

Expediente Núm. 152/2010
Dictamen Núm. 166/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de mayo de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de mayo de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de lo que considera una inadecuada asistencia por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 22 de junio de 2009, la interesada presenta en el Registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos derivados de la asistencia sanitaria prestada por el servicio público sanitario, al retrasar el diagnóstico de la recidiva del cáncer que había padecido.

Expone que con fecha 15 de mayo de 2003 se le realizó una biopsia que arrojó un diagnóstico de “cáncer de mama”, concretamente, “carcinoma de células claras rico en glucógeno multifocal, grado II”, del que fue intervenida el 5

de junio de ese mismo año, realizándole “una mastectomía radical tipo Madden sin incidencias”. Posteriormente, “desde julio a octubre de 2003, se le realiza un tratamiento de quimioterapia, con respuesta satisfactoria./ Al año siguiente, durante los meses de febrero y marzo de 2004, recibe veinticinco sesiones de radioterapia”. Desde ese momento, una vez finalizado el tratamiento, “comienzan a realizarle controles médicos cada seis meses, que duran hasta el año 2008, y se practican en el Servicio de Patología Mamaria B del hospital”. Dichos controles se le realizaron “hasta el 16 de junio de 2008”, momento en que la doctora le indica que, dado que las pruebas que se le efectuaron “son plenamente satisfactorias, no cree preciso continuar con la periodicidad semestral y por ello la cita para un año después, esto es, para el 18 de junio de 2009”.

Continúa relatando que “desde comienzos del año 2005 comenzó a sufrir dolores de espalda, localizados principalmente en la zona lumbar”, por lo que acudió a consultas en su centro de atención primaria los días 24 y 28 de febrero de ese año, “siendo diagnosticada de escoliosis”. Señala que, pese a que los dolores no cedían con los analgésicos, persistía “el mismo diagnóstico”. Tuvo que acudir “al Servicio de Urgencias por contractura muscular de trapecio bilateral”, el día 4 de febrero de 2007 y, nuevamente, el 23 de septiembre de 2007, diagnosticándosele “lumbalgia”. Añade que “ante los dolores lumbares tan intensos que padece”, el 14 de febrero de 2008 acude a su médico de cabecera, quien le realiza “unas placas de columna vertebral”, con el diagnóstico de “pequeña escoliosis rotatoria y aumento de la lordosis lumbar, lumbarización de 1.ª vértebra sacra”, por lo que le recomienda practicar “natación para el fortalecimiento de las zona lumbar”. La reclamante aporta estas radiografías cuando acude a su revisión de Patología Mamaria B el día 9 de abril de 2008 y la facultativa que la atiende le ratifica que “presenta una simple escoliosis”. Detalla que en dicha revisión le realizan “una placa de tórax y una analítica que tiene lugar el 17 de abril de 2008, así como, con fecha 29 de mayo de 2008, le practican una mamografía con ecografía y una resonancia magnética de mama”. Posteriormente, el “22 de mayo de 2008”, acude a consulta “a fin de que le den

