

Expediente Núm. 106/2015
Dictamen Núm. 128/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de julio de 2015, 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 10 de junio de 2015 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de septiembre de 2014, las interesadas presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que consideran una deficiente asistencia prestada por parte del servicio público sanitario a su esposo y padre, respectivamente, y a la que atribuyen su fallecimiento.

Refieren que el perjudicado “acude por primera vez (...) a su médico de Atención Primaria en mayo de 2002 por presentar bultos carnosos en la zona anorrectal y deposiciones con sangre roja que son diagnosticados de ‘hemorroides’ (...). Durante años sigue acudiendo a los servicios públicos de salud por empeoramiento y persistencia de la patología descrita (...). En (...) diciembre de 2010, visto por Digestivo, se le pauta unguento por aparición de fisura anal (...). De nuevo acude al Servicio de Digestivo en diciembre de 2012, que informa que el paciente ‘clínicamente refiere rectorragias de sangre fresca con la deposición. Tenesmo rectal ocasional. Ha perdido peso sin anorexia ni astenia. Tacto rectal imposible de realizar por dolor. Pequeña fisura y hemorroides. Pido colonoscopia’ (...). Se procedió a la realización de una colonoscopia que describe el (...) diagnóstico de tumoración ulcero vegetante en tercio inferior del recto (...). En fecha 22 de mayo de 2013 se le practica biopsia de recto, informando que (...) padece adenocarcinoma invasivo de bajo grado (...). En fecha 4 de junio de 2013 se realiza RMN que establece el diagnóstico de ‘cáncer de recto bajo y canal anal, sin separación con el plano puborrectal, que infiltra el elevador del ano izquierdo y adenopatías’ (...). En fecha 21 de febrero de 2014 el paciente fallece por neoplasia de recto con extensión a metástasis y patologías secundarias”.

Manifiestan que, “como tendremos ocasión de probar en el momento procesal oportuno”, es “evidente (...) la existencia de varias actuaciones contrarias a la *lex artis* (...), así como la existencia de una relación de causalidad entre la actuación de la Administración y la no detección temprana del cáncer de recto (...); un cáncer de crecimiento muy lento que había venido evolucionando desde hace 10 años, tal y como reconocen los propios facultativos dependientes de la Administración sanitaria./ La impericia en la interpretación de los signos clínicos del paciente tras los primeros síntomas de desarrollo oncológico en 2002 se tradujeron (...) en un retraso diagnóstico que condicionó la indicación terapéutica, ya que se descartó la resección quirúrgica y cualquier otra medida curativa”.

Entienden que “una actuación conforme a la *lex artis* hubiera supuesto que el servicio público de salud acudiera a medios más sensibles de diagnóstico ante los signos de alarma de desarrollo oncológico que hubieran permitido un diagnóstico temprano del cáncer de recto, con lo que, claramente, el paciente habría tenido la oportunidad de acceder a un tratamiento curativo, en tanto existe una relación directa conocida científicamente y admitida unánimemente por la comunidad científica entre el diagnóstico precoz y un mejor pronóstico en el tratamiento del cáncer”.

Solicitan una indemnización cuyo importe, según indican, se determinará “en el trámite de audiencia”.

Designan a una letrada como representante “para cuantos trámites, actuaciones y diligencias sea necesario realizar”.

Adjuntan, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) Documento nacional de identidad de cada una de las reclamantes. b) Libro de Familia. c) Certificado de defunción. d) Historia clínica del paciente obrante en el Centro de Salud

2. Con fecha 3 de octubre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII “un informe de los servicios intervinientes”, concretamente del Servicio de Digestivo del Hospital “X” y de la facultativa del Centro de Salud, así como una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en los referidos centros.

3. Mediante oficio notificado a las interesadas el 7 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les concede un plazo de diez días para que acrediten la representación de la persona que designan como representante.

4. El día 14 del mismo mes, las reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que adjuntan un poder notarial a través del cual otorgan su representación a la letrada señalada.

5. Con fecha 16 de octubre de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación al seguro.

6. El Gerente del Área Sanitaria VIII envía, el 21 de octubre de 2014, al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios "los informes de los servicios intervinientes, así como copias de las historias clínicas".

El Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna realiza, el 20 de octubre de 2014, un "informe resumen de la asistencia recibida a cargo de la Sección de Digestivo" por el perjudicado. Señala que se trata de un paciente "ex-bebedor" que "hacía revisiones en (...) Digestivo por cirrosis hepática posetílica diagnosticada en 2004". Precisa que en diciembre de 2012 "acude a revisión semestral" y refiere "rectorragias de sangre fresca con la deposición. Tenesmo rectal ocasional. Ha perdido peso sin anorexia ni astenia". Manifiesta que el "tacto rectal" es "imposible de realizar por dolor. Pequeña fisura y hemorroides". El facultativo interviniente solicita una colonoscopia que se realiza el 4 de enero de 2013, visualizando "varices rectales sin sangrado. Mucosa normal y dibujo vascular bien conservado hasta ciego, algún divertículo aislado y heces a lo largo del colon sin patología grosera, retroversión hemorroides". Añade que en abril de 2013 se le practica una ecografía en la que se produce un "hallazgo casual de nódulo renal, por lo que se remitió a Urología, que realiza TAC abdominal confirmándose posible hipernefroma, por lo que se le pone en lista de espera para cirugía en junio 2013". En mayo del

mismo año es diagnosticado de "adenoc. de recto (...) irresecable, en tratamiento con radioterapia exclusiva (...). Se desestimó quimioterapia adyuvante por la pancitopenia". El 30 de septiembre de 2013 se le practica un "TAC toraco-abdomino-pélvico" que permite concluir que sufre una "extensión tumoral pulmonar en suelta de globos. Cirrosis hepática con gran descompensación hidrópica. Trastornos la perfusión esplénica con infarto y pequeño hematoma subcapsular antiguo". Finalmente, indica que el paciente se remite a "cuidados paliativos ambulatorios".

El 10 de octubre de 2014, una facultativa del Centro de Salud informa de "los episodios más destacados" de la historia clínica del perjudicado. Reseña que el 14 de mayo de 2002 se manifiestan "hemorroides" y se le pauta tratamiento farmacológico, "estando el 2-11-2004 pendiente de valoración de cirugía de hemorroides por especialista para marzo de 2005". El 11 de junio de 2004 se le diagnostica "adicción crónica al alcohol" y "es derivado a Urgencias (del Hospital 'X'), donde se solicita cita a (...) Digestivo para descartar" cirrosis hepática, precisando que "posteriormente" es controlado "de forma periódica por Digestivo". El 20 de enero de 2011 se observa "fisura anal" y, a continuación, deja constancia de diversas actuaciones del Servicio de Digestivo, realizadas los días 13 de diciembre de 2012 y 20 de febrero y 2 de mayo de 2013. El 30 de mayo de 2013 se constata "hipernefroma D. en seguimiento por Urología" y el 20 de junio del mismo año "neoplasia maligna de recto. Según informe de Cirugía: adenoc. invasivo de bajo grado. Dadas las características del paciente se valora tratamiento radioterápico completo debido al alto riesgo quirúrgico, y le derivan a Radioterapia y a Oncología" del Hospital "Y". Por último, consigna que el paciente fallece el 21 de febrero de 2014.

7. Con fecha 30 de diciembre de 2014, la representante de las reclamantes presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicita una "copia íntegra del expediente".

8. Mediante oficio de 14 de enero de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios da cumplimiento a lo solicitado.

9. El día 3 de febrero de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él relata que el paciente "había sido diagnosticado de hemorroides en el año 2002, motivo por el cual había tenido varias consultas con el Servicio de Cirugía General del Hospital 'X' (...), sin llegar a ser intervenido. También había sido diagnosticado de cirrosis hepática posetílica, con varices esofágicas medianas, pancitopenia y esplenomegalia, y seguía revisiones semestrales en el Servicio de Digestivo. En la realizada en diciembre de 2012 (...) se solicita una colonoscopia que se realiza el 4-1-2013 con los siguientes hallazgos (...): `varices rectales sin sangrado. Mucosa normal y dibujo bien conservado hasta ciego. Algún divertículo aislado y heces a lo largo del colon sin patología grosera. Retroversión hemorroides". Añade que "en abril de 2013 se le diagnosticó un hipernefoma, siendo puesto en lista de espera para intervención quirúrgica".

