

Expediente Núm. 90/2007  
Dictamen Núm. 153/2007

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

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

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de noviembre de 2007, 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 abril de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña ..... y doña ....., doña ..... y doña ....., por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada a don ..... en el Hospital “X”.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 11 de febrero de 2006 doña ..... y doña ....., doña ..... y doña ..... presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que consideran derivados de la incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital “X”, 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 ‘Y’, 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 ‘X’), a cuyo cargo estuvo en lo sucesivo la salud” del perjudicado.

Continúan su escrito señalando que “en mayo de ese mismo año 1999, al continuar las molestias, ya en el (Hospital ‘X’) 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”.

Indican, a continuación, las reclamantes, que “en ocasiones posteriores (...) 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 (...), 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”.

Refieren, a continuación, que “desde finales de 2000 (...) presenta, además de las habituales dolencias, un cansancio crónico, pérdidas de peso y

palpitaciones. Acudió al Centro de Atención Primaria ..... a principios de 2001 y como consecuencia de dicha consulta, se le practicaron diversas pruebas cardíacas (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 (...) 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 'X'), y le fue diagnosticada gastritis leve congestiva (...). Al persistir el dolor abdominal, el paciente acude nuevamente al (Hospital 'X'), 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 'X') 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 (...), 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 “se encontraba ya en un estado que no le permitía vivir solo con su mujer y su madre (...), ambas dependientes (...) 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 (...) viven (...). Fue por entonces, en diciembre de 2002, cuando (el perjudicado) visitó al psiquiatra con el ánimo de obtener alguna mejoría, a la vista de lo que le habían indicado en el (Hospital ‘X’), sin que la visita a dicho profesional le aportase nada nuevo (...). En marzo de 2003 (...), 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 ‘Z’ de Valladolid donde fue ingresado en la Sección de Digestivo”. En este centro, manifiestan 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) (...). 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 'Z' de Valladolid, sin ser su cáncer ya operable (...), hasta su fallecimiento el 13 de febrero de 2005".

A continuación, afirman 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 (de) 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 'Y', 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 vuelve a hacer ninguna ecografía (...) hasta tres años más tarde, en noviembre de 2002!/ En el (Hospital 'X'), 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".

Indican, 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 'X'), consecuente con no haber realizado a partir de febrero de 1999 las ecografías y demás pruebas pertinentes de seguimiento recomendadas por el Hospital 'Y' 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 (un) momento en (el) 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 este caso.

Concluyen este punto indicando que “mientras que el (Hospital ‘X’) no efectuó prueba alguna encaminada a la detección del tumor durante casi tres años, el Hospital ‘Z’ 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 ‘X’) 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 ‘Z’ de Valladolid, con metástasis extendida por hígado y pulmones. Parece claro

que el diagnóstico del centro hospitalario 'X' 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 'X') 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 el Hospital 'Y' (...), 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 (...) 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 (...), que le hizo perder peso, sentirse muy débil y soportar continuos dolores, tuvo (que) 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 ....., 17.080,60 €; a doña ....., 312.450,94 €; a doña ....., 120.134,56 €; y a doña ....., 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 ‘X’; C) Hospital ‘Z’ de Valladolid (...). 3) Las (...) 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 indican, serán aportadas por las interesadas-,

solicitando "la apertura de un periodo 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".

Al escrito de reclamación, se adjuntan doce (12) documentos:

- 1) Libro de Familia.
- 2) Burofax, remitido por una de las reclamantes al Hospital 'X', entregado el día 14 de junio de 2005, solicitando la remisión de una "copia íntegra del historial médico (del paciente), que fue tratado en ese hospital", alegando estar legitimada en su condición de hija del fallecido.
- 3) Informe de Radiodiagnóstico del Hospital 'Y', de fecha 18 de febrero de 1999, e informe de Radiología del Hospital 'X', de 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 Oftalmología, de 24 de junio de 1999, sobre la atención sanitaria prestada por disminución de "agudeza visual y conjuntivitis".
- 5) Informe de Otorrinolaringología en relación con la solicitud formulada por el médico de Atención Primaria el 26 de octubre de 2000, sobre la atención sanitaria prestada por "rinitis frecuente".
- 6) Informe de Cardiología, de 18 de mayo de 2001, sobre la atención sanitaria prestada por "dolor torácico y palpitaciones", 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 'X', de fecha 4 de diciembre de 2002. Señala dicho informe que fue "diagnosticado con anterioridad en nuestra consulta de gastritis leve congestiva, reflujo duodenogástrico y gastroesofágico con síndrome dispéptico pasociado (...).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 'Z' de Valladolid, de fecha 2 de abril de 2003. Entre los antecedentes, recoge dicho informe que "en el verano de 2002 es estudiado en Oviedo por abdominalgia, con FGC normal y colonoscopia con divertículos y dos pólipos adenomatosos en recto, extirpados endoscópicamente. En ecografía y TAC presentaba pseudoquiste pancretático 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 compresión 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 día 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 en 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 en internet por los doctores que atendieron al paciente en el Hospital de Valladolid y una tercera versión, con determinadas aclaraciones a los términos médicos empleados. En el documento en cuestión 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 del Consejero de Servicios Sociales, de fecha 27 de junio de 1996, sobre homologación de la condición de minusvalía a doña .....

