

Expediente Núm. 196/2010
Dictamen Núm. 155/2012

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
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 31 de mayo de 2012, 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 12 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de diciembre de 2009, las perjudicadas presentan en el registro del Servicio de Salud Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Inician su escrito relatando que el paciente “desde el 18-03-1996 y hasta el 05-04-2004” es atendido en el Servicio Público de Salud “por cirrosis y VHC”, y que “a principios de 2004 el virus de la hepatitis C queda negativizado (...),

fecha a partir de la que continúa su seguimiento por cirrosis (causada por el virus C), razón por la que se somete a controles periódicos como así indica el protocolo para tratar precozmente la existencia de un posible tumor, ya que se trataba de un paciente de alto riesgo: por un lado, porque aunque estuviera negativizado el virus C no estaba curada la hepatitis; por otro, porque era un paciente cirrótico". Destacan que es en este punto "donde se encuentra un factor fundamental a efectos de la presente reclamación: el preceptivo y necesario control cada 6 meses como máximo de los niveles de AFP y la realización de ecografía que se exigen en pacientes tanto cirróticos como que padecen hepatitis. Esto es, a falta de uno, en este paciente concurrían dos protocolos de actuación".

Según manifiestan, "desde el 28-03-2005 hasta el 15-03-2006 no se realiza (...) ninguna ecografía (...), pero es que, además, desde el 09-09-2004 hasta el 15-03-2006 no se realiza ninguna determinación de la AFP, esto es, durante 18 meses. Con ello, se salta el protocolo de actuación" del Hospital "X".

Afirman que, de acuerdo con el consenso científico (citan las conclusiones de un congreso celebrado en Barcelona en el año 2000), para el diagnóstico del hepatocarcinoma deben aunarse "criterios histológicos, elevación de AFP y técnicas de imagen", y que "en pacientes con cirrosis o hepatitis se realiza el seguimiento de la enfermedad mediante determinación de la alfa-fetoproteína sérica (AFP) y la realización de pruebas diagnósticas de imagen cada 6 meses (...). Incluso la estrategia utilizada en todos los hospitales de España es, al menos, cada 6 meses".

Refieren que el día 15 de marzo de 2006 "se observa por primera vez una elevación de la AFP de 35,7 tras no haber sido analizado en 18 meses (...), 6 veces mayor que el rango de normalidad, que es inferior a 6, y 9 veces el valor de la última realizada (3,8 ng/ml) en el año 2004, a partir de esa fecha la AFP continúa elevada y en ascenso". Sostienen las reclamantes, apoyándose en un informe pericial que adjuntan a la reclamación, que "cuando existan dudas sobre el resultado de marcadores, como ocurre en nuestro caso, deben realizarse dos o tres determinaciones seriadas del mismo con un intervalo superior a 7 días (vida media plasmática de la AFP); y si las cifras del marcador tienen un incremento continuo o no descienden a valores próximos a la

normalidad esto sugiere un origen maligno". Afirman que nada de esto se hizo, sino que, al contrario, "el facultativo indicado no otorgó importancia alguna (a dichos resultados), ya que nada había observado en la ecografía" realizada "con carácter doméstico en su Servicio, sin ninguna prueba complementaria ni acudir al servicio especializado al efecto, el de Radiodiagnóstico". Entienden que de este hecho se deduce "una primera negligencia", pues "debían haberse utilizado otros avances y técnicas de imagen (TC, tomografía axial, RNM)", a lo que hay que añadir una exploración "tardía" y el abandono del protocolo, dejando "a su suerte a un enfermo, con el cuadro morbosos que presentaba, durante más de un año", cuando debió haberse procedido a "una exploración semestral (...) para evitar un desarrollo oncológico como el que a la postre sucedió".

Señalan que el día 20 de abril de 2006 "el marcador AFP es de 36,8, sin que (...) se le otorgase importancia alguna por el facultativo", y que el día 30 del mismo mes alcanza "un nivel de 38, indicando (el médico) que la función hepática era normal". En opinión de las reclamantes se trata de otra "negligencia, pues debería haber advertido que ese nivel superior de AFP era cuando menos sugestivo de un desarrollo de un hepatocarcinoma, alarma ésta que no tuvo en cuenta (...), al igual que tampoco tuvo en cuenta el fallo de la función hepática. Así, a principios de agosto se realiza estudio bioquímico, informado el 14-08-2006, donde se observa que la función hepática se encuentra alterada".

Refieren que en septiembre de 2006 el paciente ingresa en el Servicio de Urología de otro hospital público por orquiepididimitis, "informando el ecografista del Servicio de Radiodiagnóstico que ha observado en la imagen diagnóstica que abarca la zona hepática una dudosa zona de menor ecogenicidad en el lóbulo hepático derecho, que se acompaña de esplenomegalia, instando a valorar hepatopatía (...) y hepatocarcinoma; además, se recomienda completar dicho estudio con un TC abdominal".

Concluyen que la deficiente asistencia que el perjudicado recibió durante años permitió que "una patología tumoral alcanzase unas dimensiones de carácter letal, no pudiendo olvidar (...) que hasta que una tumoración alcanzase esas proporciones han de transcurrir años".

Consideran “trascendental destacar varias cuestiones, a tenor de todo el ‘iter’ lesivo referido”; así, el “08-11-2006 se informa a la familia del resultado del TC realizado en fecha 30-10-2006 y se le da nueva cita para el 02-02-2007, para el caso de que (el perjudicado) siguiera con vida (...). La única RMN que se hizo al paciente data de fecha 28-11-2006 y fue (...) realizada en (una clínica privada) para confirmar el tumor y someter al paciente al tratamiento (en un hospital público de otra Comunidad Autónoma). Pero es que (...) la realización tanto de la RMN como del tratamiento en el meritado centro hospitalario fueron gestionados por la familia ante la desidia y negligencia objeto de reclamación (...). Finalmente, como dato trascendental y que supone un reconocimiento implícito de la negligencia habida, en fecha 07-02-2007 se tramita por la familia ante la Gerencia del SESPA, Dirección de Asistencia Sanitaria, Unidad Coordinadora de Prestaciones, solicitud firmada por el paciente donde relata negligencia médica para que el SESPA costeara el tratamiento de radioembolización en (una clínica privada), que fue aprobada y costeada por el referido organismo”.

Señalan que el fallecimiento se produjo el día 21 de mayo de 2007 y que “los hechos referidos fueron objeto de enjuiciamiento penal (...) ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo”, procedimiento que resultó finalmente archivado.

Por los daños sufridos solicitan una indemnización cuya suma global no cuantifican y que comprende los siguientes conceptos: daños morales sufridos por la esposa (104.837,52 €), por “cada hijo menor de edad en el momento del siniestro (43.682,30 €) y “por cada hijo mayor de edad menor de 25 años” (17.472,92 €); “facturas gastos médicos”, 28.171,98 €; “secuela o lesión permanente por daño psíquico de la víctima: trastorno depresivo reactivo severo”, precisando que “no va a efectuar reclamación esta parte de las secuelas psiquiátricas sobre la esposa e hijas que han sido evaluadas para su cónyuge en 7 puntos y 3 puntos para cada hija”, 5.190,43 €, y un 10% de “la cantidad anterior” contemplado “el baremo legal por “perjuicios económicos según ingresos anuales de la víctima por trabajo personal”, 19.935,51 €.