los resultados” y le indican “que todo está correcto”, por lo que el 13 de junio de 2008 la doctora le dice “que no quiere verla hasta dentro de un año”. Refiere que a pesar de que los facultativos insistían en diagnosticar los dolores que padecía como “una simple escoliosis”, ante la intensidad de estos, la persistencia y la falta de respuesta eficaz de los analgésicos, decide acudir -el día 20 de agosto de 2008- a su médico de cabecera, “quien le diagnosticó un proceso de tipo ciático”, recetándole un tratamiento a base de inyecciones que concluyó el día 3 de septiembre de 2008, pese al cual los fuertes dolores continuaban, por lo que el día 5 de septiembre siguiente, fue remitida al Servicio de Urgencias del hospital donde, “después de varias radiografías, se decide su ingreso (...) en el Servicio de Patología Mamaria”. Durante trece días de hospitalización, “le realizan por primera vez desde el 7 de octubre de 2004 una gammagrafía ósea, que da como resultado una recidiva ósea de cáncer de mama, extensa enfermedad metastásica ósea con compromiso de canal medular grado IV”; es decir, “pasó de una fase II a una fase IV en su cáncer de mama, sin que ningún facultativo se haya percatado (...) de que los dolores de espalda (...) tenían relación con el proceso canceroso, pues bien al contrario (...) le insisten en que está estupendamente de su dolencia”, identificando sus síntomas dolorosos con otras enfermedades banales, “sin relacionarlos con la patología que evidentemente los originaba, que no era otra que una metástasis ósea”. Afirma, a modo de ejemplo, que la oncóloga que la trata ahora “se extrañó mucho de que no se le hubiera administrado hace años tamoxifeno, habitual en estos casos pues se trata de un cáncer hormonodependiente, ni (que) tampoco se le realizó una ablación ovárica, posiblemente indicada”.

Por todo lo reseñado, considera que “nos encontramos ante un caso de mala praxis achacable a los facultativos que la asistieron, y no sólo en el ya descrito error de diagnóstico, sino que ni siquiera se han seguido los protocolos establecidos para este tipo de enfermedad, reduciéndose como se ha expuesto a un control semestral (que incluso se amplió a un año), sin adoptar medidas efectivas”.

Subraya la interesada, quien en el momento de formular la reclamación cuenta con 44 años, que “las lesiones que padece, como consecuencia del daño imputable a la Administración sanitaria, la inhabilitan para la realización no sólo de su trabajo como administrativo, sino de cualquier ocupación o actividad, encontrándose pendiente de serle reconocida en fechas próximas la incapacidad permanente y absoluta que ya ahora padece”, y señala que con fecha 28 de abril de 2009 se le ha reconocido una minusvalía del 33%. Precisa también que desde el 27 de mayo de 2009 “recibe asistencia en los Servicios de Salud Mental del Principado”, como consecuencia de todo este proceso que viene padeciendo.

Solicita una indemnización en cuantía de quinientos mil euros (500.000 €), “más los intereses legales que correspondan”.

Adjunta a su reclamación copia de los siguientes documentos: a) Informe de alta hospitalaria, de 19 de mayo de 2003, emitido por el Servicio de Ginecología tras procedimiento quirúrgico consistente en “tumorectomía biopsia con resultado intraoperatorio de malignidad”. b) Informe del Servicio de Anatomía Patológica de fecha 28 de mayo de 2008, relativo a la biopsia practicada. c) Informe de alta del Servicio de Ginecología expedido el 11 de junio de 2003, tras la realización el día 5 del mismo mes de una “mastectomía radical tipo Madden sin incidencias”. d) Cuadro de revisiones de las consultas de Ginecología, Patología Mamaria B, donde constan las fechas en las que acude la reclamante, reflejando las dos últimas anotaciones: “13-junio-08” y “18-junio-09”. e) Once justificantes de asistencia a consulta médica correspondientes al periodo comprendido entre el 14 de febrero de 2008 y el 13 de junio de 2008. f) Resolución de 28 de abril de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, por la que se le reconoce a la interesada un grado total de discapacidad del 33%, “desde el 26-02-2009”, acompañada de dictamen técnico facultativo y certificado de grado de discapacidad.

2. Con fecha 15 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de entrada de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con

arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Mediante escrito de 15 de julio de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado a fin de elaborar el preceptivo informe técnico de evaluación, solicita a la Gerencia del centro hospitalario copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe del Servicio de Ginecología (Unidad de Patología Mamaria) sobre el concreto contenido de la reclamación presentada.

4. Con fecha 24 de julio de 2009, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor copia del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, así como de los informes médicos que figuran en la historia clínica de la paciente.