10) Resolución del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre reconocimiento de alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de Empleados de Hogar de doña .....

11) Declaración de doña ..... sobre los servicios de asistencia y cuidado que presta, 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 que presta 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 Servicio de Inspección Sanitaria) comunica a la interesada que encabeza la reclamación la incoación del oportuno procedimiento.

**3.** Con fecha 24 de febrero de 2006 el Servicio de Inspección Sanitaria solicita a la Gerencia del Hospital "X" la remisión de una "copia de la historia clínica del (paciente) así como un informe del Servicio responsable de la asistencia". El Director Médico del Hospital 'X' 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) Hojas de "curso clínico" en las que se recoge "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". En la correspondiente al 24-09-02 figura "acude nuevamente por hinchazón abdominal especialmente en el periodo nocturno"; el "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", y el "15-11-2002. TAC abdominal. Pseudoquiste pancreático. Refiere una sintomatología abdominal difusa con malestar epigástrico nocturno asociado a nerviosismo, inquietud e insomnio (...). Plan: informe clínico, control en 4 meses con analítica".

b) Entre las pruebas realizadas figuran: ecografía abdominal, realizada del 22 de julio de 2002, en la que se señala "páncreas, bazo sin alteraciones ecográficas" y, como impresión diagnóstica, "litiasis renal izquierda"; valoración del antígeno carcinoembrionario, 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

de abdomen, realizado el 5 de noviembre de 2002, que informa de un "pseudociste pancreática".

c) Hojas de "curso clínico" de fecha 22 de febrero de 2001 en las que se anota "hace unos 15-16 años (...) siguió tto. 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 palpita. Taquic. ocasionales. En la actualidad refiere mejoría espontánea".

**4.** El día 9 de marzo de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el Informe Técnico de Evaluación. En él se señala que "el 08-11-2001 fue visto en el Servicio de Medicina Interna del (Hospital 'X') 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 pseudociste pancreática. El tratamiento consistió en la administración de enzimas pancreáticas 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 'X'. 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 las 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 pseudoquistes pancreático abscesificado 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 úlcus 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 (de) 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. Esta última, la ecografía endoscópica, no está claro que pueda detectar (la) 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 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 'X') (...) 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 pseudoquistes 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 'X') 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 'X') 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 (la actuación de) los facultativos del (Hospital 'X') 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 remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y al Hospital “X”.

**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 dicha fecha, y mediante comparecencia personal ante la Administración, 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 en el registro de la Administración del Principado de Asturias. En él resumen el “historial clínico unido al expediente” y se reafirman en la tesis de que en la detección de tumores o carcinomas en el páncreas no es recomendable la ecografía abdominal, realizada al paciente en 1999, sino que debe optarse -afirmación que apoyan con dos estudios “tomados de internet”, cuya copia aportan- por el TAC helicoidal, que admiten que se practicó en 2002, “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”, aunque, pese a este hallazgo, “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 contradicen sus argumentos, reiterando, en síntesis, que en ningún momento, ni en las primeras atenciones y pruebas realizadas ni tras la práctica de otras distintas en 2002, “se sospechó (de) un cáncer de páncreas, pese al historial y a los indicios más 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 fallecido “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”, aunque “en todo el tratamiento que durante 3 años se le realizó (...), pese a sus síntomas, y a su historial, no se practicó ni una RMN ni una (ecografía endoscópica)”, por lo que concluyen que “la negligencia es evidente”.

