

Expediente Núm. 155/2006
Dictamen Núm. 170/2006

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 7 de septiembre 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 12 de junio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, en nombre y representación de doña, por los daños sufridos con motivo del fallecimiento de su esposo como consecuencia de lo que califica de defectuosa asistencia sanitaria en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de junio de 2005, registrada de entrada el día siguiente en la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, doña, en nombre y representación de doña formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la, a

su juicio, defectuosa asistencia médica prestada a su esposo, don, en el Hospital

Expone la reclamante en su escrito que el día 7 de julio de 2004 "mi esposo, D. falleció, tras una angustiosa y dolorosa enfermedad, a consecuencia de un carcinoma colorectal, por el que se sometió a radioterapia entre el 29 de abril y el 7 de junio de 2002, en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital, tras haber sido intervenido quirúrgicamente el día 28 de febrero de 2002. (...) el día 4 de febrero de 2003, D. fue nuevamente intervenido, realizándose tumorectomía de las metástasis que se le habían detectado previamente en segmentos IVA y VIII, colocándole un catéter intraarterial en la arteria gastroduodenal, de infusión de quimioterápicos en hipocondrio derecho".

Continúa relatando que "el día 25 de junio de 2003, D. acudió a Urgencias por dolor epigástrico y vómitos de 3 días de evolución, habiendo recibido la última dosis de quimioterapia intraarterial a la que estaba sometido dos días antes de tal cuadro. En el Servicio de Cirugía General del Hospital le practican una arteriografía a través del catéter (día 1 de julio de 2003), observándose `floculación de contraste a nivel del catéter con importante estrechamiento arterial´, solicitando consulta preferente en la unidad de cirugía hepatobiliar para valorar retirada del catéter y posteriores revisiones en el Servicio de Oncología Médica".

Añade a continuación que "observando que su evolución no era satisfactoria y que los dolores gástricos persistían (...), se trasladaron a la Clínica Universitaria de, ingresando el día 15 de octubre de 2003, realizándole diversas pruebas (...). Tras una inyección de contraste a través del portacatéter intraarterial se comprueba que la punta de la cánula intraarterial estaba desviada (impactada) en una rama de la arteria hepática izquierda, comprobándose, asimismo, la presencia de trombosis de la arteria hepática (...) secundaria a la implantación intraarterial del catéter, así como también a la administración de citostáticos por esa vía", lo que, según aduce, significa que "el catéter intraarterial estaba obstruido, acodado, de forma que cuando el

líquido quimioterápico le era suministrado por vía arterial hasta la zona central del hígado, para atacar la enfermedad hepática, no solamente no llegaba el medicamento a su destino, sino que al no poder secretar bilis el hígado, se produjo una obstrucción biliar, no advertida, con auténticos lagos estancados de bilis”.

Refiere además que “cuando D. fue ingresado en la Clínica Universitaria de, llegaba con el hígado deshecho, con grandes padecimientos y dolores insufribles”, y añade que “a consecuencia de esa incorrecta administración continuada del quimioterápico, le quedó afectado el páncreas (...). Una vez descubierta en esa obstrucción biliar (...), se procedió a la realización de drenaje biliar externo y biopsia guiada por TAC de masa presacra para estudio, que confirmó histológicamente la presencia de una metástasis infiltrante del sacro, precisando D., durante el ingreso, consulta y tratamiento por parte de la unidad del dolor, debido a los insufribles padecimientos de que era objeto, falleciendo meses después por la negativa evolución metastásica”.

Tras señalar los requisitos legalmente exigidos para declarar, en su caso, una eventual responsabilidad de la Administración, analiza su concurrencia en el presente caso. En particular imputa a la Administración “un proceder negligente concretado en la defectuosa colocación del catéter intraarterial”, alegando además que “no hubo una correcta vigilancia y seguimiento de la sonda para que ésta estuviese en la posición adecuada para el suministro del medicamento” resultando que “la consecuencia de ello fue una obstrucción biliar, que le pasó inadvertida absolutamente al personal sanitario del Hospital, precipitándose su muerte”.