En relación con el proceso que genera la reclamación, constan, entre otros, copias de los siguientes documentos: a) Hoja de "historia de patología mamaria", en la que se apunta como diagnóstico preoperatorio "nódulo sospechoso en CSE de M. I."; se indica como tratamiento "T-biopsia (...). Mastectomía (Madden)"; se recoge un diagnóstico posoperatorio de "maligno" y por último se anota "CEF 6 ciclos + radioterapia". b) Hojas de consentimiento informado para anestesia general y de autorización para intervenciones quirúrgicas o exploraciones especiales, firmadas por la reclamante el 14 de mayo de 2003. c) Diversos informes del Servicio de Anatomía Patológica, de los que destaca el datado el 28 de mayo de 2003 con un diagnóstico de "carcinoma de células claras rico en glucógeno multifocal. Grado II de S-B, alcanzando un borde de resección de la pieza", y el emitido el 16 de junio de 2003 que reseña "pieza de mastectomía con cambios mastopáticos sin restos de tumoración residual. Metástasis en 4 de los 14 ganglios linfáticos aislados". d) Dos informes de alta hospitalaria, de 19 de mayo de 2003 y 11 de junio de 2003, cuyas copias fueron aportadas por la interesada con su reclamación. e) Hoja de "tratamiento quimioterápico" donde se reflejan 6 ciclos, con inicio el "8-VII-03" y final el "23-

X-03". f) Analíticas de marcadores biológicos tumorales del Servicio de Medicina Nuclear II. g) Hojas de curso clínico. h) Informe de Consulta Externa del Servicio de Oncología Radioterápica, de fecha 1 de abril 2004, que refleja el tratamiento radiológico complementario recibido por la enferma "a nivel de pared torácica izda. y área de drenaje supraclavicular" y define que a su finalización "no se objetivaron signos de recidiva locorregional ni progresión a distancia durante el mismo". i) Informe de alta emitido el 22 de febrero de 2005 por el Servicio de Cirugía Plástica, en el que ingresa la perjudicada el día anterior para intervención programada y en el que se hace constar que "debido a las dudas de la paciente y a la falta de firma del consentimiento informado no se puede realizar la intervención quirúrgica por lo que damos a la paciente de alta remitiéndola a consultas externas". j) Diversos informes radiológicos. k) Informe del Área de Urgencias hospitalaria, de fecha 5 de septiembre de 2008, al que acude como consecuencia de "dorso lumbalgia D irradiada MSD y MID", y practicados estudios radiológicos de columna dorsal, cervical y lumbar, "dada la clínica de la paciente, ausencia de mejoría (...) hallazgos radiológicos junto con los antecedentes", se remite a Urgencias de Ginecología "para ajuste de tratamiento y pruebas complementarias que precise". l) Informe de alta emitido el 17 de septiembre de 2008 por el Servicio de Oncología Médica, al que fue trasladada el 15 de septiembre de 2008, tras su ingreso en el Servicio de Ginecología derivada de Urgencias. En él se recoge la historia actual de la paciente quien refiere "desde agosto de 2008 dolor de espalda progresivo, acompañado de parestesias y cialgia irradiada por miembro i. dcho. en el último mes. No síndrome general. No clínica respiratoria ni digestiva". Una vez realizadas distintas pruebas complementarias, entre ellas una gammagrafía ósea en la que "se visualizan múltiples acúmulos patológicos en columna dorsal baja y lumbar, así como en ambas sacroilíacas y de menor intensidad en calota, D2-D3, D8, tercer arco costal dcho.", resulta un diagnóstico de "recidiva ósea de ca. de mama" y "probable compresión radicular en raíces lumbares dchas., con evolución favorable tras tratamiento". Por ello, ante "el buen estado general de la paciente y la recuperación de la clínica de dolor y parestesias, se decide alta para