2. Al expediente se incorporan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe, de fecha 10 de noviembre de 2006, emitido por el Servicio de Digestivo del hospital en el que se efectuaba el seguimiento del paciente en el que se anota que "desde noviembre de 2004 hasta la actualidad ha sido revisado en 7 ocasiones, confirmando la normalidad de las pruebas hepáticas y no hallando alteraciones ecográficas salvo una coleditiasis y una discreta esplenomegalia./ En la analítica realizada el 08-03-06 continuaba con pruebas hepáticas normales pero se detecta una AFP de 35,7 ng/ml (una determinación realizada 2 años antes daba un valor de 3,8)./ En la ecografía no había ningún cambio con respecto a los anteriores (...). El 20-04-06 se repitió la AFP confirmando un valor de 36,8 ng/ml. El ARN-VHC en suero por técnica de PCR dio resultado negativo. A la vista de esto se practicó una nueva ecografía el 26-06-06, no encontrando lesiones focales en el hígado ni tampoco alteraciones en la porta cuyo calibre era normal. Bazo de 14,7 cm con un área de 67 cm², no ascitis. Una nueva determinación de AFP dio un valor de 38,0 y las pruebas hepáticas continuaban siendo absolutamente normales./ El paciente fue diagnosticado en (otro hospital público) de una masa heterogénea sólida en el hemiescrotro (...). Incidentalmente en la ecografía se apreció una trombosis de la porta con una dudosa zona de menor ecogenicidad en el lóbulo derecho hepático, no pudiendo confirmar que se trataba de una tumoración (ecografía del 27-09-06). Con fecha 07-09-06 también en (aquel hospital) le repitieron la AFP que dio un valor de 84,3 ng/ml, encontrando ya una AST de 44, fosfatasa alcalina 137 y Gamma GT de 205. Se solicitó un TAC con carácter urgente que fue practicado el 30-10-06, demostrando la existencia de un gran tumor que se extiende por los 4 segmentos del lóbulo hepático derecho que mide en su conjunto aproximadamente 10 x 9 cm (...). Se comentó en sesión médico-quirúrgica la posibilidad de una resección, siendo desestimada debido al gran tamaño de la tumoración y a la trombosis portal./ Como única posibilidad terapéutica desde nuestro punto de vista se podría intentar la quimioembolización./ En nuestro centro no se están realizando actualmente ningunas otras técnicas de tratamiento para un hepatocarcinoma de este tamaño". b) Certificación literal de defunción del Registro Civil, en la que consta como fecha de fallecimiento el día 21 de mayo de 2007. c) Auto del Juzgado de

Instrucción N.º 2 de Oviedo de 2 de diciembre de 2008, en el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de las diligencias penales seguidas contra el especialista de Digestivo responsable de la atención del paciente. d) Dictamen pericial emitido el día 17 de septiembre de 2007 por un especialista en Medicina Interna y Aparato Digestivo, a petición del letrado que representa a las reclamantes, en el que explica que la periodicidad con que deben realizarse las pruebas para detección precoz del hepatocarcinoma (ecografías y AFP) es de seis meses, según "las recomendaciones establecidas en el año 2000 en la Conferencia de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (...). Se ha propuesto este intervalo teniendo en cuenta datos existentes en la bibliografía sobre cinética tumoral que demuestran que el tiempo que transcurre desde que un tumor es indetectable hasta que adquiere un tamaño de 2 cm, y por tanto visualizable por ecografía, es de aproximadamente 4 a 12 meses". Señala que, siguiendo las recomendaciones establecidas en la Conferencia antes mencionada, en el caso analizado "el paso siguiente habría sido realizar un TAC espiral (helicoidal) hepático con el objeto de asegurarse de la existencia de un CHC o bien descartarlo. Sin embargo, el (doctor) decidió repetir AFP, lo cual aunque discutible puede ser aceptable en aquellos casos con fluctuaciones en los valores de AFP en algunos pacientes cirróticos. El valor encontrado siguió elevado con tendencia creciente. Nuevamente volvemos al principio: AFP elevada por encima del valor de corte, repetida y sin LOE en nueva ecografía hepática y nuevamente la conducta del (doctor) es volver a repetir tanto AFP como ecografía en tres meses. El tercer valor de AFP vuelve a estar elevado y con tendencia creciente y sigue sin verse LOE en la eco. Inexplicablemente lo cita esta vez para dentro de 6 meses". Considera que "ha existido una infracción de la lex artis (...), al no incluir la realización de un TAC hepático con el objeto de descartar la presencia de un CHC dada la elevación de los valores de AFP de forma repetida sobre el nivel de corte de 20 ng/ml, indicativa de un incremento de riesgo del orden de 14 veces para la presencia de un CHC sobre un hígado cirrótico, tal como recomienda el panel de expertos de la Asociación Europea para el estudio del hígado y mantener la ecografía a pesar de no ver en repetidas ocasiones la presencia de LOE en el hígado./ La omisión en la práctica de un TAC hepático desencadenó un retraso evidente en el diagnóstico

de la CHC en estadios más precoces (...) con una pérdida de la oportunidad de ser incluido en los tratamientos con finalidad curativa o incluso paliativa del CHC./ Esta pérdida de oportunidad privó (al paciente) de beneficiarse de un aumento en su expectativa de vida, quedando esta reducida desde el diagnóstico de CHC avanzado a menos de 1 año". Explica el autor del informe que "sobre la base de la clasificación del CHC del grupo de oncología hepática de Barcelona, en 5 estadios relacionando la esperanza de vida de cada uno, tenemos que los estadios 0 o carcinoma hepatocelular in situ (CIS), tumor único de diámetro < 2 cm, tienen una supervivencia post-tratamiento del 89 al 93% a los cinco años. Los pacientes en estadio A, tumor < 5 cm, único o bien 3 nódulos <3 cm, tienen una supervivencia del 50% al 80% a los cinco años. Los pacientes en estadio B, o intermedio, tienen una supervivencia del 38% a los cinco años. Los pacientes en estadio C tienen una supervivencia media de 8 meses y los pacientes en estadio D son aquellos en estadio terminal". Añade a lo anterior que "conocer en qué estadio se podría haber encontrado (el paciente) si al conocer el valor elevado de AFP con eco (-) se hubiese practicado un TAC sería aventurado. No obstante, existen en la literatura médica estudios de cinética celular en el CHC que permiten cifrar el tiempo medio de duplicación en unos 6 meses en este tumor (...). Por tanto, y siempre desde un punto de vista teórico, si en el mes de octubre de 2006, cuando se hizo el diagnóstico definitivo del CHC, este medía 10 x 8,8 cm, seis meses antes (abril de 2006) mediría aproximadamente 5 x 4,4. Con este tamaño podría ser clasificado en un estadio BCLC-A y ser subsidiario a una resección quirúrgica o tratamiento percutáneo con sustancias que destruyen el tumor (etanol) o procedimientos físicos como la radiofrecuencia (...). La supervivencia a los 5 años en este estadio es del orden al 50 al 80%". e) Informe suscrito el día 30 de octubre de 2007, a instancia de la viuda, por un especialista en Medicina Interna, en el que señala que "actualmente se acepta que las personas en riesgo de desarrollar un hepatocarcinoma, es decir, todos los cirróticos independientemente de su causa, deben someterse a exámenes periódicos para la detección precoz (...). La estrategia más aceptada es la realización de una ecografía abdominal y la determinación de AFP cada 6 meses (...). Por tanto, desde el punto de vista médico-legal, se incumple en este punto la lex artis ad

hoc, es decir no se siguieron los controles adecuados (...), no se realizó ninguna determinación de AFP ni ninguna ecografía, ambas pruebas inocuas, durante un año, como se demuestra en el expediente". Explica que, "además, en casos dudosos hay que realizar determinaciones seriadas cada quince días, sugiriendo neoplasia los incrementos seriados, o emplear la electroforesis con lectinas, que diferencia la AFP de origen hepático normal de la tumoral", y que "autores españoles consideran que en el caso de cirróticos seguidos con ecografía abdominal convencional y AFP cada 3-6 meses se debía considerar la presunción diagnóstica de hepatocarcinoma en tres casos:/ detección de nódulos en la ecografía de tamaño superior a 10 mm y/o niveles de AFP superiores a 74 ng/ml y/o niveles de AFP duplicando el valor del control anterior (siendo en nuestro caso seis veces más los controles previos). Estos criterios es indudable que no se tuvieron en cuenta en nuestro caso". Respecto al marcador tumoral AFP, señala que "para evaluar correctamente un resultado de marcador es importante tener en cuenta tres aspectos fundamentales:/ 1º Descartar patología benigna: ante un incremento de un marcador, como en nuestro caso, hay que descartar la existencia de determinadas patologías benignas que puedan incrementarlo; estas son variables según el marcador, siendo las hepatopatías y la insuficiencia renal las causas más frecuentes de falsos positivos./ 2º Niveles séricos del marcador: los niveles séricos de los marcadores que se pueden observar en ausencia de neoplasia son en general moderados, a mayor concentración, mayor posibilidad de enfermedad neoplásica./ 3º Estudio secuencial del marcador: cuando existan dudas sobre un resultado de marcadores, como en nuestro caso, deben realizarse dos o tres determinaciones seriadas del mismo con un intervalo en el caso de la AFP superior a 7 días (vida media plasmática). Si las cifras del marcador tienen un incremento continuo o no descienden a valores próximos a la normalidad esto sugiere un origen maligno. En nuestro caso, ante las dudas se repite la determinación de AFP en el intervalo de 2 meses en tres ocasiones, con resultados ligeramente ascendentes (...). Es decir, no había un descenso de dichas cifras a las anteriores a esas fechas. Además hay autores que consideran que una elevación superior a 20 ng/ml respecto a la cifra previa, como ocurre en nuestro caso entre los años 2004 a 2006 que pasa de 3,8 a 35,7, es