Finalmente solicita indemnización “teniendo en cuenta el sufrimiento continuo que ha tenido que soportar el paciente y su familia (...) dirigida a paliar los daños psicológicos y la incidencia en su vida personal y profesional”. Añade que “la indemnización, comprensiva del daño moral y el perjuicio patrimonial por lucro cesante, se calculará atendiendo las circunstancias personales, laborales y familiares de los reclamantes, así como el papel de la

patología y demás circunstancias concurrentes en la lesión”, por lo que aplicando tales criterios estima “correcta la fijación de la indemnización en la cantidad de 90.278,04 € (noventa mil doscientos setenta y ocho euros con cuatro céntimos de euro). Además, teniendo el matrimonio dos hijos mayores de edad, de 35 y 24 años, respectivamente, al tiempo del fallecimiento del padre, conforme a la normativa expuesta, la indemnización debe elevarse en 15.046,34 € (quince mil cuarenta y seis euros con treinta y cuatro céntimos de euro) para D. y en 7.523,17 (siete mil quinientos veintitrés euros con diecisiete céntimos de euro) para D., lo que arroja un montante indemnizatorio para la esposa e hijos de 112.847,55 € (ciento doce mil ochocientos cuarenta y siete euros con cincuenta y cinco céntimos de euro)./ A dicha cantidad debe aplicársele el 10% del factor de corrección por perjuicios económicos derivados de los ingresos de la víctima, es decir, 11.284,75 € (once mil doscientos ochenta y cuatro euros con setenta y cinco céntimos de euro), lo que arroja como cantidad indemnizatoria total solicitada para la esposa e hijos la suma de 124.132,30 € (ciento veinticuatro mil ciento treinta y dos euros con treinta céntimos de euro).

En último lugar justifica la cantidad reclamada en las siguientes razones: “en primer lugar (...) estamos ante un supuesto de responsabilidad de carácter objetivo; en segundo lugar, no cabe olvidar la no desdeñable influencia en el fallecimiento del paciente, con una clara precipitación del mismo, la falta de seguimiento de la administración del medicamento a través de la sonda, tras una deficiente colocación de la misma, así como la falta de previsión, con la anticoagulación debida, lo que desencadenó en el lamentable resultado de la muerte de D.; y en tercer lugar, el criterio de la fijación de indemnización en supuestos similares al presente, con aplicación de la Ley 30/1995 y sus posteriores actualizaciones por las resoluciones anuales dictadas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como criterio orientador, viene siendo acogido por los Tribunales para casos de responsabilidad administrativa derivada de asistencia sanitaria”.

Como primer otrosí dice que “interesa a esta parte que se reciba el

procedimiento a prueba, incorporando a la presente reclamación 19 informes médicos vinculados a los padecimientos de D.; por lo que, procede" y "nuevamente suplico: que se tenga por hecha la anterior petición y se acuerde su práctica en el momento oportuno".

Como segundo otrosí dice que "el Letrado que suscribe declara bastante el poder que aporta la Procuradora que también firma, para que intervenga en este procedimiento y en todos sus recursos e incidencias"; por lo que suplica al Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA), "se digne tener por bastantado en forma el poder que se acompaña".

Finalmente, como tercer otrosí dice que "por estos hechos se sigue procedimiento administrativo, iniciado por reclamación previa de Dña., dirigido al reintegro de gastos médicos"; por lo que suplica al SESPA "tenga por hecha la anterior aclaración".

Adjunta a su escrito:

a) Copia del poder general para pleitos otorgado por doña a favor de doña

b) Informe de colonoscopia núm., fechado el día 13 de febrero de 2002, en cuyo apartado "Diagnóstico" se recoge como tal "adenocarcinoma rectal inferior".

c) Informe Radiológico datado el día 15 de febrero de 2002, en que se señala "Torax: Ventilación incompleta. Resto sin alteraciones significativas".

d) Informe de Anatomía Patológica datado el día 18 de febrero de 2002, cuyo diagnóstico refiere "Biopsia Rectal con adenocarcinoma moderadamente diferenciado".

e) Informe de Anatomía Patológica datado el día 28 de febrero de 2002. Entre otras consideraciones señala, "Apéndice cecal sin alteraciones significativas./ Recorte de colostomía remitido aparte, sin cambios significativos".

f) Informe del Servicio de Oncología Radioterápica, fechado el día 24 de junio de 2002, donde se indica como "Plan de tto.: radioterapia complementaria" y como "Fecha de la radioterapia: del 29-04-02 al 07-06-02".