completar estudios de forma ambulatoria y seguir evolución en Oncología Médica". m) Informe de alta de tratamiento del Servicio de Oncología Radioterápica, de fecha 3 de diciembre de 2008, en el que consta: "paciente con diagnóstico de metástasis óseas a nivel lumbar (L1) que invade canal medular produciendo compresión. Estadio IV./ Se planifica tratamiento radiológico paliativo antiálgico y descompresivo a nivel de columna lumbar" y completa dicho tratamiento, refiriendo a su finalización una "importante disminución del dolor, con reducción de tratamiento analgésico". Se "da de alta quedando a cargo del Servicio de Oncología Médica". n) Informe de seguimiento de Consultas de Oncología Médica, en cuyas dos últimas anotaciones, efectuadas el 30 de abril y el 23 de junio de 2009, respectivamente, se indica: "solicitó consulta en la clínica (...) de Madrid sobre el gamma knife para el tratamiento de mts. vertebrales. La vieron y le realizaron un PET-TA, en el que le dijeron que tiene respuesta tumoral, y por el momento no es preciso intervenir. Ella se encuentra bien, el dolor está controlado y hace vida +/- normal para la situación. Marcadores normales (...) seguimos con el mismo tratamiento, por el momento el beneficio es evidente"; y "bien desde el punto de vista clínico, únicamente tuvo un episodio de dolor autolimitado en brazo izdo. que duró dos días y cedió espontáneamente. No otros síntomas de progresión. No se palpan adenopatías, puño-percusión vertebral negativa, auscultación cardiopulmonar normal. Analítica con hemograma normal".

5. El día 28 de junio de 2009, el Secretario General del centro hospitalario traslada al Servicio instructor dos informes de la Unidad de Patología Mamaria que atendió a la reclamante.

En el primero de ellos, suscrito por el Jefe de Sección, se aclara que "la conducta terapéutica ha sido adecuada, dado que:/ El cáncer de mama es un tumor heterogéneo de pronóstico incierto, en función de determinados parámetros o factores pronósticos. La finalidad del tratamiento adyuvante es evitar o retrasar recidivas o metástasis y se indica en base a dichos factores pronósticos". En este caso, previa biopsia quirúrgica y teniendo en cuenta el tipo

histológico y la multifocalidad del tumor “se realiza mastectomía radical modificada tipo Madden, con el diagnóstico anatómico-patológico de ‘cambios mastopáticos, metástasis en 4 ganglios de 14 ganglios linfáticos aislados’./ Dada la histología del tumor, se decide administrar radioterapia complementaria y de tratamiento quimioterápico adyuvante en base a la afectación ganglionar y alto grado de proliferación, administrándose en total 6 ciclos de CEF”. Añade que “pese a la positividad de los receptores estrogénicos, no se consideró indicado el tratamiento con tamoxifeno dada la patología ginecológica que presentaba la paciente”, decidiéndose controles rigurosos que se inician “inmediatamente de finalizar la radioterapia”. Señala que en ninguno de los controles realizados se indican “signos de recidivas o metástasis” y que teniendo en cuenta sus antecedentes, el 5 de septiembre de 2008, les es “remitida por el Servicio de Urgencias Generales por dolor de tipo ciático” para completar estudios. Durante este ingreso se solicitó: “consulta a la Unidad del Dolor, gammagrafía ósea, RMN, consulta a Hematología y consulta a Oncología Médica, diagnosticándose de metástasis óseas. Desde esta fecha no tenemos más noticias del estado de la paciente, salvo el escrito de reclamación”. Por último, insiste en que pese al tratamiento adyuvante recibido, “ni esta terapia ni otra garantiza la curación, que depende más del diagnóstico precoz que del tratamiento adyuvante empleado” y, como ocurrió en este caso, “la afectación ganglionar sigue siendo uno de los principales factores de mal pronóstico del cáncer de mama”.