altamente sugestiva del desarrollo de hepatocarcinoma. Es decir, había una alarma clara y no se tuvo en cuenta (...). Esto implica que no se plantearon otras posibilidades diagnósticas aparte de la cirrosis, y si se plantearon no se llevó a cabo ninguna otra prueba para descartarlas o confirmarlas, lo cual va en contra de la *lex artis ad hoc*". Estima que "lo correcto desde el punto de vista de la *lex artis* hubiese sido la solicitud de pruebas de imagen como la TC o una RMN que descartasen o confirmasen la existencia del hepatocarcinoma, o al menos que se hubiese repetido la ecografía por parte del Servicio de Radiodiagnóstico del citado centro, lo cual no fue considerado. Desde el punto de vista legal, dado el desarrollo posterior de los hechos y el infortunado final, la realización de una TC o una ecografía por un especialista en Radiodiagnóstico hubiese detectado el hepatocarcinoma con toda probabilidad con un tamaño igual o inferior a 5 cm, lo cual hubiese permitido el tratamiento radical curativo del mismo", pues "una lesión hepática como la que se detectó posteriormente en el mes de octubre del 2006 no se desarrolla en tres meses sino en años, y por tanto el hepatocarcinoma estaba presente cuando le realizaron las ecografías al paciente en los meses de marzo y junio de 2006". f) Informe pericial, fechado el 1 de octubre de 2007, en el que se concluye que "al paciente no se le detectó el hepatocarcinoma de forma adecuada por la falta de experiencia en ecografías o por negligencia del personal que le realizó las múltiples ecografías y por la no realización de las pruebas más específicas y adecuadas para la detección del hepatocarcinoma (RM y TAC), sobre todo teniendo en cuenta que era un paciente con una cirrosis hepática", y que "el retraso en el diagnóstico del hepatocarcinoma al paciente le originó el exitus de forma irremediable y precoz". g) Informe pericial emitido a solicitud de la viuda por un doctor especialista en Medicina Legal y Forense, con fecha 20 de diciembre de 2007, en el que se hace constar que "aproximadamente en el 90% de los casos el CHC asienta sobre una cirrosis (...). Ello justifica que los síntomas y hallazgos en la exploración física sean en muchos casos indistinguibles de los de la cirrosis, dependiendo su magnitud del estadio evolutivo en el que se diagnostica el carcinoma (...). La inespecificidad de los signos analíticos ha promovido la búsqueda de marcadores tumorales que permitan la detección temprana de la implantación tumoral. El marcador más

utilizado es la alfa-fetoproteína (...). El diagnóstico del CHC, según las recomendaciones que fueron consensuadas en la reunión de la European Association for the Study of the Liver (...) celebrada en Barcelona en 2000 (...), aún criterios histológicos, elevación de alfa-fetoproteína y técnicas de imagen. En pacientes con cirrosis o hepatitis B se realiza el seguimiento de la enfermedad mediante la determinación de alfa-fetoproteína sérica y la realización de pruebas diagnósticas de imagen cada 6 meses (...). Este protocolo se basa en el riesgo de desarrollo de un carcinoma hepatocelular, que es del 1-4% cada año en pacientes cirróticos, y el lento crecimiento de estos tumores, ya que su tamaño se duplica a los 117-150 días". Señala el autor del informe que "la utilidad diagnóstica de la alfa-fetoproteína como marcador tumoral es incuestionable. Son numerosos los estudios que se centran en comprobar la sensibilidad y especificidad diagnóstica en el carcinoma hepatocelular. En el 60-80% de los pacientes con CHC se observan concentraciones elevadas de alfa-fetoproteína. Ante tumores de pequeño tamaño la eficacia diagnóstica de la alfa-fetoproteína se reduce notablemente, dado que menos del 10% de los CHC de pequeño tamaño presentan concentraciones elevadas de alfa-fetoproteína. En concreto, según un reciente estudio de Snowberger y cols (2007), en tumores de un tamaño igual o inferior a 2 cm la alfa-fetoproteína se encuentra elevada en el 38,1% de los casos y en ninguno de estos pacientes se encontraron niveles superiores a 200 ng/ml./ La ecografía muestra también una gran utilidad, ya que posee una sensibilidad diagnóstica superior al 90%. En algunos estudios se constata una sensibilidad inferior (entre el 40-80%)./ La ecografía constituye un examen no invasivo que permite obtener imágenes del hígado mediante la utilización de ondas de ultrasonido. Es el examen más utilizado para la vigilancia de hepatocarcinoma. Tiene la ventaja de ser relativamente barato y no requerir de medio de contraste intravenoso. Ecográficamente el hepatocarcinoma se identifica como una lesión habitualmente hipoecogénica, aunque a medida que crece puede hacerse iso o hiperecogénica. La sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de la ecografía en un estudio realizado a tal fin fue del 71,93 y 15 por ciento, respectivamente. Según el estudio de Snowberger y cols (2007), el diámetro medio de los tumores detectados ecográficamente es de 2,4+/-1,5

cm. Una imagen sospechosa en la ecografía requiere siempre de una imagen confirmatoria mediante el uso del TAC o de la RMN (...); la tomografía axial computada (TAC) es una técnica de gran utilidad para la obtención de imágenes hepáticas. Es más sensible que la ecografía para detectar lesiones pequeñas (...). La sensibilidad del TAC dinámico helicoidal para detectar hepatocarcinoma puede sobrepasar el 90% (...). La sensibilidad diagnóstica de la RNM es igual o superior a la del TAC en detectar lesiones tumorales hepáticas, particularmente en hígados cirróticos. Tiene la ventaja sobre el TAC de diferenciar nódulos displásicos de hepatocarcinoma y de caracterizar mejor otras lesiones hipervasculares como el hemangioma (...). El desafío del diagnóstico del hepatocarcinoma es la detección de lesiones en etapas más precoces, más susceptibles de tratamientos radicales que permiten su curación (...). Actualmente se acepta que las personas en riesgo de desarrollar hepatocarcinoma (todos los sujetos con cirrosis, independientemente de la causa) deben someterse a exámenes para la detección precoz de este tumor. La estrategia más aceptada es la realización de una ecografía (ultrasonido o ecotomografía) abdominal cada 4-6 meses. A esto se agrega la determinación de niveles de alfa-fetoproteína en sangre. En pacientes que tienen síntomas sugerentes" se recomienda "ir directamente a técnicas de mayor sensibilidad diagnóstica como el TAC o la RNM". En cuanto al marcador tumoral alfa-fetoproteína, señala que es "más utilizado para el diagnóstico y vigilancia del hepatocarcinoma (...). Puede elevarse además en el embarazo y en tumores testiculares. Pueden encontrarse elevaciones leves en personas con hepatitis crónica cuando hay reactivaciones, particularmente ante hepatitis viral B y C. Es importante destacar que la sensibilidad de la alfa-fetoproteína es baja, particularmente en tumores menores de 3 cm (...). Como ocurre con el resto de los marcadores tumorales, la presencia de alfa-fetoproteína por sí misma no constituye una certeza diagnóstica, sin embargo su uso nos permite poder descartar los procesos patológicos que pueden incrementar sus niveles (...). Siempre este aumento debe suscitar la sospecha de CHC, si bien niveles superiores a 20 ng/ml ofrecen una sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo del 64,91 y 9 por ciento, respectivamente. Desgraciadamente, hasta un 40 por ciento de pacientes con un CHC pequeño no producen alfa-fetoproteína.