Manifiesta que "el 21-5-2013 acude a la consulta del Servicio de Cirugía General por `tenesmo rectal y rectorragias´. En el tacto rectal se aprecia `tumoración ulcero vegetante en cara anterior sobre zona de próstata, dura y fija a planos profundos´, siendo la impresión diagnóstica `neo de recto´. Se solicita TAC toraco-abdominal, rectoscopia y marcadores tumorales. En la colonoscopia realizada el 22-5-2013 se evidenciaron los siguientes hallazgos: `A 2-3 cm de margen anal, en cara anterior tumoración ulcero vegetante de 2 cm de diámetro que sangra al roce, se toman biopsias´. El diagnóstico anatomopatológico fue `adenocarcinoma invasivo de bajo grado´".

Precisa que en el TAC realizado el 28 de mayo de 2013 se observa "engrosamiento irregular en la unión tercio medio-tercio inferior de recto, de aproximadamente 4 cm de longitud y a 6 cm del margen anal compatible con neoplasia conocida. Se observa un área más adelgazada en su vertiente

anterior, probablemente por su ulceración. Trabeculación de la grasa perirrectal con infiltración de la fosa isquiorrectal y del elevador del ano izquierdos. Adenopatía hipercaptante en cadena ílica izquierda de 10 cm. No se observan otras adenopatías en retroperitoneo bajo o pelvis de aspecto sospechoso”.

Por último, indica que la RMN mostró “cáncer de recto bajo y canal anal sin separación con el plano del puborrectal que infiltra el elevador del ano y adenopatías. Estadio T4aN2”. Explica que “en la consulta del 18-6-2013 se desecha la opción quirúrgica por los `riesgos` que conlleva y se solicita tratamiento radioterápico y quimioterápico `si lo tolera`”.

Señala que “el 10-9-2013 el paciente fue remitido por el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital `Y` (...) al Servicio de Urgencias” del Hospital “X” “por descompensación hidrópica. Se realiza paracentesis con la obtención de 2.000 cc y se ajusta el tratamiento con diuréticos. Dada la ausencia de camas el paciente es trasladado de nuevo” al Hospital “Y”. Aclara que el 21 de septiembre de 2013 vuelve a ingresar en el Hospital “X” “por ascitis y deterioro del estado general. Durante su ingreso se realizó un TAC toraco-abdomino-pélvico (30-9-2013) que puso de manifiesto la `extensión tumoral pulmonar en suelta de globos. Cirrosis hepática con gran descompensación hidrópica. Trastornos de la perfusión esplénica con infarto y pequeño hematoma subcapsular antiguo. El paciente fue dado de alta el 1-10-2013, siendo remitido a su médico de Atención Primaria para tratamiento paliativo (...). Fallece en su domicilio el 21-2-2014”.

Pone de relieve que “las reclamantes basan su solicitud de indemnización en el reproche que realizan al servicio público sanitario en el presunto retraso diagnóstico del cáncer de recto que, según afirman sin documento que lo avale (...), imposibilitó cualquier medida terapéutica. Esta afirmación implica que el diagnóstico de hemorroides fue erróneo y que ya 10 años antes debería haberse diagnosticado el tumor”. Considera que estas aseveraciones “carecen de todo sustento, ya que (el perjudicado) tenía revisiones periódicas en el Servicio de Digestivo” del Hospital “X” “desde el año 2004 (...). Durante todo

ese periodo también se le hicieron varios tactos rectales debido a la sintomatología que le producía el síndrome hemorroidal (...) sin detectarse ningún tipo de proceso neoplásico./ Cuando en la consulta realizada en diciembre de 2012 se añade la sintomatología de `tenesmo rectal ocasional´ (presente en los tumores rectales) se realiza una colonoscopia que no evidenció la existencia de neoplasia. Cuando la sintomatología se exagera (tenesmo y rectorragias) se le prescribe la realización de las pruebas adecuadas en estos casos (rectoscopia, RMN y marcadores tumorales) que ponen de manifiesto en ese momento -y no antes- la existencia de un cáncer de recto”.

Entiende que “tampoco es cierta la afirmación de que al paciente se le privó de cualquier medida curativa. La decisión de no intervenirle quirúrgicamente no viene derivada del avanzado estadio del tumor, sino de la situación clínica general que el paciente presentaba (cirrosis hepática en estadio avanzado). Si bien se desechó tratamiento quirúrgico, el paciente recibió tratamiento radioterápico (que tuvo que suspenderse por un episodio de descompensación hidrópica de su cirrosis) y se le remitió al Servicio de Oncología Médica” del Hospital “Y” “para valoración de un posible tratamiento quimioterápico si su estado se lo permitiera./ Además de su cirrosis avanzada y del cáncer de recto, al paciente se le había diagnosticado en abril de 2013 también una neoplasia maligna renal (hiper nefroma) que tampoco fue intervenida quirúrgicamente, dada su situación clínica”.

