

Expediente Núm. 321/2006
Dictamen Núm. 70/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
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 21 de junio de 2007, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 24 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre por retraso diagnóstico en diversos centros sanitarios públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de mayo de 2006, doña presenta, en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA), una reclamación de responsabilidad patrimonial por la muerte de su madre, doña, como consecuencia del retraso diagnóstico, que imputa a varios centros sanitarios de la red pública, del proceso tumoral que aquélla padecía.

Inicia su escrito relatando que su madre falleció en el Hospital “X” el día 22 de julio de 2005, “tras haber sido intervenida de urgencia el día 9 del mismo

mes y año de una neoplasia de ángulo esplénico de colon con obstrucción isquémica de colon transverso, ya en estado terminal”.

Continúa narrando que “dicha intervención obedeció a que tras su ingreso (...) de 8 de julio de 2005, se le diagnosticó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado que afectaba a la válvula ileocecal y porción inicial que infiltra de grasa hasta el meso. Implante tumoral (...). Al margen de esta afección intestinal también se le halla una pieza de colecistectomía. Las características patológicas aparecen referenciadas en los informes del (Hospital ‘X’), tanto los del Servicio de Cirugía como los de Anatomía Patológica”.

Señala asimismo que, “antes de su ingreso y consiguiente intervención quirúrgica, realizada ya en una situación terminal, la paciente había acudido al Hospital ‘Y’ quedando ingresada en las siguientes fechas: 2-7-2003 con alta el 15-7-2003; 9-9-2003 con alta el 16-9-2003. Posteriormente es atendida por el Servicio de Cardiología (por entender los servicios sanitarios que era su dolencia principal) de dicho centro sanitario en fecha 9-10-2003, 13-1-2004 y 20-9-2004, no remitiendo sus dolencias acude a Urgencias del mentado hospital (...) en fechas de 7-11-2004, 20-11-2004, 25-11-2004 y 26-11-2004, remitiéndola a interconsultas (en) fechas (...) 26-11-2004, 10-12-2004 y 18-2-2005, acudiendo nuevamente a Urgencias en fecha 11-5-2005 y el 14-5-2005 permaneciendo ingresada hasta el 20-5-2005. En todo este periodo de tiempo no fue diagnosticada correctamente, imputando sus dolencias a otras patologías, véase a modo ejemplificativo que en fechas inmediatamente anteriores a su ingreso en el (Hospital ‘X’) donde sí se realizó un diagnóstico correcto, los síntomas que refería mi madre obedecían según el juicio clínico manifestado a: en fecha 20-5-2005 a una insuficiencia cardiaca congestiva de predominio dcho., anemia, hipotranemia y un deterioro cognitivo incipiente, previamente el 11-5-2005 en (los) mismos términos y los informes de fechas anteriores imputan los fuertes dolores que presentaba mi madre a infecciones urinarias, dolor torácico, fallo cardiaco, artritis, etc., enfocando el tratamiento hacia esas patologías y desarrollando diversas pruebas enfocadas a indagar en esas dolencias y nunca en buscar el verdadero motivo del

calamitoso estado de salud de la paciente. En ningún momento y a pesar de la profusión de veces que acude al centro sanitario Hospital 'Y' es diagnosticada de su afección principal (N. colon), a mayor abundamiento ni siquiera de la patología de la vesícula biliar, ambas afecciones, siendo sin duda la primera de ellas fatal, presentan un estadio evolutivo importante, muestra inequívoca de una larga evolución, como se nos muestra en el informe del Servicio de Anatomía Patológica del (Hospital 'X') de fecha 11-7-2005, y a pesar de ello no fueron diagnosticadas por el Hospital 'Y', ni tampoco por el Servicio de Salud de Asistencia Primaria de, por el que fue atendida innumerables veces, cuyas fechas no reproducimos en aras de la brevedad (sí constan en la historia clínica que se adjunta), es notorio que ello constituye una flagrante negligencia médica, incurriendo los centros sanitarios de Atención Primaria de y en mayor medida el Hospital 'Y' en un craso error, o mejor crasos y reiterados errores en el diagnóstico de una grave enfermedad que se mostraba de forma patente y con profusa sintomatología, no teniendo opción en ningún momento a recibir tratamiento alguno para lograr o intentar la sanidad de su enfermedad por una serie concatenada de errores sanitarios, sólo en el último momento y en otro centro sanitario es inmediatamente, tras su ingreso, diagnosticada correctamente, aunque la enfermedad está en un estado de evolución muy avanzado que la conduce necesariamente a su fallecimiento".