En tumores de gran tamaño la alfa-fetoproteína alcanza concentraciones diagnósticas en el 70% de los pacientes, con lo que se pueden evitar técnicas invasivas". Señala que "las Recomendaciones de la European Association for the Study of the Liver (EASL), reunida en Barcelona el año 2000, establecen que ante una elevación reiterada de la alfa-fetoproteína, aun cuando en el examen ecográfico no se observe la presencia de nódulos hepáticos, debe realizarse un TAC helicoidal para descartar la existencia de un CHC". Afirma que "la omisión en la solicitud del TAC hepático se tradujo en un retraso en el diagnóstico evidente, con las consecuencias antes reseñadas". Finalmente concluye que "nos encontramos ante una situación en la que el retraso en el diagnóstico privó al paciente de la posibilidad de haberse podido someter a un tratamiento quirúrgico, único posible para posibilitar su supervivencia". h) Facturas por la prestación de diversos servicios sanitarios privados (ecografías, RNM, honorarios de cirugía general y tratamiento farmacológico), emitidas a nombre del paciente, y billetes de desplazamientos en transporte público, todo ello por un importe total de 28.171,98 €.

3. Con fecha 30 de diciembre de 2009, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado en la que constan los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico del Servicio de Digestivo, en las que figuran las siguientes anotaciones los días 18-03-96, "EA asintomático, lo remiten por sospecha de cirrosis"; 15-04-96, "BH cirrosis (...). Plan incluir en protocolo de screening precoz del CHC"; 20-06-97, "AFP 4,7"; 18-01-98, "AFP 4,7 - 7,5"; 03-06-98, "AFP y hemograma normales"; 15-11-04, "AFP 3,8"; 04-05-05, "eco hígado Ø. Bazo 15 cm. Colelitiasis"; 21-04-06, "AFP 35,7. Hace 2 años 3,8./ PFH Ø (...). Eco 08-03-06, esplenomegalia 15 cm./ Colelitiasis única de 12 mm./ No LOES./ Confirmar AFP./ ARN AFP consulta 30 de junio"; 09-06-06, "AFP 36,8./ ARN VHC -./ Eco PFH AFP Cta. 10-07-06"; 10-07-06, "PFH Ø./ AFP 38 (...). Eco bordes irregulares./ Colelitiasis única (12 mm)./ Bazo 14,7 x 67./ Resto Ø./ Protocolo enero Cta. 2 febrero"; 23-10-06, "eco 28-09-06 (...). Trombosis portal./ ¿LOE en LHD?./ Tumor en epidídimo (...). 05-09-06 AFP 84,3 (...). TAC urgente". b) Informe de resultados de marcadores biológicos tumorales, fechado el 26 de abril de 2006, en el que

consta determinación de alfa-fetoproteína con resultado "confirmado" de "36,8 ng/ml" sobre un "rango normalidad <6". c) Informe definitivo del Laboratorio de Microbiología, emitido el 3 de mayo de 2006, con "Fec. Reg 21-04-2006", sobre "cuantificación de ARN de VHC" con resultado "negativo".

4. Con fecha 11 de enero de 2010, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Aparato Digestivo de 8 de enero de 2010. En él se enumeran las ecografías realizadas en "los últimos años" al paciente en dicho Servicio: "28-03-05 (...). No se aprecia tumor hepático./ 08-03-06 (...). No se aprecia tumor hepático (...). 26-06-06 (...). No se aprecia tumor hepático pese a una búsqueda detallada al tener una discreta elevación de la AFP". Más adelante se hace referencia a la ecografía que se le realiza en otro hospital, el día 27 de septiembre de 2006, en la que "se ve incidentalmente una trombosis portal y una dudosa zona de menor ecogenicidad en el lóbulo hepático derecho, por lo que sugiere realizar una TC", indicándose que "no era tan clara la imagen cuando el radiólogo solo la sospecha, duda de ella y no es capaz de describirla. Un hallazgo así merecería una exploración exhaustiva si tan seguro estaba de lo que veía./ A partir de ahí ya se realizan TC y resonancia magnética, confirmando una tumoración hepática". Ante estos hallazgos, explicaron a la familia que "no era trasplantable" ni cabía "ningún otro tratamiento" y que la "única posibilidad sería la quimioembolización que realizaríamos en nuestro hospital. Además se comentó en sesión médico-quirúrgica con el equipo de cirugía de hígado y trasplante hepático, quienes desestimaron toda actuación".

Considera "refutable" el que una ecografía deba ser realizada por "un especialista en Radiodiagnóstico", pues habitualmente "los diversos especialistas hacen sus propias ecografías", ya que "conocen al paciente y saben interpretar mejor los hallazgos y enfocar de manera más adecuada la exploración". Afirma que "si esto no fuera así no existirían las sociedades de ecografía digestiva (...), incardinadas en las sociedades de patología digestiva" en las que "los radiólogos brillan por su ausencia", y refiere que "la TC se hizo un mes después de la ecografía", aunque, "dada la situación del paciente, esto carece de relevancia en cuanto a la supervivencia". Manifiesta que, "según la

Guía clínica para el manejo del hepatocarcinoma, aprobada y difundida por la Asociación Americana para el Estudio del Hígado (AASLD) en 2005 (...), no está demostrado que la realización de ecografías cada seis meses obtenga mejores resultados que cada doce meses en cuanto a la detección del CHC en cirróticos. Por ello, no es mala praxis ni atenta contra la *lex artis* el dejar pasar once meses entre la ecografía normal del 28-03-2005 y la del 8-03-2006". A lo anterior añade que "conviene mencionar que el paciente nos había ocultado que tenía un tumor testicular, hecho que confesó en la consulta estando presente su esposa, lo que motivó que el (especialista de Digestivo que lo atendía) lo remitiera al Servicio de Urología".

En cuanto a la alfa-fetoproteína, manifiesta que en la Guía clínica de la AASLD se indica textualmente que este marcador tumoral "con un valor de 20 ng/ml tiene solamente una sensibilidad del 60%" y que "es un método de despistaje inadecuado, por lo que no resulta de utilidad". De lo que se extrae que "un método tan poco sensible no es de fiar. Solo valores muy altos, superiores a 200 ng/ml son realmente valorables en casos con cirrosis hepática. Valores del orden de los que presentaba el paciente, e incluso más elevados, son frecuentes en las cirrosis, independientemente de si hay o no replicación viral o de si se trata de una cirrosis alcohólica o de otra causa. Muchas veces la realización de una TC (tomografía computerizada o escáner) muestra que no existe tumor. Actualmente se ha retirado la determinación de la AFP de los estudios que la recomendaban previamente para detectar el CHC (AASLD, Boston, Novbre. de 2007, Jordi Bruix)".

Critica el cálculo estimado de crecimiento tumoral realizado en uno de los informes periciales aportado por las reclamantes, conforme al cual si el tumor "medía 10 x 8,8 cm seis meses antes (abril 2006) mediaría aproximadamente 5 x 4,4 cm", considerándolo un "cálculo simplón del tamaño estimado de un tumor" que "demuestra un absoluto desconocimiento de la cinética del crecimiento tumoral".

En cuanto a la periodicidad con que deben realizarse los controles ecográficos, señala que "el intervalo entre las ecografías permanece controvertido", pues "muchos de los expertos usan 6 meses, pero no hay datos firmes para sugerir que 6 meses es mejor que 12 meses". Afirma que "el

intervalo de los estudios viene determinado por la velocidad de crecimiento del tumor”, que “dobla su tamaño” en el periodo de 6-12 meses, “y no por el grado de riesgo”. Entiende que las “reflexiones de los autores de la Guía clínica de la AASLD dejan bien claro que no es mala praxis espaciar las determinaciones a 12 meses, si bien lo habitual es que las hagamos cada 6 meses, como es nuestra práctica”. Añade que, “pese a nuestros esfuerzos no se pudo identificar la lesión”, pero “no hay que olvidar que la sensibilidad (para el diagnóstico del hepatocarcinoma) no supera el 80%, por lo que más de un 20% pueden pasar desapercibidas, incluso de gran tamaño. Esto sucede con lesiones que tienen una ecogenicidad muy similar a la del resto del tejido del hígado y, por ello, no destacan en las técnicas de imagen sin contraste”.