Concluye que “la asistencia prestada al paciente fue correcta y ajustada a la *lex artis*” y que no “se le ha privado (...) de ningún tipo de alternativa terapéutica, sino que fue su grave situación clínica la que hizo desechar un tratamiento quirúrgico y realizar otras opciones terapéuticas”, por lo que considera que “la reclamación debe ser desestimada”.

10. Mediante escritos de 6 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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 26 de marzo de 2015, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica.

En él señala que "el diagnóstico de hemorroides en el año 2002 no tiene nada que ver con el proceso neoplásico que tuvo 11 años después. La evolución natural de un tumor de recto no tratado no tiene una supervivencia de 11 años (...). Por otra parte, el diagnóstico de hemorroides es clínico, es muy frecuente, se hace explorando al paciente, incluyendo siempre en el examen proctológico un tacto rectal (...) que a la altura del recto (en) que apareció el tumor el diagnóstico se hace -como ocurrió en la última exploración rectal- a punta de dedo. Una vez diagnosticado de cirrosis hepática en el año 2004 las revisiones por el Servicio de (...) Digestivo fueron periódicas, y por los mismos motivos no pasaría desapercibido un tumor de recto, ya que se le hicieron tactos rectales en varias ocasiones con motivo del estudio hemorroidal más frecuente en el paciente cirrótico./ En diciembre de 2012 presenta rectorragia y tenesmo rectal ocasional (...), indicándose una colonoscopia, aunque el tacto rectal fue normal. El hallazgo por endoscopia fue de hemorroides, coincidiendo con el diagnóstico clínico, sin haber tumoración en la mucosa del colon y recto./ Es en mayo de 2013, con motivo de exacerbación de la sintomatología (tenesmo y rectorragias) (...), cuando se diagnostica -en ese momento, y no antes- por el tacto rectal y por la colonoscopia de adenocarcinoma de recto".

Subraya que "la indicación de no intervenir al paciente no fue por un avanzado estado del tumor, fue por la inoperabilidad del paciente debido a la cirrosis hepática en estado avanzado (...). Si no hubiese sido por esta comorbilidad al paciente se le hubiera tratado con radio-quimioterapia previa a la cirugía por tener adenopatías locorregionales (TAC y RMN). No obstante (...), se le pautó la única medida terapéutica que podría haber tolerado

-radioterapia-, aunque no fue así, ya que tuvo una descompensación de su cirrosis que obligó a suspender de una manera definitiva el tratamiento./ Por el mismo motivo de inoperabilidad no se intervino de la neoplasia maligna renal”.

Considera que “se trató correctamente” al paciente, “realizándose las pruebas oportunas en cada momento, por lo que no hubo atraso diagnóstico y debido a su estado general no fue intervenido por inoperabilidad, no habiéndose privado de alternativas terapéuticas”.

12. Consta incorporado al expediente el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 6 de abril de 2015, también a instancia de la entidad aseguradora. En él se afirma que “la actuación del equipo médico (...) fue conforme a la *lex artis*”, y que no existe “nexo de causalidad entre la actuación del servicio de salud y el fallecimiento del paciente, que trae causa en la agresividad del cáncer sufrido (...) y el muy deteriorado estado de salud del mismo (...), especialmente en lo relativo a su cirrosis”, por lo que considera que “procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada”.

13. Mediante escrito notificado a la representante de las reclamantes el 25 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Asimismo, le señala que “deberá especificar (...) la evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

Consta en el expediente que durante el citado plazo la representante de las interesadas toma vista del expediente y obtiene una copia del mismo.

