

Expediente Núm. 283/2013
Dictamen Núm. 267/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de diciembre de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de agosto de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada a su esposa y madre, respectivamente, en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de junio de 2012, el viudo y la hija de la perjudicada presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada a su esposa y madre en el Hospital

Inician su relato señalando que la perjudicada “desde enero de 2011” había “consultado en múltiples ocasiones”, tanto en el centro de salud como en el citado centro hospitalario, la “patología abdominal, lumbar y pélvica” que presentaba (...) siendo reiteradamente tratada de infección urinaria, desde marzo de 2011”; añaden que en esa fecha “la palpación abdominal” ya “hubiera descubierto una masa abdominal y una ecografía hubiera sido reveladora”, pero “a pesar de ello no se le practicaron las pruebas necesarias para detectar la importancia del proceso subyacente que, tras una simple palpación abdominal, se puso en evidencia en el mes de abril, confirmándose, tras ecografía y posterior escáner, el diagnóstico de cáncer de ovario, metástasis hepática, extensión peritoneal, uretero-hidronefrosis izquierda, etc.”. Señalan que con dicho “diagnóstico y el escáner con el informe correspondiente, realizado en (una clínica privada), es derivada el día 11 de mayo a Urgencias por el médico de guardia” del centro de salud, y afirman que, “en vez de ser ingresada para abordar la gravedad del diagnóstico, fue citada para 15 días después en el Servicio de Ginecología”, siendo ingresada “por urgencias el 6 de junio, ante la uropatía obstructiva izquierda, derivada de la masa pélvica”, falleciendo el “16 del mismo mes”.

Consideran que de “haber sido atendida adecuadamente el fatal desenlace no se hubiera producido, o no de forma inmediata, y el resultado hubiera sido muy distinto”, pues el “diagnóstico temprano permite supervivencias mayores de diez, quince o veinte años”.

Solicitan una indemnización por importe total de doscientos cincuenta mil euros (250.000 €), teniendo en cuenta “el daño físico (...), el sufrimiento psíquico tras un peregrinaje de consulta en consulta en el que se sintió desatendida por el Servicio de Salud”, y el hecho de haber tenido que realizar pruebas en la sanidad privada puesto que “sus quejas reiteradas eran tratadas como infección urinaria y ansiedad”.

Concluyen que el “principio de indemnidad obliga” a la Administración a “proporcionar una reparación integral del daño sufrido”.

Instan que se aporte al expediente “la historia clínica” tanto del centro de salud como del centro hospitalario, así como informes referentes a la razón por la que su “Médico de Familia (...) no solicitó pruebas complementarias (ecografía) o consulta con Urología y/o Ginecología” y los “motivos por los que no fue ingresada en el Servicio de Ginecología (...) cuando acude el 11 de mayo con las pruebas diagnósticas de Ca ovárico”.

2. El día 19 de junio de 2012, la Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Jefe de Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la compañía de seguros, la reclamación presentada.

3. Mediante escrito de 25 de junio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, les requiere para que en el plazo “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación”, acrediten “el parentesco con la perjudicada”.

4. El día 4 de julio de 2012 tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de los reclamantes al que adjuntan una copia del Libro de Familia.

5. Con fecha 23 de julio de 2012, un Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de la Médico de Familia que intervino en el proceso asistencial y del responsable del Centro; igualmente, solicita a la Gerencia del Hospital la remisión de la historia clínica además del “informe del responsable del Servicio de Urgencias” en el que conste “el día en el que se

le atendió, así como las pruebas realizadas en ese o esos días, y el motivo por el cual la paciente no fue ingresada el día 11 de mayo de 2011”.

6. Con fecha 30 de julio de 2012, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada.

7. El día 2 de agosto de 2012, la Gerencia de Atención Primaria envía al Servicio instructor la historia clínica de la paciente y el informe emitido por la Médico de Familia en el que se detalla “el episodio de proceso de vías urinarias, infección recidivante del año 2011”.

