.

**9.** El día 11 de abril de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias resuelve sobre la práctica de las pruebas solicitadas por

las interesadas, denegando dicha práctica. En cuanto a la primera historia clínica (Centro de Salud de .....) señala que se recabó información telefónica y que “no se consideró relevante la información suministrada por éste para la elaboración del informe técnico de evaluación”. En cuanto a la segunda, porque a la vista del informe del Hospital de Valladolid que figura en el expediente, “dicho informe parece a todas luces suficiente (...) para adoptar la resolución que proceda en derecho”. Finalmente, en relación con el informe solicitado de la “Comisión de Vigilancia de la Calidad Asistencial del SESPA”, señala el instructor que “no existe dicha Comisión, e interpreto que se trata de la Comisión Central de Garantía de la Calidad del propio Hospital ....., cuya misión no es la de emitir informes en relación con las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ejercidas contra el centro, por lo que no se considera procedente acceder a lo solicitado”.

**10.** Con fecha 11 de abril de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora una propuesta de resolución, que inicia resumiendo la asistencia prestada al paciente de la siguiente forma: “1. (...) fue visto el 08-11-2001 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital ..... por un cuadro de dispepsia, distensión abdominal y aerofagia, siendo diagnosticado de dispepsia abdominal./ 2. En el primer semestre de 2002 acudió a consulta en dos ocasiones al Servicio de Medicina Interna por hinchazón abdominal y meteorismo. Los estudios practicados, que incluyeron una gastroduodenoscopia, evidenciaron una gastritis congestiva leve, reflujo dudeno-gastro-esofágico y síndrome dispéptico asociado./ 3. En septiembre de 2002 (...) acudió nuevamente al Hospital por dolor abdominal, malestar epigástrico nocturno, nerviosismo, inquietud e insomnio, sin síndrome general. Los estudios practicados, que incluyeron marcadores tumorales negativos, fueron normales. Los estudios de imagen mostraron la existencia de una masa pancreática en el cuerpo del páncreas, que fue etiquetada de pseudoquiste pancreático, cuyo tratamiento consistió en la administración de concentrados enzimáticos y revisión en cuatro meses, previos controles analíticos./ 4. En

diciembre de 2002 el perjudicado estableció su residencia en Valladolid (...). En enero de 2003 el paciente fue remitido (...) al Servicio de Digestivo del Hospital (...) por aumento del dolor abdominal que requería analgesia continua, y pérdida de peso. Los estudios analíticos mostraban alteración de las pruebas de función hepática y notable aumento de los marcadores tumorales. Los estudios de imagen practicados revelaron la presencia de un pseudoquiste abcesificado y de un adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas”.

A la vista de esos antecedentes, y después de señalar los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, concluye indicando que “en el caso que nos ocupa la actuación de los facultativos del Hospital ..... que por cuenta del Servicio de Salud del Principado de Asturias intervinieron en la asistencia sanitaria al perjudicado cabe reputarla de correcta y conforme a la ‘lex artis profesional’, al haber realizado los estudios y pruebas que los protocolos actuales establecen para el diagnóstico de la patología pancreática. El diagnóstico cierto y definitivo se produjo en un centro sanitario de otra Comunidad Autónoma a la que por motivos familiares se había trasladado./ El fallecimiento del perjudicado se debió, no como pretenden los reclamantes a una supuesta falta de diagnóstico temprano y de tratamiento adecuado, sino a la propia naturaleza de su enfermedad, al tratarse el cáncer de páncreas de una patología cuyo diagnóstico precoz -en fases susceptibles de tratamiento eficazes altamente infrecuente por la inespecificidad de la clínica y la escasa sensibilidad de las determinaciones serológicas y de los estudios de imagen, como en definitiva han venido a corroborar los artículos que los reclamantes han adjuntado a su escrito de alegaciones”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 2 de mayo de 2006, registrado de entrada el día 4 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del

expediente ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), parte de las reclamantes, doña ....., doña ..... y doña ....., están activamente legitimadas para solicitar la reparación del daño causado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que originaron la reclamación. Por el contrario, de la documentación obrante en el expediente, no consta fehacientemente acreditada la condición de madre del perjudicado de doña ....., y por tanto su legitimación.

El Principado de Asturias, en cuanto titular del servicio sanitario frente al que se reclama, está pasivamente legitimado.

**TERCERA.-** La reclamación se presenta dentro del plazo de un año establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, que dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la

indemnización o de manifestarse su efecto lesivo”. En efecto, la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso el día 11 de febrero de 2006 y el hecho que motiva la reclamación sucedió el 13 de diciembre de 2005, por lo que se ha presentado dentro del plazo de prescripción señalado.

**CUARTA.-** El procedimiento aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Debemos señalar que no se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar a las interesadas, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo normativamente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo. No obstante, nada impide la resolución del expediente, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, lo más importante que debemos poner de manifiesto es que en el curso del procedimiento no se ha incorporado el informe del servicio responsable de la prestación sanitaria. En el oficio remitido por el instructor al Hospital ....., de fecha 24 de febrero de 2006, se solicitaba de dicho centro sanitario una “copia de la historia clínica del (perjudicado), así como un informe del Servicio responsable de la asistencia”, solicitud que hemos de valorar

correcta, pues resulta acorde con el mandato imperativo que se contiene en el artículo 10.1, párrafo segundo, del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que textualmente señala: “En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”; informe que, según señala el punto 2 del mismo artículo citado, habrá de ser emitido en el plazo de diez días. Pues bien, pese a haber sido solicitado oportunamente, el centro sanitario no remitió tal informe, y el instructor continuó la tramitación del procedimiento como si tal omisión no se hubiera producido. A este respecto, considera este Consejo que la omisión de tal trámite no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, puesto que se impediría así la visión que el servicio implicado habría de dar sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. Por ello, y puesto que se trata del único informe preceptivo establecido en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, este Consejo Consultivo no puede entrar a valorar el fondo de la cuestión sometida a nuestra consideración, debiendo retrotraerse el expediente al momento en que se produjo tal omisión.

Se advierte, también, en el expediente la omisión de actos expresos de instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo período de prueba y la determinación de su plazo, así como, en lo que a la práctica de pruebas se refiere, que no se han realizado estrictamente todas las propuestas por las interesadas, sin que conste la preceptiva resolución motivada del instructor, en los términos de lo establecido en el artículo 9 del repetido Reglamento de Responsabilidad Patrimonial.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada y que debe retrotraerse el procedimiento en los términos que hemos dejado expuestos en la consideración Cuarta del cuerpo de este Dictamen y, en

su caso, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.”

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

EL PRESIDENTE,