En relación con el tratamiento, sostiene que se le ofreció al paciente “el único tratamiento de eficacia probada”, aunque “la familia no lo aceptó y se fueron a otros hospitales a buscar terapias no admitidas, de eficacia más que dudosa y con efectos adversos derivados de la radiación y de la afectación del tejido no tumoral, que pudieran acelerar el fallecimiento al aumentar el grado de insuficiencia hepatocelular”.

Respecto a la naturaleza del tumor, admite “de entrada” que era un hepatocarcinoma “dados sus antecedentes”, aunque “no ha existido confirmación anatómo-patológica, ya que no se hicieron ni biopsia ni citología en nuestro hospital (...). Carecemos de una necropsia que confirme el diagnóstico y nos aclare los efectos perjudiciales que el itrio y la embolización pudieran haber tenido y su relación con el aceleramiento de la muerte”. Finaliza indicando que “muchos otros tumores, como el carcinoma de testículo (...) y otras enfermedades (...), cursan con elevación de la AFP. Las técnicas de diagnóstico por imagen a veces son poco concluyentes y (...) nunca podrán sustituir a la biopsia”.

5. Mediante escrito de 15 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. Con fecha 24 de febrero de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y proceder a su valoración, señala que “en un hígado cirrótico se incrementa el riesgo de desarrollo de un hepatocarcinoma, cualesquiera que sea la etiología de la cirrosis, por lo que estos enfermos son incluidos en un seguimiento que consiste básicamente en la realización de una ecografía hepática y la determinación de la AFP con una periodicidad semestral./ En el caso que nos ocupa el enfermo permaneció en revisiones periódicas en las consultas externas de Digestivo y se le realizaban ecografías, AFP y analítica general y hepática, y aunque las cifras de AFP oscilaban se mantenían en valores aceptables”.

Manifiesta que “no encontramos infracción de la lex artis, ya que el seguimiento de este paciente para la detección del carcinoma hepático no se omitió, siendo a partir del año 2006 cuando aparece una elevación de la AFP (alrededor de 40), que obliga a la realización de pruebas más sofisticadas como TAC helicoidal, que ayudaron a la confirmación diagnóstica pero sin haber omitido en ninguna ocasión las exploraciones complementarias que el enfermo precisaba”, y considera que “la evolución final del paciente era la esperada, ya que estaba afecto de hepatitis crónica por virus C genotipo 3ª con respuesta bioquímica y virológica sostenida tras tratamiento antiviral, hepatocarcinoma LHD, trombosis portal completa y gran hepatomegalia./ El tamaño del hepatocarcinoma y la existencia de la trombosis portal dificultaba la resección de la tumoración, intentando como única posibilidad terapéutica la quimioembolización en centro especializado”.

Concluye que “la asistencia proporcionada fue completa, sin escatimar recursos, con envío a centros propios y concertados de la sanidad, tanto provinciales como de fuera de la Comunidad, incluso cuando ya era evidente que se habían agotado las opciones de curación”.

7. Mediante escritos de 25 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe

técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 10 de febrero de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Aparato Digestivo. En él expresa que “el diagnóstico de CHC ha sido revisado por la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). A menudo se sospecha en un paciente con hepatopatía crónica subyacente (cirrosis, hepatitis crónica) en el que se produce un aumento en la alfa-fetoproteína sérica. En dichos pacientes un TAC hepático y/o una RM hepática es generalmente la 1ª prueba a realizar”.

En cuanto al marcador tumoral AFP, destaca que “es poco útil para el diagnóstico de CHC en cirróticos debido a su escasa sensibilidad. Los niveles séricos de AFP no se correlacionan bien con algunas otras de las características clínicas del CHC, como el tamaño, el estadio o el pronóstico. LA AFP aumenta también en el embarazo, en los tumores germinales (como los tumores testiculares) y puede encontrarse aumentada en pacientes cirróticos, en los que son frecuentes las oscilaciones en sus niveles séricos, lo que suele relacionarse con procesos de regeneración de los nódulos cirróticos. Se acepta que un nivel de AFP por encima de 500 ng/ml en un paciente de alto riesgo es por sí mismo diagnóstico de hepatocarcinoma (CHC), aunque la mayoría de CHC son diagnosticados con niveles mucho menores en los protocolos de screening./ Se ha establecido un valor de corte de >20 ng/ml por encima del cual el riesgo de desarrollar un CHC aumenta levemente, pero el valor predictivo positivo (VPP) para dichos niveles de AFP tan solo llega al 41,5%, siendo realmente importante y a tener en cuenta cuando asciende por encima de 200 ng/ml”.

Respecto a los protocolos de detección y seguimiento de hepatocarcinoma en pacientes con hepatopatía crónica, indica que, “de acuerdo a la AASLD, la recomendación actual es la de realizar ecografía cada 6 o 12 meses (...), por lo que no se puede concluir que exista mala praxis en espaciar las ecografías a 12 meses (aunque lo normal sea realizar el seguimiento cada 6 meses)”. Señala que “no debemos olvidar que la sensibilidad de la ecografía

alcanza únicamente un 65-80%, por lo que, en hasta un 20-35% de los casos las LOES pueden pasar desapercibidas”.

Estima el autor del informe que “la solicitud o no de un TAC o RNM con esos niveles tan discretos de AFP y dos ecografías consecutivas realizadas en menos de 3 meses sin cambios significativos respecto a la realizada 11 meses antes y sin modificación alguna en la sintomatología del paciente, si bien podría haberse realizado, no nos parece imperativa (dada la escasa relevancia que concede la Guía de la AASLD a un valor discretamente aumentado de AFP en el despistaje del CHC). Por tanto, pudo existir una pérdida de oportunidad de haber detectado la lesión mediante TAC en el mes de julio, un par de meses antes de que se solicitase”.

Destaca que “el informe de la eco urológica únicamente indica que se aprecia una dudosa zona de menor ecogenicidad en el lóbulo derecho, a valorar hepatoca (CHC), recomendando realizar TAC; por tanto, si la lesión era solamente dudosa, probablemente no fuera posible detectar la misma en la ecografía realizada 3 meses antes (volvemos a la sensibilidad de la eco de entre 65-80% para la detección de lesiones compatibles con CHC, aun en las mejores manos). Por otra parte, el radiólogo que recomienda el TAC hepático también recomienda puncionar la masa testicular. No hemos de olvidar que, como se relata en el apartado de consideraciones médicas, algunos tumores germinales (...) tienen capacidad para secretar alfa-fetoproteína”. Subraya que “una vez se diagnosticó la masa hepática (...) se ofreció al paciente el único tratamiento paliativo (quimioembolización -TACE- que ha demostrado beneficio en este tipo de casos”, y que “tampoco se obtuvo tejido de la masa hepática ni se realizó necropsia, por lo que, aunque es muy probable, no existe confirmación anatomopatológica de que el paciente padeciese un CHC”.

Finalmente, concluye que, “en líneas generales, la actuación de los servicios sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias se adecuó a la *lex artis ad hoc*”.

9. Mediante escrito de 25 de mayo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a las reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación

de los documentos obrantes en el expediente. El día 4 de junio de 2010 una de ellas se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia íntegra de aquel, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 11 de junio de 2010, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de su reclamación inicial y analizan el contenido de los informes recabados durante la instrucción. Destacan que “la historia previa del paciente muestra que en ningún momento hubo un incremento de la AFP antes del 15 de marzo de 2006 por encima del nivel de corte de 20 ng/ml, indicativa de desarrollo maligno hepático”. En esta situación, consideran las perjudicadas que debía haberse pautado un TAC para descartar la existencia de un tumor, aunque no se observasen nódulos hepáticos en los controles ecográficos. Señalan que “el informe del ahora demandado habla de los programas de vigilancia screening como si se redujeran únicamente a las ecografías cuando estos programas incluyen además de las ecografías la determinación de la AFP. De hecho, si no es así y no tiene ningún tipo de relevancia la determinación de la AFP ¿por qué al paciente se le hacían determinaciones de AFP?, ¿por qué se repitió la determinación de AFP el 21 de marzo de 2006 (...)?, ¿por qué los programas de vigilancia de todos los hospitales de España contienen la determinación de AFP semestral?”.