El escrito de alegaciones detalla otro incumplimiento, consistente en que no se informó al paciente de la posibilidad de practicar determinada técnica diagnóstica, en concreto la ecografía endoscópica, que “la Clínica Universitaria de Navarra incorporó (...) en el año 2000 (...), 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)”.

Terminan las interesadas afirmando que “el paciente falleció como consecuencia de un diagnóstico erróneo y negligente del (Hospital 'X') 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, la aportación de 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 copia de dos artículos periodísticos en relación con una sentencia del Tribunal Superior de Justicia 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 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 resuelve sobre la práctica de las pruebas solicitadas por las interesadas, denegándolas. En cuanto a la primera historia clínica (Centro de Salud de .....), señala que se recabó información telefónica y que “no se consideró relevante la (...) suministrada por éste para la elaboración del informe técnico de evaluación”, y la segunda, porque el informe del Hospital de Valladolid que figura en el expediente “parece a todas luces suficiente (...) para adoptar la resolución que proceda en derecho”. Finalmente, en relación con el informe de la “Comisión de Vigilancia de la Calidad Asistencial” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, manifiesta el instructor que “no existe dicha Comisión, e interpreto que se trata de la Comisión Central de Garantía de la Calidad del propio (Hospital ‘X’), 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 elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, que inicia señalando que el paciente “fue visto el 08-11-2001 en el Servicio de Medicina Interna del (Hospital ‘X’) por un cuadro de dispepsia, distensión abdominal y aerofagia, siendo diagnosticado de dispepsia abdominal (...). 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 duodeno-gastro-esofágico y síndrome dispéptico asociado (...). 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 (...). En diciembre de 2002 el perjudicado estableció su residencia en Valladolid (...). En enero de 2003 el paciente fue remitido (...) al Servicio de Digestivo (...) 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 abscesificado 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 ‘X’) 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 las 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 las reclamantes han adjuntado a su escrito de alegaciones”.

**11.** Mediante escrito de 2 de mayo de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

El Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 28 de junio de 2006, emite dictamen en el que, sin pronunciarse sobre el fondo de la cuestión planteada, estima procedente la retroacción del procedimiento a fin de que se incorpore el informe del servicio responsable de la prestación sanitaria que origina la reclamación.

Solicitado el referido informe por el Servicio instructor, el Gerente del Hospital "X" remite copia del informe clínico de alta correspondiente al ingreso hospitalario de 13 de noviembre de 2002, por lo que la petición se reitera al objeto de que se justifique "el desarrollo del proceso asistencial llevado a cabo sobre el perjudicado en ese centro sanitario, entre el 8 de noviembre de 2001 y el 29 de noviembre de 2002".

En respuesta a tal requerimiento, el Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" elabora un informe sobre la asistencia prestada con motivo de las consultas efectuadas el 24 de septiembre, el 28 de octubre y el 13 de noviembre de 2002. En él exponen los facultativos firmantes los normales resultados de las sucesivas pruebas practicadas y el hallazgo de un pseudoquiste pancreático, lo que se comunica al paciente el 13 de noviembre de 2002 cuando "acude de nuevo a la revisión programada", momento en que también "se comenta la posibilidad de que padezca un colon espástico, y se le solicitan nuevos estudios analíticos, ecografía abdominal, valorándose la posibilidad de nueva gastroscopia, motivo por el que se le emplaza para una nueva revisión en consultas externas. A partir de ese momento se pierde el contacto con el paciente que no realiza los estudios solicitados ni acude a revisión".

Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio de 4 de agosto de 2006, "por haberse incorporado nueva documentación al expediente administrativo", un representante de dos de las interesadas presenta un escrito de alegaciones en el que señala que el fallecido fue atendido en el Hospital "X" "mucho antes y por los mismos síntomas", reiterando que no se practicaron los

controles ecográficos recomendados y que el pseudoquiste pancreático fue diagnosticado, ya en Valladolid, “como un cáncer de páncreas”.

Con fecha 13 de septiembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria elabora nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo los fundamentos de derecho de su anterior propuesta.

Con la misma fecha tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de dos de las interesadas al que adjuntan copia del certificado de nacimiento del fallecido, tal como habían anunciado en su anterior escrito de alegaciones.