Estima la reclamante que el error y consecuente retraso diagnóstico de la neoplasia de colon que su madre padecía "le privó (...) de la posibilidad de recibir un correcto tratamiento de su enfermedad, amén que también sufrió un proceso mórbido presidido por fuertes dolores que al no diagnosticar la enfermedad no fueron paliados", por lo que concluye que "no resta sino en consonancia con lo antedicho que imputar clara y directamente el fallecimiento de mi difunta madre a una negligencia médica o cuando menos a múltiples errores en los diagnósticos que le fueron efectuados. Estimando la responsabilidad por criterios analógicos en 60.000 €".

Dice la interesada acompañar al escrito de reclamación fotocopias de los siguientes documentos: acta de declaración de herederos, partida de

defunción, documento nacional de identidad de la reclamante, carta remitida por el Hospital 'Z', y documentación relativa a la historia clínica de la paciente en los centros sanitarios de Atención Primaria de (en realidad), Hospital 'Y' y Hospital 'X'. Al examinar el expediente observamos, sin embargo, que no consta entre la documentación remitida a este Consejo la carta del Hospital 'Z'.

2. Con fecha 8 de mayo de 2006, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del SESPA remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia de la reclamación presentada, indicando que con la misma fecha se traslada otra a la Gerencia de Atención Especializada del Área

3. Mediante escrito notificado el día 25 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio, así como el plazo en que, si no hubiera recaído resolución expresa, podrá entender desestimada su solicitud de indemnización.

4. Con fecha 19 de mayo de 2006, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto dirige oficios al Hospital "X", al Hospital "Y" y al Centro de Salud de..... , adjuntando una copia de la reclamación presentada y solicitando la remisión de la historia clínica de la perjudicada.

5. El día 1 de junio de 2006, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia de los informes que figuran en la historia clínica de la paciente, entre otros, del de alta del Servicio de Medicina Intensiva, fechado el 26 de julio de 2005, en el que consta que la paciente "comienza con malestar general, dolor abdominal difuso acompañado de vómito y náuseas, y posteriormente diarreas, acude a Urgencias el 08/07/05, donde fue valorada con la sospecha de isquemia

intestinal con dilatación de colon./ Cirugía preferente el 09/07/05, encuentran necrosis a ángulo esplénico de colon, realizando ilio... y colecistectomía por cálculos (...). Ingresa en el posoperatorio inmediato en la UVI, precisando inicialmente inotropos y antiarrítmicos para el manejo hemodinámico, con s. séptico debido a peritonitis (...). Progresivamente se estabiliza consiguiendo disminución de los apoyos, con la mejoría de parámetros analíticos, función renal recuperada, desaparición de la fiebre. Mejoría de la sepsis, consiguiéndose estabilizar hasta el punto de probar tolerancia, la cual es inefectiva, precisando de nuevo apoyo ventilatorio, estando estable sin datos infecciosos, problemas ventilatorios, comienza con arritmias cardíacas letales, las cuales deterioran progresivamente su situación, con mala tolerancia, descartado problema abdominal también, y ante los resultados de AP; adenocarcinoma moderadamente diferenciado con infiltración de la grasa y 1 ganglio, estadio III./ La paciente es exitus el 22.07.05 por repetición de arritmia cardíaca sin respuesta a medidas instauradas”.

6. Con fecha 8 de junio de 2006, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias suscribe el Informe Técnico de Evaluación en el que, tras recoger los antecedentes que constan en las historias clínicas abiertas a la paciente en el Hospital “X”, Hospital “Y” y Centro de Salud de, analiza la actuación de la Administración sanitaria, concluyendo que “la reclamación (...) debe ser desestimada”.

Expone que “el caso analizado es el de una paciente de 81 años de edad en la época de los hechos (...), entre sus antecedentes personales destacamos:/ polimialgia reumática, ACXFA, con episodios de insuficiencia cardíaca, aneurisma de aorta (...). Litiasis renal, operada de cataratas bilaterales y, últimamente, múltiples episodios de dolor en la región dorsal de instauración súbita, sin irradiación (...), que se etiquetaron de artrosis en general”.