g) Parte médico de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital, que recoge como “fecha de ingreso: 24/02/02” y “fecha de alta: 15/03/02”, “Motivo del Ingreso: Paciente que ingresa para cirugía programada por N. recto”.

h) Informe de Radiología datado el día 10 de septiembre de 2002, que en el apartado “Ecografía abdominal” señala “lesión focal de 2,6 cm. con halo hipoecogénico, altamente sugestiva de lesión metastásica, localizada entre suprahepática media y derecha./ En el resto del rastreo abdominal no identifiqué alteraciones”.

i) Informe de Radiología datado el 16 de septiembre de 2002, en que se señala la “existencia de dos lesiones focales hepáticas”.

j) Informe de Radiología fechado el día 29 de octubre de 2002 en cuyas conclusiones refiere: “Lesión focal hepática (...) compatible con metástasis./ Pequeña lesión (...) compatible con un pequeño quiste”.

k) Informe del Servicio de Cirugía General del Hospital, que refiere como “Fecha de ingreso: 05/11/02” y “Fecha de alta 15/11/02”, “Motivo de ingreso: Valoración de probable recid. presacra y valorar posible Mx. hepática”, y “Diagnóstico principal: MX. Hepática”.

l) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital, fechado el día 20 de febrero de 2003, en que figura como “Fecha de ingreso: 02/02/03” y “Fecha de alta: 20/02/03”, y dentro del apartado “Procedimientos quirúrgicos” refiere que “se interviene el día 4-2-03 (...) realizándose: Tumorectomía de Mtx. en segmento IVA y VIII + catéter intraartrial en gastroduodenal”.

m) Parte de la historia clínica del paciente núm., datado el día 18 de marzo de 2003, dentro de cuyo apartado “historia de la enfermedad actual”, señala que “fue intervenido nuevamente el 4.2.03 por el D. (...) realizándose una tumorectomía y colocación de catéter intraarterial gatroduodenal”.

n) Informe de Radiología datado el día 12 de junio de 2003. Indica dentro del apartado “diagnóstico: (...) catéter de infusión de quimioterápicos en hipocondrio derecho”, y en el apartado “Ecografía: (...) alteración de la densidad hepática en lóbulo hepático dcho. probablemente en relación con cirugía previa”.

ñ) Parte médico del Servicio de Cirugía General del Hospital, que señala como “Fecha de ingreso: 25/06/03. Fecha de alta: 09/07/03” y refiere como “Historia actual:/ El paciente acude a Urgencias por dolor epigástrico+vómitos de 3 días de evolución. Última dosis de quimioterapia inatraarterial 2 días previos al inicio del cuadro actual”. Dentro del apartado “Exploración física” indica “catéter en buen estado” y añade como “Datos complementarios y procedimientos significativos:/ Bioquímica de sangre normal./ Coagulación normal./ (...) Arteriografía a través de catéter 1.7.03: floculación de contraste a nivel de catéter sin retorno venoso con importante estrechamiento arterial”. En cuanto al “Tratamiento y recomendaciones”, señala “solicitar consulta en Oncología médica (...) para revisiones./ Solicitará consulta preferente en la U. de cirugía hepato-biliar para valorar retirada de catéter intraarterial”.

o) Informe médico del Departamento de Oncología de la Clínica Universitaria de Señala como fecha de ingreso el día 15 de octubre de 2003 y fecha de alta el día 24 del mismo mes. En el apartado que lleva por rúbrica “Técnica y hallazgos” refiere que “procedemos a la inyección de contraste a través del port-a-cath intraarterial, comprobándose que la punta de la cánula se encuentra impactada en una rama de la arteria hepática izquierda. Igualmente se demuestra la presencia de una trombosis de la arteria hepática (...). En resumen, se observa una trombosis de la arteria hepática, presumiblemente secundaria a la presencia del port-a-cath intraarterial, así como también en mayor o menor medida a la administración de citostáticos, que condiciona una isquemia de la vía biliar con formación de bilomas”.

p) Informe de alta del Servicio de Oncología médica del Hospital, relativo al ingreso entre los días 25 de mayo y 16 de junio de 2004.