Por su parte, el 19 de mayo de 2009 la médica adjunta de la Unidad y en relación a su implicación personal con el caso que nos ocupa informa que, “efectivamente, el 9 de abril de 2008 la paciente acudió a la Unidad de Patología Mamaria para una revisión según protocolo. En la exploración se detecta un nódulo de dudoso significado, por lo que se solicita con carácter preferente mamografía, Rx tórax, analítica y marcadores tumorales. En esta revisión, la paciente aporta Rx de columna informadas como: ‘pequeña escoliosis rotatoria y aumento de la lordosis lumbar’, por lo que no se tuvo más en consideración”. La enferma “acude a por los resultados” de las pruebas, que son normales. La mamografía “es informada de mastopatía compleja, por lo cual es necesario

realizar RMN de mama a petición de ese Servicio”, cuyo resultado es “sin patología maligna, por lo que se indica revisión al año, ya que la paciente llevaba cinco años en seguimiento”. A continuación detalla su actuación entre los días 5 de septiembre de 2008, cuando “es remitida de Urgencias Generales por dolor tipo ciático, indicándose el ingreso en este Servicio”, hasta el día 15 de septiembre de dicho años, en que “es vista por el Servicio de Oncología”. Por último, hace constar “que alguno de estos datos que previamente había recogido”, no figuran actualmente en la historia, tal como ha “podido comprobar el 18-05-09” cuando revisó ésta para realizar el informe.

En relación con esta última afirmación, obra incorporado un escrito, de fecha 9 de julio de 2009, dirigido a la facultativa por la Subdirectora Médica del centro hospitalario en el que le indica que “la historia clínica que en este momento está en mi poder, está íntegra y sin ningún signo de manipulación” y a su disposición, a la vez que le insta a que responda “a la pregunta que hace la paciente en cuanto al no estudio o valoración de los síntomas referidos en abril de 2008”, esto es, “el dolor lumbar que le reitera el día 9 de abril en la consulta de Patología Mamaria y que ya había sido motivo de consulta a su médico de cabecera”.

El día 23 de julio de 2009, la médica adjunta de la Unidad de Patología Mamaria agradece a la Subdirectora Médica que le haya confirmado que la historia de la paciente se halla íntegra en esa Subdirección, “con todos los datos y a disposición de cualquier estamento que decida verificar los hechos acaecidos en la fecha 09-04-09 (*sic*)”, que son: “solicitud de pruebas complementarias con carácter preferente” y, además, “informe de selectivas de columna en flexo-extensión (...), firmado por un médico especialista en radiodiagnóstico del Sespa”.

6. Con fecha 14 de agosto de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se indica que “se trata de una paciente diagnosticada de un carcinoma de células claras rico en glucógeno, multifocal, grado II S-B de 2,8 x 2 cm que

invade el estroma y tejido adiposo adyacente y con metástasis en 4 ganglios de 14 ganglios linfáticos aislados. Se le realizó en julio de 2003 una mastectomía radical tipo Madden y dadas las características del tumor se administró radioterapia complementaria y tratamiento quimioterápico adyuvante en base a ala afectación ganglionar y alto grado de proliferación". Este tratamiento "en ningún caso garantiza la curación que depende más del diagnóstico precoz que de los tratamientos empleados". Como ocurrió "en este caso, la afectación ganglionar sigue siendo uno de los principales factores de mal pronóstico del cáncer de mama, tumor heterogéneo de pronóstico incierto en función de determinados parámetros o factores pronósticos. La finalidad del tratamiento adyuvante, es evitar o retrasar recidivas o metástasis y se indica en base a dichos factores pronósticos". Refiere que los estudios radiológicos de columna realizados el 22 de febrero de 2008, no pusieron en evidencia la existencia de enfermedad metastásica y, sin embargo, el 5 de septiembre de 2008 presentan signos de alteraciones que indujeron a la realización de otros estudios que finalmente establecieron el diagnóstico de recidiva de cáncer de mama con múltiples acúmulos patológicos en columna dorsal baja y lumbar, así como en ambas sacroilíacas y de menos intensidad en calota, D2-D3, D8 y tercer arco costal dcho.". Por todo ello entiende que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis", por lo que la reclamación debe ser desestimada.