Señala, asimismo, que “a principios del año 2005, se incrementó su disnea habitual, la taquicardia, los edemas maleolares bilaterales y la

insuficiencia venosa, obligándola estos síntomas a acudir en múltiples ocasiones al Centro de Salud al que estaba adscrita y al Hospital 'Y' (hospital del Área Sanitaria), y a su Servicio de Urgencias, al de Medicina Interna o al de Cardiología, siendo tan numerosas las demandas de asistencia solicitadas que no se relacionan las fechas para evitar el abigarramiento del informe./ En todas y cada una de ellas fue atendida:/ Con confección de historia clínica en la que se recogía la enfermedad actual, centrándose el estudio y exploración en el síntoma fundamental por el que acudía a la consulta./ Con exploración física, utilizando procedimientos para llegar a un correcto diagnóstico, como estudios analíticos, bioquímicos, (...) radiográficos, electro cardiogramas, se solicitaban interconsultas a otros Servicios relacionados (Digestivo, Cardiología, etc.) y al final, se emitía un diagnóstico y se pautaba un tratamiento./ De todo lo expuesto, constan registros en su historial clínico”.

Continúa señalando que, “en el mes de febrero del año 2005, acudió al Hospital 'Y' al sumarse a su proceso base, infecciones de orina de repetición, que debutaron con dolor en fosas renales, confirmando el diagnóstico mediante práctica de ecografía renal y vesical. Se solicitaron estudios analíticos y pruebas diagnósticas varias, relacionadas con este proceso y realizadas con cargo al Servicio de Urología del mismo hospital./ En el mes de mayo de 2005, el día 14, ingresa de nuevo en el Servicio de Medicina Interna del mismo hospital, por descompensación cardíaca y deterioro cognitivo (...), pero, en los estudios solicitados se detecta una anemia microcítica hipocrómica leve, que consideran debe ser más estudiada ante la sospecha de algún proceso tumoral./ Por cambio de residencia a Oviedo y ante un cuadro de fiebre y dolor abdominal, ingresa en el Hospital 'X' de esta ciudad, el día 8 de julio de 2005, siendo operada de urgencia por abdomen agudo el día 9, y al detectar una posible tumoración en la laparatomía exploradora, se procede a su extirpación, envío de la pieza para análisis anatomopatológico, que recoge la existencia de un adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, estadio III, con metástasis en un ganglio de los 18 estudiados./ En el acto quirúrgico, se hizo resección de íleon terminal, ciego y colon. En el posoperatorio, pasa a la Unidad de

Vigilancia Intensiva del hospital, ese mismo día, no superando las sucesivas complicaciones aparecidas, falleciendo el día 22 de mayo de 2005 (*sic*)”.

En cuanto al proceso sufrido por la paciente, señala la inspectora actuante que “el adenocarcinoma de colon, clínicamente cursa con dolor abdominal, pero puede aparecer asintomático./ En la analítica, suele aparecer bien anemia o ferropenia./ Radiológicamente se trata de una lesión que puede visualizarse de manera fácil./ La incidencia de esta tumoración, aumenta con el envejecimiento y/o la edad, ya que a partir de los 50 años la incidencia se dispara./ Es evidente que de haber presentado (...) síntomas (...) de la existencia de este proceso (adenocarcinoma de colon), habría exigido esta sospecha la práctica de estudios y exploraciones complementarias básicas de este diagnóstico, según criterios clínicos y aplicación de pruebas complementarias recogidas en protocolos según pacientes y grupo de edad, pero siempre con la existencia de síntomas continuos y progresivos, como rectorragia, anemia, alteraciones en el tránsito intestinal, etc. La aparición de síntomas sólo ocasionales, no justificaría otros estudios más sofisticados./ Es necesario recoger en el caso que nos ocupa, que el contexto donde se controlaba la evolución de la paciente, es el de la Atención Primaria (...), donde, por ejemplo, no puede hacerse una colonoscopia./ (La paciente) acude a `su´ centro de salud y al hospital del Área Sanitaria en múltiples ocasiones y salvo en una, de fecha de julio de 2005, que refirió dolor abdominal, nunca (...) las atenciones sanitarias (...) estuvieron relacionadas con sintomatología digestiva./ En un registro de `su´ historia clínica del Hospital ‘Y’, de fecha 25 de noviembre de 2004, dice `niega alteraciones en el hábito intestinal´./ Al año siguiente, y ante nueva solicitud de asistencia por disnea, se le practica exploración general y exploración abdominal, recogiendo `abdomen depresible, sin oleada ascítica, sin signos de peritonismo´, debutando en la analítica la anemia sin repercusión clínica que se trata con suplementos de hierro”.