8. El día 13 de agosto de 2012, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor un informe del Servicio de Ginecología Oncológica en el que se detalla que la “paciente acude por primera vez a la consulta de Ginecología Oncológica el día 26 de mayo de 2011, remitida desde el Servicio (de) Urgencias de Ginecología, donde había sido valorada previamente el 11 de mayo”; añade que la paciente aporta “un TC tóraco-abdominal realizado” en un centro privado y relata “los hallazgos” obtenidos tras la citada prueba. Dado que se trataba de “tumoración ovárica sospechosa, con carcinomatosis peritoneal y posibles metástasis hepáticas”, se “solicita preoperatorio y consulta a Anestesia”, se “tramita petición de biopsia hepática” y “consulta preferente al Servicio de Urología/Cistoscopia, para colocación de catéter doble J, en el uréter izquierdo”, se piden “pruebas de coagulación y se habla con los radiólogos del escáner, para en el caso de no ser posible la realización de la biopsia hepática” se realice “una BAG/TC guiada de implantes peritoneales”; finalmente, se la cita “de nuevo en la consulta de Ginecología Oncológica para el día 9 de junio y se le comenta a la paciente y a su marido, que según los resultados de las pruebas se enviará a Oncología Médica para tratamiento de quimioterapia neoadyuvante, o se programará intervención

quirúrgica". El informe continúa señalando que con fecha "6 de junio de 2011 se emite el resultado del estudio Anatomopatológico de la biopsia hepática", ingresando ese mismo día la paciente en el servicio de "Urología para colocación de catéter en uréter izquierdo"; añade que el día "10 de junio se visita a la paciente en la planta de urología, y que según la "anotación en el curso clínico (...), se recomienda hacer la BAG/TC guiada (...). Dicha prueba se realiza el día 15 de junio". Finaliza afirmando que la "paciente falleció el día 16 de junio de 2011".

9. Con fecha 28 de enero de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y concluye que "fue adecuado el servicio de urgencias que ante la sospecha de patología anexial, solicitó consulta con carácter preferente a oncología ginecológica así como marcadores tumorales"; también considera "adecuado el proceder del Servicio de Ginecología, que a la vista de los hallazgos solicitó preoperatorio y consulta a Anestesia" "tramitó petición de biopsia hepática" y se remitió a la paciente "con carácter preferente al servicio de Urología", por lo que concluye que se "adoptaron las decisiones adecuadas conforme a la lex artis".

10. Mediante escritos de 11 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

11. Con fecha 20 de mayo de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología. En él, ante el hecho de que "los reclamantes señalan una actuación incorrecta respecto a la valoración de los síntomas existentes", señalan que "el cáncer de ovario constituye un tumor de diagnóstico tardío (en

más del 70% de los casos se hace en estadios avanzados de la enfermedad) y no tiene síntomas específicos. El más frecuente es la distensión abdominal (...). En este caso presentaba dolor abdominal e infecciones urinarias de repetición confirmadas mediante urocultivos (...). La actuación médica en urgencias y en el centro de salud en marzo y abril fue totalmente correcta, empleando los medios adecuados ante la clínica existente”, y concluyen que la “actuación de los profesionales intervinientes se ajustó en todo momento a la lex artis ad hoc”.

12. Mediante escrito de fecha 11 de junio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 2 de julio de 2013, uno de los interesados se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento setenta (170) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. El día 8 de julio de 2013, los interesados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos de su reclamación inicial.

13. Con fecha 23 de julio de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella considera que los “carcinomas de ovario pueden presentarse en dos formas”; en los “casos más raros, el tumor afecta al ovario sin que produzca ningún crecimiento anómalo del mismo y se disemina por vía peritoneal afectando a toda la cavidad peritoneal (...). Solo en estadios avanzados de la enfermedad, cuando la diseminación es masiva, comienza a producirse líquido ascítico con distensión abdominal”; continúa afirmando que en “el caso que nos ocupa se debe a una obstrucción del tracto urinario izquierdo que ocasionó una hidronefrosis. De ahí la sintomatología de dolor e

infecciones urinarias de repetición”, de manera que la “sintomatología referida por la paciente era muy sugestiva de patología urológica y en absoluto orientaba de una forma clara a patología ovárica”. Concluye que “el proceder del Servicio de Urgencias fue correcto en todo momento y conforme a la lex artis”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de agosto de 2013, registrado de entrada el día 13 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.