7. Mediante escritos de 17 de agosto de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 3 de octubre de 2009, a instancias de la entidad aseguradora, se emite informe por una asesoría privada, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, con acreditada experiencia en los Servicios de Urgencias hospitalarios. En él, tras el resumen de los hechos, se realizan una serie de consideraciones médicas, de las que se destaca que "la paciente presentó

metástasis óseas que fueron detectadas cinco años después de ser tratada de un cáncer de mama (...). Las vértebras son los huesos donde con mayor frecuencia aparecen metástasis". Cuando estas aparecen, "el tratamiento generalmente es sintomático y en algunos caso, sobre todo en (...) tumores hormonodependientes (próstata, mama) se hará tratamiento hormonal. La aparición de las metástasis óseas en el cáncer de mama no tiene una repercusión importante en la supervivencia, pero sí en la calidad de vida de la paciente, (si) el tratamiento no consigue controlar los síntomas. Afortunadamente (en) esta paciente la respuesta al tratamiento ha sido buena y según se refiere en las notas de seguimiento, no tiene molestias significativas". En cuanto a la afirmación de la reclamante sobre "que no se prestó la atención debida a la lumbalgia que presentaba y que no se siguieron las revisiones necesarias", se aclara que "en la historia clínica no hay ninguna referencia a dolor de espalda hasta febrero de 2007 en que acude a Urgencias tras estar 12 horas trabajando con el ordenador. Tenía una contractura de trapecio y así fue diagnosticada. El hecho de que acudiese a Urgencias parece indicar que se trataba de un dolor de aparición brusca" y no hay ninguna otra consulta por dolor de espalda hasta febrero de 2008 en la que se le hace "una radiografía de columna lumbar donde sólo se objetivan alteraciones de la posición, que "podía explicar las molestias de la paciente que tras terminar el tratamiento de cáncer de mama presentaba una gammagrafía ósea normal a final de 2004". A esta enferma se hizo "un seguimiento adecuado", según las recomendaciones basadas en la evidencia científica, ya que "fue revisada con menos de seis meses de intervalo y se le indicó que volviese un año después a partir del sexto. En cada exploración se le hicieron más exploraciones complementarias de las que se consideran imprescindibles y todas ellas fueron normales. El hecho de que cinco meses después de la última revisión se detectasen metástasis óseas ni indica un seguimiento incorrecto" y, por otro lado, "en ningún estudio se ha demostrado que la supervivencia esté influida por el diagnóstico precoz de la recidiva. Por ello no se recomiendan las exploraciones sofisticadas en el seguimiento". La enfermedad, cuando se detectan metástasis óseas, "frecuentemente puede

controlarse de forma adecuada con el tratamiento”, como ocurrió en el caso de esta paciente. Concluyen señalando que “la actuación seguida con esta enferma es correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. Mediante escrito notificado el 26 de octubre de 2009, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. La interesada comparece el 11 de noviembre siguiente, según diligencia extendida al efecto, y se le hace entrega de copia del expediente.

10. El día 13 de noviembre de 2009, la interesada presenta un escrito en el que expone que el expediente del que se le ha dado copia se encuentra incompleto y propone prueba documental consistente en: “informe del Servicio de Radiología de 8 de octubre de 2008”; “informes de las últimas sesiones de quimioterapia efectuadas”, e informes del facultativo que cita perteneciente al Servicio de Ginecología I, donde la reclamante fue atendida el 4 de marzo de 2008 y el 16 de abril de 2009, “sin que consten informes médicos al respecto, habiéndosele efectuado una ecografía vaginal, sin que figure en el expediente administrativo”.