q) Certificación expedida el día 18 de agosto de 2004 por el Médico del Departamento de Oncología de la Clínica Universitaria de Afirma que “en septiembre de 2003 el paciente acudió a nuestro Centro para segunda opinión, realizándose pruebas de reestadiaje mediante PET y TAC abdominal en las que se apreció una masa presacra con dilatación de vía biliar intrahepática./ Que en octubre de 2003 se procedió a la realización de colangiografía transparieto

hepática mediante punción a nivel de línea axilar media derecha. Dicha prueba reveló la presencia de biliomas, trombosis de la arteria hepática, estenosis múltiple a nivel de vía biliar. Eje espino portal permeable con flujo hepatopéto seguido de circulación colateral través a de la arteria gástrica izquierda y derecha. Así mismo dicho acto se procedió a colocación de sendos catéteres de drenaje tipo flexima 8 F, uno a nivel de lóbulo hepático derecho y otro en el lóbulo hepático izquierdo (...). Que en abril de 2004 dado el deterioro de los catéteres por necrosis biliar se decide su recambio por otros de similares características y colocados en la misma situación”.

r) Informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital fechado el día 13 de julio de 2004. Dicho informe refiere que “el paciente fue ingresado en la Clínica Universitaria de porque presentó durante los días anteriores a la fecha de consulta una ictericia obstructiva evidente con cifras de bilirrubina muy elevadas. En aquel momento se estimó que la situación era urgente y vital, por lo que se le atendió en dicho centro hospitalario que es una institución privada./ Se le expide el presente informe con el objeto de que conste que era una situación de urgencia vital y que en ningún caso podía haberse realizado una espera, con objeto de ser atendido en una institución pública para realizar la maniobra de drenaje biliar”.

2. Mediante escrito de 7 de julio de 2005, sin que conste la fecha de su notificación, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la entrada de su reclamación en el registro del Principado de Asturias el día 28 de junio de 2005, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará.

3. Durante la instrucción del procedimiento, se incorporan al expediente los siguientes documentos:

a) Copia del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, remitido por el órgano actuante a la Correduría de Seguros.

b) Informe médico del Servicio de Cirugía General del Hospital Dicho informe, datado el 26 de julio de 2005, señala expresamente que “la colocación del catéter intraarterial conlleva problemas (entendibles como un mal menor) como trombosis arterial que se resuelve espontáneamente por la formación de vasos colaterales. (...) se encuentran un total de 62 % de complicaciones entre las que está la trombosis de la arteria hepática (5 %) y la dislocación del catéter (14 %) (...). En ningún momento los servicios que controlaron al paciente detectan ninguna anomalía respecto a la colocación del catéter. Si alguno de estos servicios solicitó su extracción, como se dice en la reclamación, el paciente no acudió a nuestra unidad de Cirugía HPB./ Las alteraciones biliares son inherentes a los productos quimioterápicos (...) y se admite como un efecto colateral normal./ El paciente acudió a otro Centro sin manifestarlo en ningún momento, al menos a nuestro Servicio, y de forma totalmente unilateral basándose en que no iba bien, lo que por otra parte era lógico dado lo avanzado de la enfermedad./ Se menciona en la reclamación que no se practicaron pruebas de coagulación en ningún momento. En la historia clínica constan documentalmente las realizadas en los días 20-1, 4-2, 5-2, 6-2, 8-2, 15-3 y 25-6, las dos primeras solicitadas como pruebas preoperatorias y las siguientes como seguimiento”. Por lo anterior concluye que “se trata de un paciente con pésimo pronóstico, que acude unilateralmente a otro centro por encontrarse mal (lo que es absolutamente lógico) y que presentó incidencias (que no complicaciones) típicas de la colocación de catéter intraarterial. En lo que respecta al menos a nuestro Servicio la actuación se puede afirmar que ha sido totalmente correcta y, revisada la historia clínica, creemos que también fue correcta la actuación de los otros servicios”.

c) Informe emitido por la médica inspectora del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 30 de septiembre de 2005 en el expediente de reintegro de gastos. Dicho informe refiere que “el paciente durante todo su proceso fue atendido en múltiples ocasiones, tanto de forma programada como urgente y no se hubiese demorado la asistencia en Centro Público, de no haber decidido unilateralmente acudir a la Clínica Universitaria de, habiendo sido

la actuación de los distintos servicios del Hospital, totalmente correcta./ No concurre ninguna de las circunstancias que dan derecho a reintegro de gastos”.