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 los interesados activamente legitimados 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 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de junio de 2012, y el fallecimiento del familiar de los interesados se produjo el día 16 de junio de 2011, por lo que hemos de entender 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

Además se observa que no se ha dado cumplimiento al trámite de incorporación del "informe del responsable del Servicio de Urgencias" pese a la solicitud formulada por el órgano instructor. Ahora bien, a la vista de la documentación disponible, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y de economía procesal, no considera necesaria la retroacción de actuaciones para la subsanación del defecto expuesto, pues obra en el expediente documentación suficiente para suponer, en buena lógica, que aunque dicho servicio emitiera un nuevo informe específico sobre la reclamación, el sentido del presente dictamen no variaría.

Se aprecia también 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.- Los interesados -viudo e hija- reclaman una indemnización como consecuencia del fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario, al sostener

que se ha producido un error de diagnóstico de la enfermedad que conllevó un retraso en el tratamiento, lo que condujo finalmente a su fallecimiento.

Resulta acreditado el fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes, por lo que debemos presumir que estos han sufrido un daño moral; daño sobre cuya evaluación habremos de pronunciarnos si se apreciara la concurrencia de los requisitos que determinan la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos 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 aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio y que son antijurídicos.

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 los 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También hemos señalado que pesa sobre quien reclama la carga de la prueba de los hechos en los que funda su pretensión y de la relación causal entre estos y los daños que se alegan.

En el supuesto que analizamos, el proceso asistencial cuestionado se resume en los siguientes hechos:

El día 10 de marzo de 2011, la perjudicada acude a su médico de atención primaria (MAP), quien tras una exploración abdominal diagnóstica una infección urinaria y pauta el tratamiento acorde. El 13 de abril siguiente, vuelve a la misma consulta por falta de mejoría, se realiza un urocultivo y se solicita una ecografía. Ante la ausencia de mejoría, el día 19 de ese mismo mes de

abril, acude a los servicios de urgencia del hospital, desde donde se deriva al Servicio de Urología. De forma paralela, la paciente acude a un centro médico privado, y el 28 de abril consta la emisión de un informe sobre una "TAC tóraco-abdominal", si bien de sus propias afirmaciones se deduce que no fue citada en el centro privado para valorar los resultados hasta casi quince días después, el día 11 de mayo, y que ese mismo día, con el resultado de la prueba diagnóstica, acudió a su MAP, quien la deriva a urgencias hospitalarias. Allí, se solicitan marcadores tumorales, que se realizan al día siguiente, 12 de mayo, y se la cita con Oncología Médica para el día 26 del mismo mes de mayo. En esa misma consulta se "solicita preoperatorio y consulta a Anestesia" y se "tramita petición de biopsia hepática". La paciente ingresa en Urología el día 6 de junio de 2011 para colocación de un catéter ureteral, y fallece el día 16 de junio de 2011.

Los interesados afirman que en la sanidad pública "no se le practicaron las pruebas necesarias", ya que "una ecografía hubiera sido reveladora", y que a pesar de haber "consultado en múltiples ocasiones" la existencia de "signos muy claros de patología abdominal, lumbar y pélvica (...), no fueron debidamente estudiados". Imputan igualmente a la Administración el hecho de que el "día 11 de mayo", cuando acudió al Servicio de Urgencias, a pesar de la "gravedad del diagnóstico", en "vez de ser ingresada (...), fue citada para 15 días después en el Servicio de Ginecología". Por todo ello, consideran que de haber sido "atendida adecuadamente", el "desenlace no se hubiera producido, o no de forma inmediata, y el resultado hubiera sido muy distinto, pues el diagnóstico temprano permite supervivencias mayores de diez, quince o veinte años".