Remitido nuevamente el expediente al Consejo Consultivo del Principado de Asturias, es devuelto por defecto formal mediante oficio de 18 de diciembre de 2006, pues “no figura informe de ningún servicio que relate la atención dispensada al perjudicado entre noviembre de 2001 y junio de 2002”.

Previa petición al efecto del Servicio instructor, el Servicio de Medicina Interna del Hospital “X” libra nuevo informe en el que se señala que, en la primera consulta de noviembre de 2001, “la exploración física no revelaba ningún hallazgo patológico (...) y se solicita radiografía de tórax que es normal./ El 26/11/2001 se le revisa de nuevo en consultas externas con clara mejoría clínica./ Es revisado de nuevo en la consulta de M. Interna el 30/04/2002, donde refiere haber comenzado 3 semanas antes con hinchazón abdominal (...). Se le propone estudio gastroscópico que se realiza (...). La biopsia gástrica muestra una gastritis superficial congestiva sin metaplasia (...). El 14/06/2002 (...) se le da el alta para seguimiento por Atención Primaria”. A continuación, el informe del Servicio reproduce las consideraciones vertidas en el anterior, si bien añade que “el paciente tenía citada una ecografía abdominal el 17/02/2003 que no acude a realizarse”.

Evacuado trámite de audiencia mediante oficio de 30 de enero de 2007, “por haberse incorporado nueva documentación al expediente administrativo”, un representante de dos de las interesadas presenta un escrito de alegaciones en el que reitera los fundamentos de la pretensión y manifiesta la falta de

acreditación de la invocada cita para una ecografía abdominal el 17 de febrero de 2003, añadiendo que “además, según consta en el expediente, al paciente se le dio el alta clínica el 13 de noviembre de 2002”.

Con fecha 20 de marzo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria elabora nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando los fundamentos de derecho de sus anteriores propuestas, pues “puede (...) afirmarse que en noviembre de 2002 el Servicio de Medicina Interna (...) no evidenció ninguna patología cancerosa pancreática”, pese a “haber realizado los estudios y pruebas que los protocolos actuales establecen”.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de abril de 2007, registrado de entrada el día 17 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 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), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Sobre la legitimación del Principado de Asturias, hemos de señalar que la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó en el Hospital "X", centro privado que, según ha manifestado este Consejo con ocasión de dictámenes anteriores, se encuentra vinculado a la red hospitalaria pública mediante un convenio singular suscrito el día 10 de mayo de 2004 con el Servicio de Salud del Principado de Asturias, y en virtud del cual dicho hospital -clasificado como Hospital de Área (.....) por Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de 7 de abril de 2003, de conformidad con lo establecido en el Decreto 71/2002, de 30 de mayo- presta atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En atención a tales circunstancias, este Consejo Consultivo entiende que el Principado de Asturias se encuentra legitimado pasivamente, dado que el eventual resarcimiento de los daños que se pudieran haber ocasionado a un paciente ha de ser imputado a la Administración sanitaria, con el mismo alcance y requisitos que si se hubiera causado en las propias instalaciones de la sanidad pública.

**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 11 de febrero de 2006, habiendo tenido

lugar los hechos de los que trae origen el día 13 de febrero 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 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 incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a las interesadas, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, 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 notifica la recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, se aprecia 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. Recibida la reclamación en el

registro de la Administración del Principado de Asturias el día 11 de febrero de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 17 de abril de 2007, 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.-** Fundan las interesadas su reclamación en “la falta de (un) diagnóstico temprano”, al no haberse practicado “las pruebas médicas adecuadas a tiempo”, lo que condujo a que la patología del fallecido fuera irreversible en el momento de su detección.

En este contexto, no habiendo duda del daño por el que se reclama, las reclamantes basan su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y el daño acaecido, lo que nos remite a la cuestión de dilucidar si al paciente se le dispensó la atención adecuada con la debida prontitud.

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria la falta de curación del enfermo en un plazo determinado 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*. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario y, por tanto, a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico al paciente, sin que ello comporte el derecho de éste a un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. Debemos, por tanto, averiguar si se dejó de proporcionar al enfermo el cuidado sanitario que se podía demandar según los medios exigibles a la sanidad pública y al estado de la ciencia y, más concretamente, responder a la pregunta de si la Administración sanitaria tenía la obligación, conforme a la *lex artis*, de prestar una asistencia especializada y permanente que garantizara la detección precoz de procesos patológicos que no se exteriorizan con síntomas notorios e inmediatos.