4. Con fecha 4 de octubre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación entendiendo que la reclamación de responsabilidad patrimonial “debe ser desestimada” al resultar “la actuación de cuantos servicios del SESPA actuaron en la asistencia del perjudicado fue correcta y ajustada a la lex artis. Las complicaciones e incidencias surgidas con posterioridad constituyen riesgos inherentes al tratamiento efectuado y no guardan, por tanto, relación de causalidad alguna con la asistencia recibida”. Señala como juicio global sobre la pertinencia de la reclamación que “el perjudicado había sido diagnosticado de un carcinoma colorrectal avanzado, que fue tratado mediante cirugía (amputación abdóminoperineal), quimioterapia y radioterapia. La administración de la quimioterapia se hizo a través de un catéter ubicado en la arteria hepática, procedimiento no exento de complicaciones e incidencias (trombosis arterial, dislocación del catéter) que han de entenderse como un mal menor. Dichas anomalías no fueron detectadas por ninguno de los servicios del sistema sanitario público que intervinieron en el control y seguimiento del paciente. Por otro lado, las alteraciones del árbol biliar son efectos colaterales de los productos quimioterápicos administrados (...). El paciente fue diagnosticado de una recidiva presacra, proponiéndose como tratamiento una nueva tanda de quimioterapia, pero el paciente no volvió ya al sistema sanitario público, al haber decidido acudir a la medicina privada, donde fue tratado y seguido hasta su fallecimiento (...). El tratamiento de la recidiva, así como las incidencias comentadas, una vez manifestadas, habrían podido ser tratadas en el SESPA con al menos la misma prontitud y celeridad que en el ámbito privado de la medicina”.

5. Mediante oficio datado el día 4 de octubre de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite a la compañía

aseguradora sendas copias del expediente y del Informe Técnico de Evaluación, y a la Secretaría General del SESPA, copia del referido Informe, al tiempo que pone en su conocimiento el traslado efectivo a la correduría de seguros.

6. Con fecha 29 de octubre de 2005, emite informe, suscrito colegiadamente por cuatro médicos especialistas en Cirugía General, una asesoría médica privada a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él, tras relatar y analizar los hechos que concurren en el presente caso, se formulan las siguientes conclusiones: "1. Paciente varón de 54 años intervenido el 24/02/02 en el por adenocarcinoma de recto localmente avanzado, en tiempo y forma correcta./ 2. El diagnóstico, estudio preoperatorio e indicación quirúrgica son adecuados. La técnica empleada es correcta./ 3. En función del resultado de la anatomía patológica, la decisión del tratamiento adyuvante aplicado (radioterapia) es adecuada (en ausencia de ganglios positivos no se indica en general quimioterapia y en el cáncer de recto la radioterapia adyuvante proporciona una disminución de la tasa de recidiva local de la enfermedad)./ 4. El seguimiento postoperatorio del paciente es correcto en medios y tiempo./ 5. Tras la detección de enfermedad metastásica hepática, se practica resección quirúrgica de las mismas (el tratamiento más adecuado), que se complementa con quimioterapia adyuvante intravenosa y a través de catéter intraarterial colocado durante la intervención; actitud adecuada conforme al estado de la ciencia./ 6. Durante su ingreso en junio de 2003 en el se realiza comprobación de catéter (al contrario de lo expresado en la reclamación) y también estudio de la masa presacra mediante TC y punción-biopsia (que resulta negativa)./ 7. El paciente continúa seguimiento y tratamiento por el servicio de Oncología del, mediante nuevas líneas de quimioterapia./ 8. Ante la presencia de dolor pélvico, se realiza RM en dicho centro público; es en este centro donde se diagnostica, de esta forma, la recidiva pélvica./ 9. Se propone nueva línea de quimioterapia, que el paciente abandona por que desea segunda opinión./ 10. A partir de ese momento, por decisión propia, continúa estudio y tratamiento en un centro privado, donde se

administra distintas modalidades de tratamiento paliativo (de las que hay disposición en la sanidad pública)./ 11. Las alteraciones en relación con la colocación del catéter y la infusión de quimioterapia son consecuencia inherente a la propia técnica de quimioterapia intraarterial, riesgos que se asumen de cara a un intento de control de una enfermedad avanzada, con bajísima supervivencia sin tratamiento./ 12. El paciente fallece meses después, por distintas complicaciones en relación con la progresión de una enfermedad avanzada local y sistémicamente, con mala respuesta a los distintos tratamientos inicialmente con intención curativa y posteriormente paliativos./ 13. En ningún momento se niega la atención del enfermo en el/ 14. Del estudio de la documentación remitida podemos concluir que todos los profesionales que atendieron a D. en el lo hicieron de acuerdo a la `lex artis´, sin que se evidencien indicios de `mala praxis´ en ninguna e sus actuaciones”.