Admiten que “la AFP es un método en ocasiones poco sensible, no por las argumentaciones que quiere dar el doctor (...) (y que tampoco entra a analizar la aseguradora de forma clara)”, sino porque la eficacia diagnóstica del marcador tumoral se reduce en los tumores de pequeño tamaño, citando en este punto uno de los informes periciales aportados junto con el escrito de reclamación en el que se expresa que “menos del 10% de los CHC de pequeño tamaño presentan concentraciones elevadas de AFP”. Subrayan que “en este caso tal elevación sí que existió y debemos volver a recalcar que en palabras del propio demandado el paciente tenía el 60% de posibilidades de padecer un tumor hepático solamente con la determinación de la AFP. Por ello, es por lo que la AFP no puede emplearse como screening por sí sola y debe realizarse también mediante ecografía, pues esta encima solo es diagnóstica por sí misma

cuando asciende a valores superiores a 200 ng/ml./ Además, es importante añadir que en la declaración de imputado” el doctor, ante la pregunta ‘¿la viuda le dijo más de una vez que ese nivel de AFP podía señalar algo (refiriéndose al tumor hepático)?’, contesta que ‘sí, pero eso ya lo sabía yo, puede señalar o no algo’. Por tanto, él mismo admite que cuando se elevó la AFP podía señalar ‘algo’ y no descartó con pruebas complementarias la aparición de un tumor hepático, un ‘algo’ que se traduce (...) en un 60% de posibilidades de padecer un tumor maligno de hígado”.

Refieren que el hecho de que el doctor de Radiodiagnóstico “hable de que existe una ‘dudosa zona de menor ecogenicidad’ no quiere decir que dude de su existencia, sino que existe una zona de menor ecogenicidad en el lóbulo hepático derecho que le sugiere la existencia de una hepatopatía médica y hepatocarcinoma./ Hay que añadir que el (...) (especialista en Digestivo) en la declaración de imputado, ante la pregunta ‘¿cuándo tuvo constancia del tumor?’, responde que ‘en el informe de esa ecografía’, refiriéndose a la ecografía del radiólogo (...), y ahora dice que esta ecografía no reveló la existencia del tumor”.

Consideran que “las ecografías realizadas al paciente en el Servicio de Digestivo (...) no fueron realizadas de forma adecuada ni por el personal experto en ecografías”.

Señalan que el especialista de Digestivo “no especifica el tamaño que tiene que tener el tumor para que la sensibilidad de la ecografía que él alega sea del 65 al 80% (...). Dice (...) que el paciente tenía un hígado homogéneo cuando en realidad tenía más de un 60% del hígado afectado por el tumor, ¿cuándo las ecografías tienen una sensibilidad del 60 al 80%?, ¿en cualquier estadio tumoral?. Como es lógico, no es lo mismo detectar ecográficamente un tumor de 1 cm a un tumor de 10 x 9 cm (...). Nuevamente, respecto a la sensibilidad de las ecografías, el denunciado reconoce que en la ecografía de 26 de junio de 2006 hizo una ecografía muy detallada buscando cualquier tipo de lesión tras la insistencia de la familia por las sospechas que levantó la elevación de la AFP. Si la buscó es porque está reconociendo que era más que probable la existencia de un tumor maligno y, entonces ¿por qué no acudió a pruebas

más sensibles para el diagnóstico como el TAC o la RMN que estaban a su disposición y se limitó a realizar otra ecografía malinterpretada?”.

Afirman que, pese a que “el demandado y la cía. aseguradora” alegan que “un estudio demuestra que la supervivencia no es diferente entre los pacientes estudiados a intervalos de 6 o de 12 meses y que no es mala praxis espaciar las determinaciones a 12 meses (...), el protocolo establecido en los hospitales españoles marca una periodicidad mínima semestral”.

Destacan que el doctor autor del informe elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración reconoce que “pudo existir una pérdida de oportunidad de haber detectado la lesión mediante TAC en el mes de julio, un par de meses antes de que se solicitase”, aunque consideran que ese doctor “se hace un lío de fechas, pues el TAC se realizó el 30-10-2006 y los primeros síntomas no aparecen un par de meses antes de solicitarse el TAC sino el 15 de marzo de 2006, por lo que no estamos hablando de dos meses sino de ocho meses”.

Refieren que “el 8 de noviembre de 2006” el doctor deshaucia al paciente y se limita a decir que lo volverá a ver en consulta el 2 de febrero de 2007 (...), para el caso de que siguiera con vida (...). Por ello, nos parece asombroso que ahora alegue que es que no pudo realizarle ningún tratamiento sin una confirmación anatómico-patológica del tumor porque la familia ‘se lo llevó a otros hospitales’, pues ¿cuándo pretendía hacer esa confirmación?, ¿meses después de haber sido ya deshauciado?”.

Indican que el tratamiento al que fue sometido el paciente con itrio-920 en una clínica privada fue aprobado y costado por el SESPA, lo que no habría sucedido “si no estuviera admitido por la práctica médica, por lo que no se trataba de un tratamiento experimental”. Niegan que este tratamiento haya acelerado la muerte del paciente, pues el propio doctor afirma que la supervivencia a los 6 meses del paciente era del 50% en el informe de 26 de junio de 2007, y hemos de recordar que el paciente vivió 7 meses después desde su deshaucio”.

En cuanto a la incidencia de la patología urológica en el incremento de los niveles del marcador tumoral, aclaran que no fue el doctor “quien envió al paciente al Servicio de Urología de (otro hospital) sino el médico de Atención

Primaria (...), ya que como es lógico un médico no puede enviar un paciente a otro doctor de otro hospital teniendo esta especialidad en el mismo hospital en el que él ejerce, cuestión que se encuentra acreditada en el hospital clínico”, y señalan que “no es cierto que el paciente ocultara dicho absceso, sino que fue a consultarlo al Servicio de Urología (de otro hospital) y no a él por no ser su competencia”. Manifiestan que el doctor “alega que pensó que la elevación de la AFP podía producirla el tumor testicular y la realidad constatable” es que él “conoció de la existencia del absceso de pus testicular (no tumoración maligna pág. 249) cuando se le dio a conocer la ecografía del radiólogo del (otro hospital) de 27-9-06”.

Adjuntan copia de la declaración del facultativo imputado ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo en la que responde, a la pregunta de si “¿la viuda le dijo más de una vez que ese nivel de AFP podía señalar algo?, sí, pero eso ya lo sabía yo, puede señalar o no algo, tengo pacientes que superan 50 y luego pasan a 4 y no hay hepatocarcinoma”. Asimismo, indica en dicha declaración que se solicitan pruebas complementarias como el escáner para detectar tumores “cuando se confirma en la ecografía la lesión o se produce un empeoramiento brusco del paciente. No se puede estar pidiendo escáner sin sentido”, y que los niveles de AFP “no son alarmantes hasta por encima de 400”, por lo que no era aconsejable el escáner. Explica las conclusiones del Servicio de Radiodiagnóstico del hospital en el que se descubrió la masa en el hígado señalando que “en la ecografía hepática se utiliza una escala de grises, de modo que si la víscera aparece de color negro, si se ve una zona gris más clara llamará la atención. Y cuanto más clara sea más visible será la posible anomalía. Pero las lesiones que ofrecen la misma coloración que el resto del hígado (isoecogénicas) no se ven, no destacan, son del mismo color que el resto del hígado”. Afirma que este tumor era imposible de ver hasta fases más avanzadas, en las que se necrosa una parte del mismo y entonces en la ecografía cambia el color de esa zona”, añadiendo que remitió al paciente al Servicio de Urología de otro hospital porque existía “un tumor testicular que en un principio nos había ocultado” y que pensó “que la elevación de AFP podría producirla el tumor testicular”.

11. El día 28 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que, "a la vista de la documentación analizada, la actuación de los sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias es adecuada a la *lex artis ad hoc*".