En cuanto al diagnóstico del adenocarcinoma de colon señala la autora del informe que “el dolor abdominal por sí solo (síntoma que manifestó padecer la enferma en julio de 2005), es (...) tan frecuente que, su estudio de

manera intensiva a todos los pacientes que lo presentaran colapsaría la capacidad de cualquier sistema sanitario./ El dolor abdominal, asociado a síntomas como adelgazamiento, diarrea, estreñimiento grave, fiebre, historia familiar de tumores digestivos, cambios en la forma o frecuencia de la deposición, alteraciones en la evacuación, presencia de moco, sangre, sensación de distensión abdominal o palpación dolorosa, etc., sí exigirían la práctica de pruebas complementarias, como la laparoscopia, que permitiría visualizar la cavidad abdominal y pélvica y los órganos contenidos en ellas, pero el dolor abdominal manifestado de forma ocasional sin la presencia de síntomas continuos y progresivos no justificaría nuevas pruebas. (...) la ausencia de signos digestivos como los expuestos, hace que (...) la asistencia dispensada se centrara en otras patologías recogidas y que evidentemente tenía (...). Se insiste (en) que, la sintomatología digestiva, fue estudiada y tratada precozmente, sin embargo, el tratamiento aplicado no resolvió esta patología a la que se sumaron el resto de afecciones que padecía la enferma y la llevaron a la muerte el 22 de julio de 2005”.

Considera la instructora del expediente que “la actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia a la enferma ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*, al emplear los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología y las circunstancias del caso demandaban” y que “el daño alegado, no es tal, el exitus es consecuencia de la severidad de los procesos portados”.

7. Con fecha 12 de junio de 2006, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del SESPA y a la correduría de seguros.

8. Consta en el expediente copia de la historia clínica remitida al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias por el Centro de Salud de con fecha 31 de mayo de 2006. El día 19 de junio de 2006, el Servicio citado envía a la correduría de seguros una copia de la historia mencionada, con indicación de que “recibida con posterioridad al envío del expediente (...),

no da lugar a ninguna modificación en el informe técnico de evaluación de fecha 8/6/06”.

9. Con fecha 28 de junio de 2006, el Director Médico del Hospital ‘Y’ remite al Servicio de Inspección Sanitaria una copia de la historia clínica de la fallecida, que el citado Servicio envía a la correduría de seguros, con fecha 7 de julio de 2006, señalando que “no da lugar a ninguna modificación en el informe técnico de evaluación de fecha 8/6/06”.

10. El día 16 de agosto de 2006 se emite informe, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. En el mismo, tras relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los recogidos en el informe técnico de evaluación, realizan las consideraciones que se exponen a continuación: “La paciente padecía una cardiopatía caracterizada por la existencia de una fibrilación auricular que inicialmente fue paroxística y posteriormente se hizo crónica, unido a la existencia de un aneurisma de aorta ascendente y la existencia de varios episodios de insuficiencia cardíaca (...). La causa última de la muerte fueron los trastornos cardíacos eléctricos que ocasionaron la aparición de repetidas arritmias graves, una de las cuales ocasionó la muerte. Por tanto la causa de la muerte fue el deteriorado estado cardiovascular de la paciente y no el adenocarcinoma (...) intervenido ni la sepsis posterior que padeció que ya estaba controlada cuando la enferma falleció (...). La enferma fue intervenida encontrando un adenocarcinoma de colon que infiltraba meso y colon desde ángulo esplénico hasta ciego y metastatizaba en uno de los ganglios aislados./ El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer de pulmón (...). Los síntomas que produce son diferentes según la localización del tumor. En los tumores de colon izquierdo predomina la sintomatología de obstrucción intestinal y/o rectorragia. En los tumores de lado derecho de colon los síntomas pueden faltar y sólo aparece anemia con hemorragia oculta en heces positiva.