9. Mediante oficio fechado el día 19 de diciembre de 2005, notificado a la interesada el día 22 del mismo mes, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por plazo de quince días, remitiéndole una relación de documentos obrantes en él.

10. El día 27 de diciembre de 2005 se persona la representante de la interesada en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente, que en ese momento se compone de setenta y cuatro (74) folios.

11. El día 9 de enero de 2006 presenta la representante de la reclamante escrito de alegaciones en el que se reitera en lo alegado en su escrito de reclamación. Señala que “el producto quimioterápico fue administrado de forma incorrecta, toda vez que se produjo un acodamiento o impactamiento de la sonda contra una pared de la arteria, quedándole afectado el páncreas, un órgano sano que en absoluto estaba afectado por la enfermedad que padecía,

no constando en el historial médico la realización de estudios de coagulación, con ulterior suministro de heparina, que impide la coagulación, produciéndose una trombosis de la arteria hepática por el erróneo suministro del medicamento a través de una sonda obstruida./ Por tanto, el enfermo ya padecía una grave enfermedad, sí, pero su fallecimiento no solamente se adelantó en el tiempo sino que fue acompañado de unos padecimientos y dolores insufribles, con tratamiento por parte de la unidad del dolor, siendo consecuencia de ello la exigencia de responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria asturiana”.

12. Con fecha 19 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación”, por cuanto entiende que “la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias que intervinieron en la asistencia del perjudicado, al utilizar los recursos diagnósticos y terapéuticos que la patología del mismo demandaba en cada momento, actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*”. Razona que “el paciente fue diagnosticado de cáncer colo-rectal en una fase muy avanzada (con metástasis a distancia)./ El tratamiento expedido depende del estadio en el que se encuentre el tumor, pero con independencia de que fue de hecho el correcto, el pronóstico respecto a las posibilidades de supervivencia eran escasas, la sucesión de técnicas curativas sólo perseguían alargar la vida del paciente, sin lugar a la completa sanación del mismo”.

Añade que “la administración de quimioterapia regional se hizo mediante la colocación de un catéter introducido en la arteria hepática; éste es un procedimiento no exento de complicaciones, supervisadas éstas con la máxima diligencia por parte del personal que atendió al paciente conforme al deber derivado de la *lex artis* y una correcta praxis. La impactación del catéter (no es lo mismo que su desviación) a la que hacen referencia los reclamantes, es debida al empuje del flujo arterial que lo hace colocarse en una posición

más distal, y no es una complicación de este procedimiento sino una simple incidencia. Los servicios que controlaron al paciente en ningún momento detectaron anomalía alguna respecto a la colocación del catéter. Ya que el diagnóstico, seguimiento (y) tratamiento acordados para el paciente fueron los pertinentes y correctos entendemos que no hay nexo causal o relación causa-efecto entre el funcionamiento del servicio sanitario público y el resultado muerte, así como los daños y perjuicios alegados por la reclamante”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 12 de junio de 2006, registrado de entrada el día 19 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 núm., 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 de conformidad con 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, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- De conformidad con lo establecido en el artículo 139.1 en relación con el artículo 31.1, letra a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento

Administrativo Común (en adelante LRJPAC), debemos destacar que no consta que esté la reclamante activamente legitimada para solicitar la reparación del daño alegado, dado que la condición de viuda que se invoca no ha sido acreditada de modo fehaciente en el procedimiento, lo que resultaría esencial para apreciar si su esfera jurídica se ha podido ver directamente afectada por los hechos que originan la reclamación.

Tal circunstancia sería suficiente para desestimar la reclamación, si bien y a fin de que pueda la Administración pronunciarse sobre ello y, en su caso, sobre el fondo de la cuestión controvertida, deberá verificar por el procedimiento legal oportuno dicha legitimación.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto que analizamos, la reclamación tiene entrada en el registro de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias el día 28 de junio de 2005, habiendo tenido lugar los hechos en que trae causa la reclamación, es decir el fallecimiento de su esposo, el día 7 de julio de 2004, por lo que no hay duda que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, 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 al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, 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, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites esenciales legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución y notificación del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo; puesto que si bien se le comunica la fecha en que su reclamación ha tenido entrada en el registro del Principado de Asturias, la incoación del procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos que impone el precepto citado.