14. El día 13 de mayo de 2015, la representante de las reclamantes presenta un escrito en una oficina de correos en el que señala que en el expediente tramitado “se omite una documentación clave que desvirtúa absolutamente las

consideraciones médicas efectuadas (...): los protocolos y la Guía de actuación del cáncer de recto del Principado de Asturias". Indica que, según la citada guía, "una actuación acorde a la *lex artis* hubiera requerido (...) una exploración completa (...) que incluye el tacto rectal". Sostiene que se incumple esta "exigencia" durante "los episodios anorrectales descritos en la historia clínica de mayo de 2002 y marzo de 2004, y que se repiten de forma recurrente durante los años posteriores", cuando el paciente "es tratado de forma sintomática y sin realizar ninguna exploración endoscópica (...) ni tacto rectal por supuestas hemorroides". Manifiesta que la mencionada guía "recomienda efectuar a los pacientes mayores (de) 50 años, aun sin factores de riesgo adicionales, un protocolo de diagnóstico temprano (...). En el presente caso, el paciente en 2002 ya contaba con 52 años de edad, por lo que se le debía haber aplicado el indicado protocolo; máxime cuando ya presentaba 'sangre roja con las deposiciones' (...) que se prolongó durante los años sucesivos de forma intermitente (...), por lo que se debía haber cuestionado el erróneo diagnóstico de hemorroides. Este síntoma aconsejaba, por sí mismo, como indican los protocolos, la realización de alguna prueba endoscópica". Destaca que "este tipo de tumores malignos" son "de crecimiento lento", por lo que pudo tardar "en hacerse un cáncer invasivo" unos "7-10 años".

Refiere que "en el año 2011, en vista de que la patología rectal no solo no mejoró, sino que se intensifican los síntomas al aparecer una 'fisura anal' con supuración purulenta, pese a encontrarse bajo tratamiento médico, no aplicaron tampoco protocolo diagnóstico a través de, al menos, una exploración endoscópica que hubiera permitido (determinar) la causa real de sus síntomas: el adenocarcinoma de recto". A tal efecto acompaña el "preinforme pericial" elaborado por un especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna, "cuyo informe definitivo será aportado en el periodo procedimental oportuno". En él se señala que "existen datos en el historial clínico que permiten argumentar una actitud negligente de los médicos especialistas en Digestivo que mantuvieron al paciente en control durante unos 10 años y que en el año 2011, en vista de las

molestias anorrectales persistentes que no mejoraban con tratamiento médico, no aplicaron protocolo diagnóstico a través de una exploración endoscópica que establecería la causa de sus síntomas”. Añade que solo en la consulta realizada el 12 de diciembre de 2012 se decide practicar una colonoscopia, lo que el informe técnico de evaluación justifica indicando que es ese el momento en que aparece “tenesmo rectal ocasional (presente en los tumores rectales)”, cuando este síntoma “puede presentarse (o no) en el cáncer de recto, es decir, no es un síntoma que deba darse de forma acumulativa para sospechar de desarrollo oncológico”. Por el contrario, entiende que “las rectorragias por sí mismas son sugestivas de desarrollo oncológico, máxime en un paciente de riesgo como es el caso que nos ocupa”. Resalta que en la “propia colonoscopia de enero de 2013 (...) se indica que el indicador por el que se efectúa la mentada colonoscopia es `rectorragia`, y en ningún momento menciona el tenesmo rectal”. Afirma que “cuando se exacerba aún más la patología en diciembre de 2010-enero de 2011” y surge “una supuesta `fisura anal`” los facultativos “se rinden a la desidia y (no) pautan prueba alguna de las (...) de diagnóstico existentes para este tipo de tumores”. Según el “preinforme pericial” aportado, “un tacto rectal en el año 2011 habría palpado la tumoración, ya que esta se encontraba situada a menos de 6 cm del margen anal, accesible por tanto al tacto rectal `a punta de dedo`”. Por ello, entiende que “resulta evidente que el tacto rectal o no fue realizado de forma adecuada por la facultativa que lo efectuó, o no poseía los conocimientos necesarios para saber diferenciar una patología benigna (hemorroides y fisura) con la que realmente presentaba el paciente, que era un adenocarcinoma”.

Añade que “en la colonoscopia efectuada en fecha 4 de enero de 2013 no se advierte la presencia de desarrollo oncológico (lo cual no quiere decir que no existiera) (...), sino que se debió a un nuevo infradiagnóstico por parte del explorador del Servicio de Digestivo, tratándose de un error difícil de justificar, ya que como afirma (el preinforme pericial) `fue incapaz de visualizar una lesión tumoral del recto que se situaba a escasa distancia del margen anal`”.

Resalta que en la consulta del Servicio de Cirugía de 21 de mayo de 2013 “un simple tacto rectal” puso de manifiesto la tumoración, pese a que el facultativo que lo realiza “no es especialista en Aparato Digestivo”, y estima que “todo lo expuesto demuestra que en la colonoscopia efectuada en enero de 2013 por el Servicio de Digestivo se incurrió en un evidente error de diagnóstico”.