El diagnóstico (se) suele hacer por colonoscopia, que tiene una sensibilidad de casi el 100% y además permite tomar una biopsia del tumor. La colonoscopia virtual o el enema opaco no permiten la toma de muestra para biopsia, aunque la sensibilidad es también elevada. La cirugía, cuando el tumor está localizado, es la única posibilidad de curación. En presencia de metástasis el tratamiento sólo es paliativo e incluye cirugía para evitar la obstrucción intestinal y el sangrado del tumor y una quimioterapia paliativa (...), con la que se obtienen respuestas parciales en el 20% de los casos y sin clara influencia en la supervivencia. La radioterapia no modifica el curso de la enfermedad por lo que no está indicada./ Esta enferma presentaba un cáncer de colon que participaba de las dos localizaciones, derecha e izquierda. Aunque se iniciaba en el lado izquierdo (ángulo esplénico) se extendía por el lado derecho. Por ello dio lugar a manifestaciones muy tardías de las dos localizaciones (...). Esta enferma tenía un hierro bajo, pero la ferritina, que mide los depósitos corporales de hierro era normal. Por ello no reunía todos los criterios para considerar que tenía una anemia ferropénica. Ante una anemia ferropénica debe buscarse la causa, que casi siempre es una pérdida de sangre. Si la pérdida de sangre es evidente (...), entonces no hay ningún problema diagnóstico y se puede intentar un tratamiento con hierro por vía oral, asumiendo que la causa de la falta de hierro no hay que buscarla. Por ello cuando en un adulto se encuentra una anemia ferropénica sin causa evidente se debe empezar el tratamiento e iniciar la investigación encaminada a encontrar la causa. Esto se hace habitualmente examinando el estómago y el colon para ver si existe una lesión en alguno de estos lugares. Así se orientó a esta paciente y se solicitó la opinión de Digestivo que, teniendo en cuenta la edad avanzada de la enferma, su gravemente alterado estado cardiovascular y que estaba en tratamiento con Sintrom, se consideró que no estaba indicada la realización de pruebas diagnósticas agresivas, como son la gastroscopia y la colonoscopia, ya que, independientemente de los hallazgos, el tratamiento quirúrgico probablemente no iba a plantearse. Por otro lado el tratamiento con Sintrom explicaba la posibilidad de sangrado microscópico por tubo digestivo y

pareció más prudente tratar la anemia con hierro y ver la evolución. La evolución fue excelente ya que cuando volvió a ingresar la anemia había desaparecido./ Por otro lado la enferma ingresó finalmente con un cuadro de obstrucción colónica, con colitis isquémica asociada y que favoreció la aparición de peritonitis y sepsis posterior. La obstrucción estaba en ángulo esplénico y existía un importante compromiso vascular que había ocasionado una colitis isquémica. Esta isquemia se debía sobre todo al alterado estado cardiovascular de la paciente, agravado por la obstrucción./ Así pues el cáncer de colon en esta paciente no dio ninguna manifestación hasta dos meses antes del diagnóstico en forma de anemia ferropénica, que se corrigió con hierro, y finalmente con una obstrucción colónica. La localización en ángulo esplénico probablemente hizo que no apareciesen hasta muy tardíamente una y otra manifestación cuando ya el tumor estaba ampliamente extendido. Por ello aunque se hubiese sido agresivo en los procedimientos diagnósticos, cuando dos meses antes aparecieron manifestaciones orientadoras, el resultado hubiese sido el mismo (...). En la reclamación se atribuye la muerte a considerar que las molestias de la enferma eran debidas a otras causas y no al cáncer de colon, no realizando las exploraciones que hubiesen permitido un diagnóstico y tratamiento precoz./ No podemos compartir esta afirmación por las siguientes razones:/ La sintomatología que presentaba la enferma en las atenciones realizadas durante 2003, 2004 y hasta mayo de 2005 era debida a las alteraciones cardiovasculares que padecía y que indicaron un tratamiento con el que la enferma mejoró./ Hasta dos meses antes del diagnóstico la enferma no presentó ninguna manifestación del cáncer de colon./ Aunque se hubiese sido agresivo dos meses antes en la investigación de la anemia y se hubiese diagnosticado el cáncer de colon, el resultado hubiese sido el mismo: tumor ampliamente extendido sin posibilidad de tratamiento radical ya que en dos meses no es de esperar una extensión como la que presentaba cuando fue intervenida./ Cuando la enferma presentó una complicación del cáncer, éste fue rápidamente sospechado y se intervino por la obstrucción intestinal que presentó./ La obstrucción fue más grave por el estado cardiovascular previo