En lo que al plazo máximo de tramitación se refiere, ha sido rebasado el de seis meses para adoptar -y notificar- la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. En efecto, habiéndose registrado la reclamación el día 28 de junio de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 19 de junio de 2006, el indicado plazo se ha sobrepasado ampliamente. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por

toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de un daño o lesión antijurídica, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, como consecuencia de la mala praxis médica dispensada a su esposo en el Hospital

En efecto, la reclamante pretende que se la indemnice por los daños morales derivados de la muerte prematura de su esposo, al imputar a la

Administración sanitaria una praxis médica inadecuada y negligente que objetiva en tres hechos concatenados: defectuosa colocación del catéter intraarterial; incorrecta vigilancia y seguimiento de la sonda para que ésta estuviese en la posición adecuada, y, según sus propias palabras, “falta de previsión, con la anticoagulación debida”.

El fallecimiento de D. es un hecho probado, pero apreciar una eventual responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario en tal suceso exige probar que está en relación de causalidad con la asistencia sanitaria recibida.

De acuerdo con los principios jurídicos “*necessitas probandi incumbit ei qui agit*” y “*onus probandi incumbit actori*”, la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante, que no ha aportado ninguna que acredite sus imputaciones. No obstante, los datos que obran en el expediente, fruto de la actividad instructora, nos permiten alcanzar las siguientes conclusiones en relación con los hechos en los que basa su reclamación.

Con carácter previo hemos de recordar que, tratándose de la Administración sanitaria, el servicio público por ella prestado debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como “*lex artis ad hoc*”, que nada tiene que ver con la garantía de curación del enfermo.

La primera de las alegaciones formuladas es la defectuosa colocación del catéter intraarterial. Analizada de forma conjunta la documentación obrante en el expediente, se concluye que no hubo un proceder contrario a la “*lex artis*” por parte del personal sanitario. En efecto, el paciente fue intervenido quirúrgicamente el día 4 de febrero de 2003, realizándosele una “tumerectomía

y colocación del catéter intraarterial gastroduodenal”, presentando, según el parte médico de alta (folio 31) fechado el día 20 de febrero de 2003, un postoperatorio “aceptable, sin complicaciones”, sin que, conforme señala el Informe médico del Servicio de Cirugía General del, de 26 de julio de 2005, “en ningún momento, los servicios que controlaron al paciente detectasen ninguna anomalía respecto a la colocación del catéter”.

El hecho de que tras el ingreso del paciente en la Clínica Universitaria de, el día 15 de octubre de 2003, se comprobase que “la punta de la cánula se encuentra impactada en una rama de la arteria hepática izquierda”, no puede calificarse de indicio de una praxis médica inadecuada o negligente, consistente en una defectuosa colocación del catéter intraarterial, pues, correctamente implantado, los distintos informes incorporados al expediente coinciden en señalar que la impactación del mismo en una arteria “es debida al empuje del flujo arterial que lo hace colocarse en una posición más distal”, lo que constituye un riesgo inherente a la propia técnica quirúrgica que no guarda relación con la asistencia recibida.

En este sentido se pronuncian todos los informes que obran en el expediente. Así, el Informe médico del Servicio de Cirugía General del Hospital, datado el 26 de julio de 2005, refiere que “la colocación del catéter intraarterial conlleva problemas (entendibles como un mal menor) como trombosis arterial que se resuelve espontáneamente por la formación de vasos colaterales. (...) se encuentran un total de 62 % de complicaciones entre las que está la trombosis de la arteria hepática (5 %) y la dislocación del catéter (14 %) (...). En ningún momento los servicios que controlaron al paciente detectan ninguna anomalía respecto a la colocación del catéter”. A su vez, el Informe Técnico de Evaluación llega a la misma conclusión, por cuanto indica que “la administración de la quimioterapia se hizo a través de un catéter ubicado en la arteria hepática, procedimiento no exento de complicaciones e incidencias (trombosis arterial, dislocación del catéter) que han de entenderse como un mal menor (...). Las complicaciones e incidencias surgidas con posterioridad constituyen riesgos inherentes al tratamiento efectuado y no

guardan, por tanto, relación de causalidad alguna con la asistencia recibida". Finalmente, en idéntico sentido se pronuncia el informe emitido por la asesoría médica privada a instancia de la compañía aseguradora, al señalar que "las alteraciones en relación con la colocación del catéter y la infusión de quimioterapia son consecuencia inherente a la propia técnica de quimioterapia intraarterial, riesgos que se asumen de cara a un intento de control de una enfermedad avanzada, con bajísima supervivencia sin tratamiento".