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de julio de 2010, registrado de entrada el día 15 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

Con fecha 26 de julio de 2011, el Presidente del Consejo Consultivo solicita a la autoridad consultante la remisión de antecedentes para mejor proveer, pues, presentada la reclamación el día 15 de diciembre de 2009, se desconoce la fecha de notificación del Auto de sobreseimiento provisional dictado por el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo el día 2 de diciembre de 2008, frente al que, además, no consta que se haya interpuesto recurso alguno.

El día 14 de noviembre de 2011 se recibe la documentación solicitada, consistente en un escrito del Secretario del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo de 24 de agosto de 2011, en el que informa que el auto de sobreseimiento fue "notificado a la parte denunciante el 10-12-2008 a través de su representación procesal, quien interpuso contra el mismo recurso de reforma y subsidiario de apelación, que fue desestimado por la Sección Segunda de la Audiencia Provincial el 13-5-2009".

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.- 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 la esposa e hijas del fallecido activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Sin embargo, el escrito de reclamación no está acompañado de ningún documento público que acredite la relación de parentesco que afirman ostentar las reclamantes. La Administración sanitaria, no obstante, no ha discutido tal legitimación, dando por evidente su existencia sin la petición de dato complementario alguno, probablemente considerando que obran en el expediente administrativo de responsabilidad patrimonial documentos incorporados al previo proceso judicial en vía penal de los que resulta la condición de esposa e hijas del finado que corresponde a las interesadas.

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 prescripción, 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 asunto ahora examinado debe tenerse en cuenta, a efectos de determinación del *dies a quo* para el cómputo de dicho plazo, que por los mismos hechos que ahora originan la reclamación administrativa se siguió un procedimiento penal contra el facultativo que efectuaba el seguimiento del

paciente en el programa de prevención del hepatocarcinoma. Aplicando analógicamente lo dispuesto en el artículo 146.2 de la LRJPAC, entendemos, como ya ha señalado este Consejo en anteriores ocasiones, que el plazo de prescripción de la acción para reclamar en vía administrativa en los casos en que se haya instruido un procedimiento penal por los mismos hechos se computa a partir de la fecha de notificación del auto de sobreseimiento o de la sentencia absolutoria. De lo actuado en el procedimiento resulta que el fallecimiento por el que se reclama se produjo el día 21 de mayo de 2007, en tanto que el proceso penal concluyó definitivamente mediante pronunciamiento de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Asturias de fecha 13 de mayo de 2009, por lo que, habiéndose presentado la reclamación de responsabilidad patrimonial el día 15 de diciembre de 2009, es claro que fue 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 fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no

impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- Las interesadas pretenden ser indemnizadas como consecuencia de la muerte de su esposo y padre, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe duda respecto al fallecimiento alegado, por lo que cabe presumir que las reclamantes, por su cercano parentesco y vínculo conyugal, han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario

hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Las reclamantes achacan a la Administración sanitaria una mala praxis en el cumplimiento del protocolo de detección precoz del cáncer de hígado, la cual, según afirman, desembocó en el diagnóstico tardío de un tumor en un estadio tal que su ablación resultaba inviable. Denuncian que, mientras el protocolo de actuación del hospital en el que se llevaba a cabo el seguimiento imponía la realización de determinaciones del marcador tumoral alfa-fetoproteína (AFP) y controles ecográficos semestrales, en su caso "no se realiza ninguna ecografía" en el periodo comprendido entre "el 28-03-2005 hasta el 15-03-2006", ni determinación alguna de la AFP "durante 18 meses" -"desde el 09-09-2004 hasta el 15-03-2006"-, y entienden que, de haberse seguido el protocolo, se habría evitado "un desarrollo oncológico como el que a la postre sucedió". Consideran igualmente constitutivo de negligencia el hecho de que el doctor encargado del caso, a la vista de los resultados de elevación del marcador tumoral -en "incremento continuo" desde el 15 de marzo de 2006- no pautase la realización de más pruebas que la realización de ecografías, a las que reprochan que no se practicasen por un experto en Radiología sino "de manera doméstica en su Servicio", y entienden que "debían haberse utilizado otros avances y técnicas de imagen (TC, tomografía axial,

RNM)” que, por disponer de mayor sensibilidad diagnóstica, habrían evidenciado el tumor a tiempo de llevar a cabo un tratamiento curativo con éxito. La reclamación de las interesadas se apoya en cuatro informes periciales y todos ellos coinciden en señalar la indicación de pruebas de imagen de mayor sensibilidad (TAC o RMN) para descartar la existencia de un carcinoma hepático en pacientes de riesgo cuando las pruebas de control evidencian algún signo sugerente de la enfermedad, como la elevación continuada de los niveles de AFP.

Los informes recabados por la Administración durante la instrucción del procedimiento niegan que pueda identificarse infracción de la *lex artis* en el seguimiento del paciente.

Tanto el Servicio responsable como el autor del informe elaborado a instancia de la aseguradora consideran que no constituye mala praxis “dejar pasar once meses entre la ecografía normal del 28-03-2005 y la del 8-03-2006”. Argumentan que en la Guía clínica para el manejo del hepatocarcinoma de la AASLD se concluye, según se señala en el informe del Servicio responsable, que “no está demostrado que la realización de ecografías cada seis meses obtenga mejores resultados que cada doce meses en cuanto a la detección del CHC en cirróticos”. Pese a ello, el especialista que suscribe el informe elaborado a instancia de la aseguradora indica que “lo normal” es realizar el seguimiento cada seis meses, y el propio Servicio responsable admite en su informe que el intervalo semestral constituye la “práctica” habitual del mismo. Sin embargo, no explica por qué, constituyendo el examen ecográfico semestral la norma del Servicio, se demoró aquel hasta un año en el caso del paciente al que la reclamación se refiere.

Dejando al margen la cuestión anterior, y respecto a la consideración que ha de tener la elevación de los niveles del marcador tumoral AFP en el diagnóstico precoz del cáncer de hígado, aspecto este que las reclamantes sitúan en el centro de su imputación, el Servicio responsable declara en su informe que “no resulta de utilidad”, y que “no es de fiar” a menos que arroje una cifra superior a los 200 ng/ml. Argumenta que, por ello, en el año 2007 “se ha retirado la determinación de la AFP de los estudios que la recomendaban previamente para detectar el CHC”. Sin embargo, la actitud del facultativo

durante el proceso asistencial reflejado en la historia clínica evidencia una consideración distinta por su parte de los niveles del marcador tumoral. En efecto, en la hoja de curso clínico correspondiente a la consulta de 21 de abril de 2006 el doctor anota "AFP 35,7. Hace 2 años 3,8". Considerando exclusivamente esta elevación, puesto que las pruebas de función hepática eran normales y en la ecografía no se apreciaban "LOES", pauta "confirmar AFP" y realizar un estudio de replicación viral del VHC. Cita al paciente el "30 de junio", aunque finalmente la visita tiene lugar antes, el día 9 de junio de 2006. Los análisis realizados muestran que el nivel de AFP presenta entonces una ligera elevación respecto de la cifra antecedente -"36,8"- y que no existe reactivación del virus de la hepatitis C. La siguiente cita tiene lugar al mes, el 10 de julio de 2006, y en ese momento se comprueba que las pruebas de función hepática son normales aunque la AFP asciende a "38". Según se explica en el informe del Servicio, en la ecografía realizada por el facultativo encargado del paciente unos días antes, el 26 de junio de 2006, "no se aprecia tumor hepático pese a una búsqueda detallada al tener una discreta elevación de la AFP". Esta referencia a la "búsqueda detallada" evidencia que en aquella fecha el doctor no descartaba que el incremento de los niveles de AFP pudiera ser indicativo del desarrollo tumoral, aunque basándose en la imagen que veía en la ecografía excluyó definitivamente la posibilidad de que el paciente padeciese cáncer hepático y fijó la siguiente cita a los seis meses, el 2 de febrero de 2007.

La cuestión es, por tanto, si debería haberse pedido otra prueba de mayor sensibilidad diagnóstica -TAC o RNM- ante una elevación de los niveles del marcador AFP como la que presentaba el paciente.