que tenía la enferma que favoreció la aparición de colitis isquémica./ La evolución posterior de la intervención fue buena desde el punto de vista quirúrgico y de la peritonitis ya que la infección se controló./ La muerte fue debida a la aparición de arritmias graves por su cardiopatía previa, en un momento en que ya estaban controladas las consecuencias de la intervención de cáncer de colon./ Por todo ello podemos decir que la muerte se debió al deteriorado estado cardiovascular de (la) paciente y no a un retraso en el diagnóstico del cáncer de colon”, concluyendo que “la actuación médica con esta enferma fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

11. Mediante escrito de 7 de septiembre de 2006, notificado el día 18 del mismo mes, se comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el mismo.

12. Con fecha 24 de octubre de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la aseguradora que, “notificado el trámite de audiencia y efectuada la vista del expediente (...), ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

13 El día 6 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada por la interesada, utilizando idéntica argumentación a la del informe de la asesoría médica privada, emitido a instancias de la aseguradora.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 29 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, cuyo original adjunta.

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, 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

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 la determinación del alcance de las secuelas". En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 4 de mayo de 2006, habiéndose producido

el fallecimiento del que trae causa el 22 de julio de 2005, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable 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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, se aprecia que no se ha dado cumplimiento estricto a lo dispuesto en el artículo 10 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que dispone, en el párrafo segundo de su apartado 1, que “En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”. En efecto, del examen de la documentación obrante en el expediente se desprende que no han sido incorporados los informes de los servicios afectados, es decir, del Centro de Salud de y de los Servicios de Medicina Interna y de Digestivo del Hospital “Y”.

La omisión de estos informes, que no fueron solicitados por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, la cual únicamente instó de los centros asistenciales a los que la reclamación se refiere la remisión de la historia clínica, no se entiende insalvable en el presente caso, puesto que se suple con la documentación incorporada al expediente. La aportada a instancias de la

Inspectora de Prestaciones Sanitarias, así como el informe emitido por ella y el informe pericial externo sobre los diversos aspectos del caso permiten efectuar las oportunas consideraciones sobre el fondo del asunto en aras del principio de eficacia constitucionalmente garantizado, máxime cuando en el supuesto examinado la incorporación de aquellos informes no haría variar el pronunciamiento final del presente dictamen.

Por último, también apreciamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación el día 4 de mayo de 2006, en la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 29 de noviembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. 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 dispone 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, establece 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”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de

acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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 una lesión o daño antijurídico, 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 en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, pretendiendo ser indemnizada por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que atribuye a un actuar inadecuado del servicio sanitario público. En concreto, imputa a la Administración evidentes y reiterados errores en el diagnóstico de la grave enfermedad padecida por su madre, que, a su juicio, se mostraba de forma patente y con profusa sintomatología, sin que se hubiese dejado opción a que recibiera tratamiento alguno para conseguir su sanidad, como consecuencia de los errores y del tardío diagnóstico imputados a la Administración.

En el presente caso no plantea duda alguna la realidad del fallecimiento de la perjudicada, madre de la reclamante, pero la apreciación de una eventual

responsabilidad patrimonial del servicio sanitario público en el óbito producido exige probar, en primer lugar, la relación de causalidad del mismo con la asistencia sanitaria recibida, tanto en el Centro de Salud de, al que estaba adscrita la perjudicada, como en el Hospital "Y", de

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 realiza en este caso actividad probatoria alguna, sino que se limita a exponer la documentación que obra en la historia clínica de la perjudicada, al entender que fundamenta las imputaciones que realiza. 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 resultado, 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. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente no tiene derecho en la fase de diagnóstico a un resultado, sino a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