Por ello, dado que nada permite sostener que la actuación de los profesionales en la colocación del catéter haya sido disconforme con la "*lex artis ad hoc*", entendemos que los daños sufridos por el paciente por la impactación del catéter constituyen un riesgo inherente al tratamiento recibido y son consecuencia de las incidencias típicas de la técnica quirúrgica, por lo que no resultan imputables a la Administración.

En segundo lugar, alega la interesada un deficiente seguimiento y control de la sonda por parte del personal sanitario. Sin embargo, el examen de la documentación que obra en el expediente, y en especial la aportada por la propia interesada, nos lleva a concluir precisamente lo contrario. En efecto, en el período comprendido entre el día 4 de febrero de 2003, fecha en que se colocó el catéter, y septiembre del mismo año, fecha en que acude voluntariamente a la Clínica Universitaria de, se le realizaron al paciente diversas pruebas diagnósticas, en las que queda constancia del seguimiento del estado de la sonda. En este sentido, el Informe de Radiología datado el 12 de junio de 2003 recoge dentro del apartado "diagnóstico: catéter de infusión de quimioterápicos en hipocondrio derecho", sin añadir comentario alguno al respecto, por lo que entendemos que, debidamente valorada la situación, no se consideró necesario realizar ninguna observación. Por su parte, el Informe médico de Urgencias relativo al ingreso sufrido por el paciente entre los días 25 de junio y 9 de julio de 2003 señala dentro del apartado "exploración física (...) catéter en buen estado", y añade "arteriografía a través de catéter 1.7.03: Floculación de contraste a nivel de catéter sin retorno venoso con importante estrechamiento arterial", incorporando la recomendación de solicitar consulta

preferente en la Unidad de Cirugía Hepato-biliar para valorar la retirada de catéter. Finalmente, en septiembre de 2003, tras la práctica de una resonancia pélvica, diagnosticado de “masa prerectal y dilatación biliar”, se propone al paciente un nuevo ciclo de quimioterapia, que rechaza, al decidir de forma voluntaria acudir desde ese momento a la medicina privada.

En consecuencia, a la vista de estos datos, no puede afirmarse que no hubo un seguimiento correcto de la sonda por parte del personal sanitario del Hospital, pues consta acreditado justamente lo contrario, que el estado del catéter fue comprobado por distintos servicios, a través de la práctica de cuantas pruebas diagnósticas se consideraron necesarias, resultando que su seguimiento fue acorde con los resultados obtenidos y la sintomatología presentada por el paciente en cada momento.

La última de las imputaciones realizadas por la interesada es la “falta de previsión, con la anticoagulación debida (que) desencadenó en el lamentable resultado de la muerte”. Sin embargo, a juicio de este Consejo, tal alegación no pueden ser tenida por cierta, pues queda desvirtuada por el contenido de la documentación obrante en el expediente. El Informe de Cirugía General de fecha 20 de febrero de 2003 es concluyente en este aspecto, ya que muestra los resultados de la analítica realizada sin incorporar comentarios al respecto. Igualmente, el Informe de este mismo Servicio datado el 9 de julio de 2003 concreta dentro del apartado “Datos complementarios y procedimientos significativos: Bioquímica de sangre normal. Coagulación normal”. No puede por ello sostenerse que hubo falta de previsión al no haber administrado anticoagulantes, sino que, por el contrario, tras la práctica de las pruebas precisas y a la luz de los resultados obtenidos, no se consideró necesaria su administración.

Por todo ello, concluimos que no han quedado acreditadas las imputaciones efectuadas por la reclamante, ni probado que los daños alegados sean consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario y revistan la indispensable nota de antijuridicidad.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña, en nombre y representación de doña"

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.