En el informe elaborado a instancias de la aseguradora se afirma que el diagnóstico de hepatocarcinoma "a menudo se sospecha en un paciente con hepatopatía crónica subyacente (cirrosis, hepatitis crónica) en el que se produce un aumento en la alfa-fetoproteína sérica. En dichos pacientes un TAC hepático y/o una RM hepática es generalmente la 1ª prueba a realizar". Expresa su autor que "se acepta que un nivel de AFP por encima de 500 ng/ml en un paciente de alto riesgo es por sí mismo diagnóstico de hepatocarcinoma (CHC), aunque la mayoría de CHC son diagnosticados con niveles mucho menores en los protocolos de screening", y que "se ha establecido un valor de

corte de > 20 ng/ml por encima del cual el riesgo de desarrollar un CHC aumenta levemente, pero el valor predictivo positivo (VPP) para dichos niveles de AFP tan solo llega al 41,5%". En el caso concreto al que se refiere la reclamación, considera que la solicitud de pruebas complementarias, sin ser "imperativa", "podría haberse realizado", lo que le lleva a concluir que "pudo existir una pérdida de oportunidad de haber detectado la lesión mediante TAC en el mes de julio".

Por su parte, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias que suscribe el informe técnico de evaluación refiere que es "a partir del año 2006 cuando aparece una elevación de la AFP (alrededor de 40) que obliga a la realización de pruebas más sofisticadas como TAC helicoidal". Aunque esta afirmación parte de un presupuesto erróneo, ya que, según consta en la historia clínica, el único TAC que se realiza en la sanidad pública -el día 30 de octubre de 2006- no se pauta por una elevación de la AFP hasta niveles próximos a 40 -el paciente presentaba ya 36,8 a finales de abril y 38 en junio-, sino por haberse descubierto casualmente en una ecografía urológica una imagen sospechosa de hepatocarcinoma, las palabras de la Inspectora son el producto de considerar que una elevación del marcador tumoral como la que presentaba el interesado constituía un signo de alerta de suficiente entidad como para "obligar" a la Administración a realizar otras pruebas diagnósticas distintas de las ecografías.

Teniendo en cuenta lo anterior -y considerando que no se ofrece ninguna explicación para el incumplimiento en el caso concreto del protocolo de seguimiento semestral que constituía la pauta habitual del Servicio; que el doctor responsable del paciente sabía que la elevación del marcador tumoral AFP podía "señalar o no algo", como el mismo reconoció en el previo proceso judicial; que la sensibilidad diagnóstica de las ecografías no supera el 80% ni "aun en las mejores manos", según precisa el autor del informe elaborado a instancia de la aseguradora, y que podían haberse pedido otras pruebas más sensibles como TAC o RNM-, estimamos que la actuación del facultativo que, en el marco del seguimiento para la detección precoz del cáncer de hígado de un enfermo de cirrosis de diez años de evolución, descarta la existencia de un tumor del que existen discretos signos clínicos sin agotar los medios diagnósticos a su disposición no se ajusta a la *lex artis ad hoc*.

No altera esta consideración el hecho de que el facultativo se plantease, como declaró en el previo proceso judicial, “que la elevación de la AFP podría producirla el tumor testicular”. La consideración de esta hipótesis diagnóstica, de la que no existe por otra parte evidencia alguna en la historia clínica del Servicio de Digestivo, no puede justificar la omisión de las pruebas necesarias para descartar una posible tumoración en el hígado, al menos no antes de la confirmación clínica de que la lesión testicular era un tumor, lo que no llegó a suceder.

Constatado el funcionamiento deficiente del servicio sanitario, procede valorar los daños que aquel pudo causar.

Dos de los informes periciales aportados por las reclamantes conectan el daño moral sufrido con la pérdida de la oportunidad “de un aumento de (la) expectativa de vida” del paciente o de “haberse podido someter a un tratamiento quirúrgico, único posible para posibilitar su supervivencia”.

Entendemos, sin embargo, que no puede afirmarse que nos encontremos ante un caso de verdadera pérdida de oportunidad terapéutica, pues las reclamantes, sobre las que recae la carga de la prueba, no han alcanzado a demostrar la certeza del nexo causal. Aun cuando es inherente a los supuestos de responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad, como ha señalado este Consejo en el Dictamen Núm. 318/2009, el hecho de que no pueda saberse con absoluta certeza si se habrían materializado o no las posibilidades de curación o de una más favorable evolución de la enfermedad en el supuesto de que se hubiera prestado el servicio sanitario de forma correcta, tal circunstancia no exime de la prueba de la relación de causalidad, pues ha de acreditarse, al menos, que como consecuencia de la actuación sanitaria se perdió una oportunidad de sustraerse al perjuicio finalmente sufrido.

En el caso que analizamos, pese al considerable esfuerzo probatorio de las reclamantes no se ha alcanzado a demostrar que, de haberse practicado los controles pautados por el protocolo con periodicidad semestral, o de haberse pedido un TAC o una RMN advertida la elevación de los niveles del marcador tumoral AFP, se habría detectado el tumor en un estadio lo suficientemente precoz para haberse evitado o retrasado el fatal desenlace.

Todos los informes obrantes en el expediente coinciden en reconocer que la dimensión de los tumores hepáticos condiciona su abordaje terapéutico, admitiendo los aportados por las propias reclamantes que el tratamiento "radical curativo" de este tipo de carcinomas es posible cuando el tumor tiene un tamaño "igual o inferior a 5 cm". Pese a resultar clave en la prueba del nexo causal la cuestión relativa a las dimensiones del tumor en el momento en que se manifiestan los primeros signos clínicos, solamente una, de entre todas las pericias aportadas por las perjudicadas, la analiza, aunque sus conclusiones se basan en una mera conjetura. Así lo evidencian los términos en que se expresa el autor del informe suscrito el día 17 de septiembre de 2007 cuando señala que "conocer en qué estadio se podría haber encontrado (el paciente) si al conocer el valor elevado de AFP con eco (-) se hubiese practicado un TAC sería aventurado". Tal conclusión desvirtúa el cálculo que se efectúa seguidamente, huérfano de fundamentación científica alguna, conforme al cual, "desde un punto de vista teórico", y basándose en "estudios de cinética celular en el CHC" que no se concretan, en abril de 2006 el tumor "mediría aproximadamente 5 x 4,4" cm.

En definitiva, no se ha aportado prueba que vincule causalmente el fallecimiento del paciente con el funcionamiento del servicio público. A juicio de este Consejo Consultivo, el único daño producido por el funcionamiento deficiente del servicio público y que las reclamantes no estaban obligadas jurídicamente a soportar, por lo que debe ser indemnizado, es el *pretium doloris* de la privación a su familiar de una valoración más precoz de los signos que presentaba y de la instauración en un momento más oportuno de las medidas diagnósticas y terapéuticas acordes con aquellos.

SÉPTIMA.- La siguiente cuestión a determinar es el montante al que debe ascender la indemnización. Las interesadas, en su escrito de reclamación, solicitan como indemnización la cantidad en la que valoran el fallecimiento de su esposo y padre que, como hemos dejado sentado, no han acreditado que haya sido causado por el funcionamiento del servicio público. Además del resarcimiento de estos daños morales derivados del óbito -calculados de conformidad con lo establecido para las "indemnizaciones básicas por muerte"

en el baremo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en sus cuantías actualizadas para 2009- pretenden la indemnización de los gastos médicos en que incurrió en su día el paciente para someterse en un centro privado a un tratamiento médico que la sanidad pública no prestaba. A todo ello añaden, a modo de factor corrector de la indemnización, un 10% de incremento contemplado en el "baremo legal" por "perjuicios económicos según ingresos anuales de la víctima", que en el momento del fallecimiento tenía 46 años, que no prueban.

El Principado de Asturias propone la desestimación de la reclamación y no entra, por ello, en el análisis del *quantum* indemnizatorio.

Este Consejo, a la vista de la naturaleza del perjuicio causado, y a falta de otros criterios que permitan objetivamente cuantificarlo, estima razonable y prudente fijar la indemnización en la cuantía de doce mil euros (12.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de doce mil euros (12.000 €)."

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.