Respecto a la primera de las imputaciones, referente al retraso diagnóstico -y, en consecuencia, terapéutico-, todos los informes incorporados al expediente consideran que en las fases iniciales del cáncer de ovario no se presentan síntomas específicos ni existen pruebas capaces de detectar su existencia. En este sentido, en el informe técnico de evaluación se afirma que

dicha enfermedad “carece de métodos eficaces de cribado, por lo que su diagnóstico es tardío en aproximadamente el 70% de los casos”, añadiendo que la “pelvis junto con el abdomen forman una cavidad muy amplia”, por lo que los “tumores que se desarrollan en su interior provocan una sintomatología tardía e inespecífica, lo que dificulta un diagnóstico precoz”, siendo la “tasa de mortalidad del cáncer de ovario (...) elevada debido fundamentalmente a que el diagnóstico suele realizarse en estadios avanzados”. En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido por los especialistas privados a instancia de la compañía aseguradora, en el que se indica además que, como “es obvio”, la gran mayoría de “las pacientes que tengan un dolor abdominal inespecífico no presentan un carcinoma de ovario”.

A pesar de que en el escrito de reclamación se afirma que “desde enero de 2011” la paciente “había consultado en múltiples ocasiones” la patología que presentaba, la médica de familia detalla en su informe, en relación con el “proceso de vías urinarias”, que la “primera consulta que realizó fue el 10-3-2011”. Y en efecto, en la historia clínica, en la anotación correspondiente a dicha fecha, en el curso descriptivo, se indica que la paciente presentaba “dolor abdominal que mejoró con Monurol”, que se le realizó un “cultivo” y ante los resultados se “completó dicho tratamiento (...) con Levofloxacino”.

Es importante señalar que aunque los reclamantes afirman que cuando acudió al “Servicio de Urgencias” -el día 19 de abril de 2011-, con una “palpación abdominal (...) ya (se) hubiera descubierto una masa abdominal y una ecografía hubiera sido reveladora”, y que “debió de ser tributaria de una exploración urológica que nunca fue ordenada por su médico”, lo cierto es que las exploraciones se llevaron a cabo con anterioridad a ese momento. Así, en el curso descriptivo, en la anotación del día 10 marzo de 2011, se detalla “abdomen blando y depresible”, y en la correspondiente al día 13 de abril se indica que el “abdomen era normal”, siendo la “PPR: negativa” -puñopercusión renal-, detallando el informe de la médica de familia el tratamiento pautado y que “se pide urocultivo de control” y, ya entonces, una “ecografía”. Al respecto,

en el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora se afirma que, aunque se “tratase de una tumoración de 10 cm (...) (esta) se aloja en la pelvis, en una paciente (...) hysterectomizada (sin útero), por lo que una tumoración abdominal no es fácil que se detecte por palpación abdominal”. Por otro lado, a diferencia de lo manifestado por los interesados, consta en la anotación correspondiente a dicho día 19 de abril que el Servicio de Urgencias del centro hospitalario deriva a la paciente a “Urología”.

Con relación al reproche de que el día 11 de mayo de 2011, “en vez de ser ingresada para abordar la gravedad del diagnóstico”, se cite a la paciente “para 15 días después en el Servicio de Ginecología”, hemos de señalar que lo cierto es que ese mismo día se “solicita cita preferente” para consulta de “Oncología Ginecológica”, al igual que se ordena la realización de “marcadores tumorales”, prueba que consta se llevó a cabo al día siguiente, el día 12 de mayo -folio 89-, indicando la Jefa de Sección de Ginecología Oncológica en su informe que, tras la consulta realizada el día 26 de mayo, se solicita “preoperatorio y consulta a Anestesia (...), se le entrega el consentimiento informado (...), se tramita petición de biopsia hepática”, constando en la historia clínica que ese mismo día la paciente firma el consentimiento informado para “la exploración de la cavidad abdominal (sospecha de proceso neoplásico, principalmente ovárico)” y se le realizan una serie de análisis. En la anotación del día 27 de mayo se detalla que se pide “BAG-Eco guiadas de nódulo hepático (...), pruebas de coagulación (...), consulta a Urología (...), se habla con los radiólogos/TAC”.

Los reclamantes reprochan además que “sólo es ingresada por urgencias el 6 de junio, ante la uropatía obstructiva izquierda” -folio 72-, pero es importante puntualizar que ese mismo día se emite el informe anatomopatológico de la biopsia hepática citada -realizada el día 3 de junio- y que para dicho día, ya consta programada desde el día 27 de mayo una consulta con “Urología (6-VI-11) para valoración de catéter doble J en el uréter izquierdo”, afirmando la Jefa de Sección de Ginecología Oncológica que la

“paciente ingresa el día 6 de junio en el servicio de Urología para colocación de catéter en uréter izquierdo”, lo que se reitera en la anotación del curso clínico “ingreso xa (para) colocación de doble J”.