11. Con fecha 23 de noviembre de 2009, el Inspector de Prestaciones solicita a la Gerencia hospitalaria que se incorporen al procedimiento los documentos interesados por la reclamante. Dichos documentos son remitidos 9 de diciembre siguiente por el Secretario General del centro.

En el informe de Radiología de 8 de octubre de 2008, los hallazgos encontrados tras el estudio toraco-abdominal y pélvico realizado objetivan la siguiente impresión diagnóstica: “1. Extensa enfermedad metastásica ósea con compromiso del canal medular./ 2. Gran útero miomatoso./ 3. Dos lesiones focales subcentimétricas en cúpula hepática. Probables quistes simples”.

En el “informe de seguimiento” que se remite, la facultativa informante consigna, el 13 de agosto de 2009, que la paciente “llamó para adelantar la visita, después de ir a revisión” a una clínica particular “a pesar que le habíamos

indicado que el estudio PET no es un estudio estándar de seguimiento cuando no hay síntomas”, aún así “decidió hacerlo y le han visto una captación en la lesión de la cuarta costilla izda. y en D4, que en el PET anterior de hace 6 meses no captaban, lo que podría indicar resistencia al tto. Llevaba con análogos y tamoxifeno un año. Refiere alguna molestia en el costado izdo. que controla con Neobrufen, allí le han indicado que debería hacerse tto. con Cyberknife en ambas lesiones que no considero que esté indicado y sí cambio de tto. sistémico, así se lo explico. Le cambio tto. (...) y pedimos consulta a radioterapia para valorar tto. antiálgico, pedimos escáner para finales de septiembre, los marcadores de la última visita en julio eran normales, le pedimos nuevos marcadores para septiembre”. Posteriormente, el 9 de noviembre de 2009 anota: “fue a consulta en Radioterapia, le hicieron un informe y se ha hecho Gamma knife en la clínica (...) de Madrid. Le han indicado que vuelva a revisión en diciembre para ver el efecto del tto. Refiere desde hace unos días dolor a nivel cervical después de un sobreesfuerzo, le está pasando con Ibuprofeno. Los marcadores son normales, la fosfatasa alcalina también”, y concluye indicando que pedirán un escáner de control, mantendrán el tratamiento y la verán “dentro de mes y medio”.

Por último, también se remiten informes correspondientes a distintas pruebas ginecológicas.

12. El día 14 de enero de 2010, se notifica a la interesada la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le remite copia de la documentación incorporada al procedimiento.

El día 29 de enero de 2010, la reclamante alega que una vez revisados los documentos recibidos, observa que no constan los informes del facultativo del Servicio de Ginecología I, correspondientes a su “paso por esa consulta en 2 ocasiones en el año 2008”, solicitados en su anterior escrito.

13. Mediante oficio de 2 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora copia de las alegaciones formuladas.

14. Con fecha 5 de febrero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al Servicio de Documentación Clínica del centro hospitalario que indique qué consultas consta que realizó la reclamante en el Servicio de Ginecología en los años 2008 y 2009, así como que “remita los informes o anotaciones existentes en la historia referidas a las mismas”.

Mediante escrito datado el día 17 del mismo mes, el responsable de Archivos y Documentación Clínica comunica al Servicio instructor que en el registro de actividad del hospital figura que la interesada ha estado citada en la consulta de Ginecología-Diagnóstico Precoz en las fechas: 4 de marzo y 5 de mayo de 2008, y 16 de abril y 18 de junio de 2009. Añade que tras revisar su historia clínica, “la única documentación referente a estas citas que se conserva” y de la que se adjunta fotocopia es la siguiente: “volante de petición de consulta del H. del 22-02-2008”; “informe ecográfico del 02-05-2008”; “anotación de consulta del 16-04-2009”; “informe de A. P. del 20-04-2009”, e “informe de A. P. del 22-04-2009”.