Entiende que “es rotundamente falsa” la afirmación sostenida tanto en el informe técnico de evaluación como en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de que “no se privó al paciente de la opción quirúrgica porque el tumor fuera irreseccable en el momento del diagnóstico, sino porque (...) el paciente era inoperable debido a que padecía una cirrosis avanzada”. Motiva su posición en que “el paciente no padecía un grado avanzado de cirrosis” y en que “una cosa es que se le aconseje a cualquier paciente cirrótico no abusar de procedimientos quirúrgicos para tratar dolencias banales y otra cosa muy distinta es que no se le someta a tratamiento quirúrgico curativo de un cáncer”. Señala que existe “un hecho totalmente contundente (que) corrobora que el paciente no fue descartado de la posibilidad de tratamiento quirúrgico curativo por la cirrosis, sino por el avanzado desarrollo del cáncer rectal (...): fue incluido en la lista de espera quirúrgica para extirpar un tumor renal. Evidentemente, si hubiera sido contraindicado (...) no se habría incluido en la lista de espera”. Matiza que “esta intervención quirúrgica para extirpar el tumor renal no se suspende (...) por la cirrosis, sino porque el Servicio de Digestivo le comunica al Servicio de Urología que el paciente tenía una ‘neoplasia de recto irreseccable’, por lo que ‘en esos momentos no era candidato a intervención quirúrgica’”. Añade que “el tumor renal no tuvo ningún papel protagonista en el fatal desenlace del paciente”, ya que “no existe confirmación anatomopatológica del supuesto cáncer renal”, y especifica que este “se encontraba a lo sumo en estadio T1, por lo que podría haber sido extirpado”.

Considera que “la responsabilidad ha de ser proporcional a la privación (...) terapéutica”, por lo que, ya que “la Fundación Española del Aparato

Digestivo” afirma que “el cáncer de colon se cura en más del 90% de los casos si se detecta precozmente”, solicita como indemnización el 90% de las cuantías indemnizatorias establecidas en el baremo aprobado por la “Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal”. A tal efecto, cifra el importe de la indemnización que se solicita en ciento veintinueve mil cuatrocientos catorce euros con sesenta y un céntimos (129.414,61 €), de los cuales 103.531,69 € corresponderían a la viuda, 17.255,29 € a la hija menor de 25 años y 8.627,63 € a la hija mayor de 25 años.

15. Mediante oficio de 19 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros las alegaciones presentadas.

16. Con fecha 27 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Tras relatar los antecedentes del caso y reseñar la documentación obrante en el expediente, indica que, “evacuado el preceptivo trámite de audiencia (...), se recibe escrito de alegaciones (...) en el que se señala que no se han incorporado al expediente `los protocolos y la Guía de actuación del cáncer de recto del Principado de Asturias´. Basándose en el contenido de esta guía, reprochan que durante años no se realizara un tacto rectal, detección de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, por lo que ha existido un `incumplimiento del protocolo de detección del cáncer de recto que privó al paciente de la posibilidad de detección precoz del desarrollo oncológico (...)´. Cita el informe de un especialista en Medicina Interna que adjuntan para afirmar que no se actuó correctamente en el año 2011, `en vista de las molestias anorrectales (...) persistentes que no mejoraban con el tratamiento

médico no aplicaron el protocolo diagnóstico a través de una exploración endoscópica que establecería la causa de sus síntomas'. Señala también que 'en la colonoscopia efectuada en enero de 2013 por el Servicio de Digestivo se incurrió en un evidente error diagnóstico' y que por todas estas circunstancias 'se privó al paciente de la posibilidad de beneficiarse de un tratamiento quirúrgico con intención curativa'".