En el curso clínico, en la anotación correspondiente al día 27 de mayo, a continuación de detallar las pruebas a realizar, consta: “vendrá a cta de Ginecología el 9-VI-11. Según resultados enviar a OM para Qt neoadyuvante o programar intervención”. Esta realidad la pone de manifiesto la Jefa de Sección de Ginecología Oncológica, al afirmar en su informe que “se comenta a la paciente y a su marido, que según los resultados de las pruebas se enviará a Oncología Médica para tratamiento de quimioterapia neoadyuvante, o se programará intervención quirúrgica”, recomendaciones coincidentes con las pautadas a la enferma en la clínica privada que la atendía en paralelo -folio 88 del expediente-.

Por otra parte, todos los informes coinciden en señalar la gran agresividad del tumor que padecía la paciente. Así, el informe técnico de evaluación señala “que si bien no llegó a llevarse a cabo el estadiaje de la misma, el mismo previsiblemente hubiera estado situado entre III-B y IV, condicionando por tanto de manera determinante la supervivencia de la paciente”. En idéntico sentido se pronuncia el informe de los especialistas privados, que señalan que el fallecimiento “se debió a la propia naturaleza tumoral, agresivo (a)” y a su forma de “diseminación, permaneciendo ‘oculto’ durante largo tiempo”.

También coinciden todos los profesionales en señalar la correcta asistencia prestada a la paciente. El informe técnico de evaluación concluye que se “realizaron los estudios e indicaciones de confirmación diagnóstica conforme a los protocolos establecidos, desde el momento en que se tuvo sospecha de la enfermedad”, y añade que la “atención a la paciente” se realizó “de forma adecuada con las exploraciones indicadas de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos”. Este juicio se corrobora en el informe de los especialistas

privados, que afirman que la "actuación médica en urgencias y en el centro de salud en marzo y abril fue totalmente correcta, empleando los medios adecuados ante la clínica existente, sin que estuviera indicado realizar en ese momento pruebas específicas como ecografía o TAC", puesto que "los síntomas que presentaba (...) eran de origen claramente urológico con diagnósticos de infección del tracto urinario que se confirmaban con urocultivos y respondían temporalmente al tratamiento antibiótico", por lo que "ante la citada sintomatología y los datos negativos en la exploración no se justifica ninguna otra exploración complementaria", concluyendo que "aunque el diagnóstico se hubiera realizado en marzo-abril, no habría cambiado el pronóstico de la enfermedad, dado que ya se encontraba en etapas avanzadas".

Como hemos dejado expuesto, la *lex artis* asistencial aplicable a la fase de diagnosis no impone al servicio público la obligación de alcanzar un juicio cierto e inmediato sobre la enfermedad, sino que tan solo obliga a que se empleen los medios, humanos y materiales, disponibles en cada momento para llegar al diagnóstico preciso en función de los síntomas que los pacientes manifiestan en ese instante. A la vista de la inespecífica sintomatología presentada inicialmente por la enferma y de las características de este tipo de tumor, nada hacía presumir que los síntomas indicasen ya una enfermedad neoplásica avanzada. Sostener ahora esta sospecha diagnóstica constituye un *vaticinium ex eventu*, pues se efectúa después de saber el resultado final, buscando retrospectivamente posibles causas.

Por tanto, este Consejo considera que la paciente no presentaba entonces clínica ni dato alguno que aconsejase un tratamiento o conducta asistencial diferente a la seguida, por lo que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudiera serle imputable el fallecimiento de la perjudicada.

En definitiva, a la vista de los informes técnicos y del análisis de la historia clínica, debemos concluir que no cabe apreciar relación de causalidad

entre el fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes y el funcionamiento del servicio público sanitario; no ha quedado probado que el fatal desenlace fuese consecuencia de un retraso en el diagnóstico de la enfermedad, o que la actuación de los distintos profesionales responsables de la asistencia prestada hubieran infringido la *lex artis*.

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

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.