15. El día 2 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica la apertura de un tercer trámite de audiencia por un plazo de quince días y remite copia de la nueva documentación incorporada al procedimiento sin que, transcurrido el plazo, la reclamante formule alegaciones, lo que comunica, asimismo, a la compañía aseguradora.

16. Con fecha 3 de mayo de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los expuestos en el informe técnico de evaluación y en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de mayo de 2010, registrado de entrada el día 20 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 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- En atención al 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 22 de junio de 2009, habiendo tenido lugar

los hechos de los que trae origen -el diagnóstico de la metástasis- el día 11 de septiembre de 2008, por lo que ha sido formulada 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 legal y reglamentariamente establecidos de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, por lo que atañe al trámite de incorporación del informe del servicio o servicios afectados por la reclamación dispuesto en el párrafo segundo del artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, a cuyo tenor se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, considera este Consejo Consultivo que no se han solicitado los de los servicios a los que la interesada atribuye el hecho dañoso.

En efecto, según se deduce de su reclamación, la interesada imputa al servicio público sanitario un retraso diagnóstico que vincula a una errónea valoración, o desatención, en relación con los dolores lumbares que presentaba, según indica en su escrito, desde comienzos del año 2005, y que no habrían sido correctamente diagnosticados como metástasis de un carcinoma de mama anterior, hasta septiembre de 2008.

Tal afirmación se sostiene tanto en relación con la Unidad de Patología Mamaria, cuyo informe sí obra en el expediente, como de los servicios de atención primaria, a los que refiere haber acudido, al menos, en febrero de 2005, febrero y septiembre de 2007 y febrero de 2008, en todos los casos como consecuencia de dolores lumbares que fueron etiquetados como “escoliosis”, “contractura muscular” o “lumbalgia”.

A propósito de tales imputaciones, la propuesta de resolución señala que “en la historia clínica no hay ninguna referencia a dolor de espalda hasta febrero de 2007 en que acude a urgencias por dorsalgia tras estar 12 horas trabajando con el ordenador. Tenía una contractura de trapecio y así fue diagnosticada (...). No hay ninguna otra consulta por dolor de espalda hasta febrero de 2008”, afirmación que hemos de considerar lógica, aunque errónea, si tenemos en cuenta que la interesada se refiere a las atenciones prestadas en los servicios de atención primaria y que no se han incorporado ni la historia ni el informe de tales servicios. Sin embargo, la propia interesada aporta documentación que prueba que sí acudió al Centro de Salud correspondiente, refiriendo “dolor lumbar”. El documento número 22 anexo a la reclamación consiste en un informe médico suscrito por la facultativa del Centro de Salud, y señala la existencia de las consultas, todas ellas por dicha sintomatología, en las siguientes fechas: septiembre de 2003; noviembre de 2006, febrero de 2008, y septiembre de 2008.

A la vista de todo ello, estimamos que la instrucción del procedimiento adolece de un defecto esencial que impide cualquier consideración sobre el fondo de la reclamación planteada, dado que la historia clínica y los informes de todos los servicios a los que la interesada vincula el daño padecido, resultan fundamentales para el análisis de los hechos y de su relación con el funcionamiento del servicio público. En el caso concreto que analizamos, no se ha solicitado el informe correspondiente al centro de salud al que la interesada prueba haber acudido en varias ocasiones, ni se ha incorporado su historia clínica, no constando en el expediente ningún otro documento que pueda suplirlos. Consideramos que tal omisión constituye un defecto formal insalvable

que impide la comprobación de los hechos que se denuncian, y en consecuencia habrá de retrotraerse el procedimiento al momento oportuno para realizar los actos de instrucción cuya omisión constatamos, la historia clínica del centro de salud correspondiente junto con el informe específico de dicho servicio en relación a la reclamación presentada y, una vez evacuado el trámite de audiencia y formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al momento en el que debieron solicitarse la historia clínica y el informe preceptivo en los términos que hemos dejado expuestos en la consideración cuarta del cuerpo de este dictamen.”

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.