Manifiesta que "en el presente caso el paciente llevaba 10 años diagnosticado de hemorroides sin que se evidenciase ninguna otra patología anorrectal distinta. La rectorragia (común a hemorroides y al cáncer de recto) es de sangre roja, por lo que no es necesario la detección de sangre oculta en heces, ya que en estos casos el sangrado es evidente. Si bien es cierto que en la 'Guía de actuación en el cáncer de recto en el Principado de Asturias' se recomienda la determinación de sangre oculta en heces cada 1 ó 2 años, rectosigmoidoscopia cada 5 años y colonoscopia cada 10 años a los mayores de 50 años, esta recomendación se hace para el caso de una posible implantación en Asturias de un programa de cribado o de *screening* del cáncer colo-rectal (...) que aún no está implantado (solamente en unas pocas zonas de salud como pilotaje)./ Cuando en la consulta realizada el 13-12-2013 (...) el paciente (refiere) rectorragia de sangre fresca y tenesmo (síntoma que se asocia en ocasiones al cáncer de recto) se realiza colonoscopia (prueba indicada para el diagnóstico de cáncer de recto), que solo muestra hemorroides, varices rectales y mucosa normal hasta el ciego, no confirmándose la presencia del tumor rectal hasta la colonoscopia realizada el 22-5-2013. El paciente tenía un enorme riesgo quirúrgico debido a la cirrosis que padecía con descompensación hídrica (...), por lo que se indicó tratamiento alternativo (radioterapia que hubo que suspender debido a las complicaciones de la cirrosis)".

Concluye que se "realizaron las pruebas adecuadas a la sintomatología que en cada momento el paciente presentaba. Tampoco se le ha privado al paciente de ningún tipo de alternativa terapéutica, sino que fue su grave

situación clínica la que hizo desechar un tratamiento quirúrgico y realizar otras opciones terapéuticas”.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de junio de 2015, 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa e hijas del perjudicado- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 19 de septiembre de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 21 de febrero del mismo año, por lo que 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 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 solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que consideran debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el fallecimiento de aquel, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la

atención recibida, o la falta de curación, 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 favorables en relación con la salud del paciente.

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.

Al respecto, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios técnicos aportados por los informes obrantes en el expediente, uno de ellos traído por las reclamantes y los otros por la Administración y su compañía aseguradora, y confrontados los criterios periciales -en atención a su contenido y consistencia, y no por razón de su origen- este Consejo debe formar su opinión. No obstante, hemos de señalar que la representante de las interesadas califica el informe presentado durante el trámite de audiencia de "preinforme pericial", precisando que el "informe definitivo será aportado en el periodo procedimental oportuno". El propio informe reseña que se trata de un "estudio de viabilidad ante una demanda por responsabilidad sanitaria". El artículo 6 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que la reclamación "irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen

oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”. Sin embargo, las perjudicadas deciden no aportar a la Administración toda la información de que disponen postergando su manifestación a una fase posterior, previsiblemente judicial. No es la primera vez que el Consejo Consultivo asiste al despliegue de este tipo de estrategia defensiva de la pretensión de la parte, que por frecuente -y legítima- que sea no deja de poner de manifiesto una concepción del procedimiento administrativo que encauza la reclamación como un mero trámite que superar para acceder a la apertura de la vía contencioso-administrativa. Ahora bien, esta práctica provoca que el órgano competente deba resolver sin llegar a conocer la totalidad de los datos técnicos existentes, lo que, inevitablemente, priva de eficacia a la actuación de la Administración pública y perjudica -en contra de lo que parecen entender- a las interesadas, pues desaprovechan el ahorro de costes que puede ofrecerles la vía administrativa con respecto a la apertura de la vía jurisdiccional para satisfacer sus pretensiones.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el perjudicado es diagnosticado de hemorroides el 14 de mayo de 2002 por su médico de Atención Primaria, “motivo por el cual había tenido varias consultas con el Servicio de Cirugía General del Hospital ‘X’ (...), sin llegar a ser intervenido”. El 11 de junio de 2004, ante su “adicción crónica al alcohol”, una facultativa del Centro de Salud lo deriva “a Urgencias” del Hospital “X”, donde se solicita una consulta a “Digestivo para descartar” cirrosis hepática. El Servicio de Digestivo de este hospital confirma ese mismo año una “cirrosis hepática posetílica”, y desde ese momento el paciente “acude a revisión semestral”. En la revisión del 15 de febrero de 2011 refiere que “desde hace dos meses presenta supuración por zona perianal intermitente”, y en la exploración se observa un “orificio fistuloso en rafe medio posterior que se canaliza y tiene trayecto directo hacia la comisura posterior”. Se decide “ver evolución y valorar intervención, dado el problema de su cirrosis”. El 3 de mayo del mismo año visita de nuevo al especialista que, tras explorarlo, no