La interesada, después de exponer en su escrito de reclamación las numerosas ocasiones en que su madre hubo de acudir, entre los años 2003 a 2005, al Centro de Salud al que estaba adscrita y al Hospital "Y", (Servicios de Urgencias, de Medicina Interna y de Cardiología), manifiesta que los servicios médicos consideraban que las molestias de la enferma eran debidas a otras causas, no realizando las exploraciones que hubiesen permitido un diagnóstico y tratamiento precoz de su afección principal (neoplastia de colon), "a mayor abundamiento ni siquiera de la patología de la vesícula biliar, ambas afecciones, siendo sin duda la primera de ellas fatal, presentan un estadio evolutivo importante, muestra inequívoca de una larga evolución". Este error de diagnóstico inicial se postula por la reclamante como un caso típico de pérdida de oportunidad terapéutica, ya que, a su juicio, la paciente no tuvo "opción en ningún momento a recibir tratamiento alguno para lograr o intentar la sanidad de su enfermedad". En definitiva, según se alega, el error no se corrige hasta su ingreso y posterior diagnóstico en el Hospital "X", lo que determinó que no pudiera recibir un tratamiento adecuado para su enfermedad, sufriendo, además, un "proceso mórbido presidido por fuertes dolores que al no diagnosticar la enfermedad no fueron paliados".

Sin embargo, no nos hallamos en el presente caso ante una "pérdida de oportunidad", sino de un supuesto que debe resolverse mediante el examen de los factores que determinaron el fallecimiento de la paciente, de su relación con la asistencia recibida y de si ésta se adecuó a la *lex artis ad hoc*. En este sentido, la documentación que obra en el expediente, concretamente la historia clínica y los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento, nos llevan a concluir que la sintomatología que presentaba en la asistencia médica prestada desde el año 2003 hasta mayo de 2005 fue debida a las alteraciones cardiovasculares que padecía y que indicaron un tratamiento con el que la enferma mejoró. En efecto, hasta dos meses antes del diagnóstico efectuado en el Hospital "X" la enferma no presentó ninguna manifestación del cáncer de colon, en concreto una anemia. En estos casos, tal como se señala en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, "cuando en un

adulto se encuentra una anemia ferropénica sin causa evidente se debe empezar el tratamiento e iniciar la investigación encaminada a encontrar la causa. Esto se hace habitualmente examinando el estómago y el colon para ver si existe una lesión en alguno de estos lugares. Así se orientó a esta paciente y se solicitó la opinión de Digestivo que, teniendo en cuenta la edad avanzada de la enferma, su gravemente alterado estado cardiovascular y que estaba en tratamiento con Sintrom, se consideró que no estaba indicada la realización de pruebas diagnósticas agresivas como son la gastroscopia y la colonoscopia ya que, independientemente de los hallazgos el tratamiento quirúrgico probablemente no iba a plantearse. Por otro lado el tratamiento con Sintrom explicaba posibilidad de sangrado microscópico por tubo digestivo y pareció más prudente tratar la anemia con hierro y ver la evolución”, que fue excelente, ya que cuando volvió a ingresar la anemia había desaparecido.

Con anterioridad la enferma no había presentado síntoma significativo alguno, aparte de los propios de las distintas afecciones padecidas, que pudiera ser indicativo del adenocarcinoma posteriormente diagnosticado, sin duda debido, como se señala en dicho informe, a que “presentaba un cáncer de colon que participaba de las dos localizaciones, derecha e izquierda. Aunque se iniciaba en el lado izquierdo (ángulo esplénico) se extendía por el lado derecho. Por ello dio lugar a manifestaciones muy tardías de las dos localizaciones”. De este modo, la atención que le fue dispensada en cada una de sus presencias en los servicios sanitarios ha de calificarse de correcta, tal como se concluye en el informe médico citado y en el emitido por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias, que señala que “en todas y cada una de ellas, fue atendida:/ Con confección de historia clínica en la que se recogía la enfermedad actual, centrándose al estudio y exploración en el síntoma fundamental por el que acudía a la consulta./ Con exploración física, utilizando procedimientos para llegar a un correcto diagnóstico, como estudios analíticos, bioquímicos (...), radiográficos, electro cardiogramas, se solicitaban interconsultas a otros Servicios relacionados (Digestivo, Cardiología, etc.) y, al final, se emitía un diagnóstico y se pautaba un tratamiento”.

Por último, es preciso resaltar que la muerte de la reclamante fue debida a su deteriorado estado cardiovascular y no a un retraso en el diagnóstico del cáncer de colon, tal como se afirma en los informes anteriormente citados, que concluyen, como hemos dicho, que “la actuación médica con esta enferma fue correcta y acorde a la lex artis ad hoc”.

Por todo ello, hemos de concluir que no han quedado acreditadas las imputaciones efectuadas por la reclamante, ni probado que los daños alegados sean consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario público.

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