En el caso ahora examinado, tanto el informe técnico de evaluación como los emitidos por el Servicio que atendió al paciente, no desvirtuados de contrario, coinciden en que se le realizaron todos los estudios y pruebas que los protocolos vigentes establecen en el diagnóstico de la patología pancreática, manifestando que los profesionales no pudieron efectuar un diagnóstico cierto y definitivo dado que el paciente, por circunstancias familiares, cambió de domicilio y no mantuvo contacto posterior con el centro sanitario.

Entre los documentos que integran la historia clínica del paciente se incluyen los relativos a la "ecografía abdominal", realizada del 22 de julio de 2002, que arroja un resultado de "páncreas, bazo sin alteraciones ecográficas" y, como impresión diagnóstica, señala "litiasis renal izquierda", por lo que tampoco puede sostenerse, como pretenden las interesadas, que la práctica de la ecografía en un momento anterior hubiese conducido a la detección precoz del tumor pancreático.

El informe técnico de evaluación incide en que "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". Remarca el mismo informe que "el cáncer de

páncreas (es) 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". En este mismo sentido, hemos de observar que las publicaciones médicas aportadas por las reclamantes, sin entrar a valorar su virtualidad probatoria en relación al caso concreto, se refieren a "un cáncer pancreático `ocultado´ a RMN y TAC helicoidal por el actual pseudoquiste", corroborando las dificultades del pronto diagnóstico, en lo que, según manifiestan las propias interesadas, responde a la descripción del proceso del paciente fallecido.

En cuanto al seguimiento de las prácticas protocolarias, hemos de reseñar que las mismas publicaciones médicas que las interesadas aportan se refieren al "diagnóstico con eco endoscópica" como "no actualmente el estándar para los pseudoquistes", indicando que la ecoendoscopia "por el momento no está instaurada de forma generalizada en los centros hospitalarios españoles". A la vista de estas afirmaciones, y faltando prueba en contrario, este Consejo ha de concluir que los profesionales médicos emplearon diligentemente los recursos diagnósticos a su alcance, sin que, mas allá del carácter protocolario o no de la realización de una ecografía endoscópica, quepa afirmar su procedencia técnica en el momento en que las pruebas no invasivas realizadas indicaron el diagnóstico ya citado (pseudoquiste pancreático), y posteriormente confirmado.

En lo que atañe al pretendido incumplimiento en materia de información al paciente, hemos de reparar en que tal obligación no se extiende a las técnicas de diagnóstico disponibles en los distintos hospitales del Sistema Nacional de Salud, máxime cuando no hay indicios de que esas singulares técnicas puedan conducir a la detección de una concreta patología. El derecho a la información aparece recogido en la actualidad en Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Sin embargo,

en el supuesto que analizamos, el derecho de información se encontraba regulado en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. El artículo 10.5 de esta ley establecía, entre los derechos de los pacientes, el derecho "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento". Sobre la base de este precepto se ha articulado una doctrina jurisprudencial sobre dicho requisito, mereciendo aquí destacarse que, en expresión del Tribunal Supremo (Sentencia de 2 de octubre de 1997, de la Sala de lo Civil), tal información comprende la del "diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos del mismo". No abarca, *a contrario sensu*, la indicación de las distintas técnicas de diagnóstico disponibles en otros centros de la red sanitaria, pues los recursos diagnósticos han de estar al alcance de los profesionales médicos cuando son protocolarios, de modo que su adecuada aplicación se subsume en el criterio general de la *lex artis* sin que pueda integrar una mala praxis diferenciada por defecto de información al paciente.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. En el supuesto aquí estudiado ni siquiera puede afirmarse que la práctica de la sugerida ecoendoscopia, u otras analíticas distintas a las realizadas, hubiera permitido anticipar el diagnóstico y alterar el devenir del proceso, lo que corrobora la falta de nexo causal entre el servicio prestado al perjudicado y las consecuencias negativas ocurridas en el conjunto del proceso asistencial.

Con base en lo expuesto, concluimos que no queda acreditada ninguna actuación, por parte de los profesionales que atendieron al paciente, contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, ni que la práctica de las correspondientes pruebas no se ajustara a la sintomatología que aquél

presentó en cada momento de forma que no resultaba posible sospechar entonces la patología finalmente desencadenada.

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 ..... y doña ....., doña ..... y doña ....."

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.