recomienda la cirugía debido "al alto riesgo y la poca clínica". El 12 de diciembre de 2012 acude a una nueva revisión donde refiere la existencia de "rectorragias de sangre fresca con la deposición. Tenesmo rectal ocasional. Ha perdido peso sin anorexia ni astenia". El facultativo interviniente anota que el tacto rectal es "imposible de realizar por dolor. Pequeña fisura y hemorroides", y solicita una colonoscopia. Esta se realiza el 4 de enero de 2013 y permite visualizar "varices rectales sin sangrado. Mucosa normal y dibujo vascular bien conservado hasta ciego, algún divertículo aislado y heces a lo largo del colon sin patología grosera, retroversión hemorroides". El 25 de abril de 2013 la consulta del Servicio de Digestivo recibe el resultado de una ecografía abdominal practicada al paciente en la que se produce un "hallazgo casual de nódulo renal, por lo que se remitió a Urología, que realiza TAC abdominal confirmándose posible hipernefroma, por lo que se le pone en lista de espera para cirugía en junio 2013". El día 21 de mayo del mismo año acude al Servicio de Cirugía General por "tenesmo rectal y rectorragias", y en el tacto rectal se aprecia una "tumoración ulcero vegetante en cara anterior sobre zona de próstata, dura y fija a planos profundos". Al día siguiente se le practica una colonoscopia con toma de biopsias y posteriormente se le realiza un TAC y una RMN. Todas las pruebas efectuadas confirman el diagnóstico de cáncer de recto. En la consulta del 18 de junio de 2013 se desecha la opción quirúrgica por los riesgos que conlleva, y se solicita tratamiento radioterápico y quimioterápico "si lo tolera". La quimioterapia adyuvante se desestimó por "la pancitopenia". El paciente se sometió a radioterapia pero no la toleró. Fue atendido por el Servicio de Urgencias del Hospital "X" los días 10 y 21 de septiembre de 2013, y finalmente la "descompensación hídrica de su cirrosis (...) obligó a suspender de una manera definitiva el tratamiento". El perjudicado recibe el alta el 1 de octubre de 2013 y es remitido a su médico de Atención Primaria para tratamiento paliativo. Fallece el 21 de febrero de 2014 "por neoplasia de recto con extensión a metástasis y patologías secundarias".

Las reclamantes afirman que el perjudicado padecía “un cáncer de crecimiento muy lento que había venido evolucionando desde hace 10 años” y que “la impericia en la interpretación de los signos clínicos del paciente tras los primeros síntomas de desarrollo oncológico en 2002 se tradujeron (...) en un retraso diagnóstico que condicionó la indicación terapéutica”. Entienden que, conforme a la Guía de actuación del cáncer de recto del Principado de Asturias, “una actuación acorde a la *lex artis* hubiera requerido (...) una exploración completa (...) que incluye el tacto rectal”, que no se realizó durante “los episodios anorrectales descritos en la historia clínica de mayo de 2002 y marzo de 2004, y que se repiten de forma recurrente durante los años posteriores”. Sin embargo, el propio “preinforme pericial” aportado por ellas se aparta de estas pretensiones, al concretar a partir del año 2011 los posibles errores diagnósticos cometidos. El citado informe indica que “existen datos en el historial clínico que permiten argumentar una actitud negligente de los médicos especialistas en Digestivo (...) que en el año 2011, en vista de las molestias anorrectales persistentes que no mejoraban con tratamiento médico, no aplicaron protocolo diagnóstico a través de una exploración endoscópica que establecería la causa de sus síntomas”. Añade que “un tacto rectal en el año 2011 habría palpado la tumoración, ya que esta se encontraba situada a menos de 6 cm del margen anal, accesible por tanto al tacto rectal `a punta de dedo´”.

El informe técnico de evaluación sostiene que estas afirmaciones “carecen de todo sustento, ya que (el perjudicado) tenía revisiones periódicas en el Servicio de Digestivo” del Hospital “X” “desde el año 2004 (...). Durante todo ese periodo también se le hicieron varios tactos rectales debido a la sintomatología que le producía el síndrome hemorroidal (...) sin detectarse ningún tipo de proceso neoplásico”. En el mismo sentido, el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora indica que “el diagnóstico de hemorroides en el año 2002 no tiene nada que ver con el proceso neoplásico que tuvo 11 años después. La evolución natural de un tumor de recto no

tratado no tiene una supervivencia de 11 años (...). Por otra parte, el diagnóstico de hemorroides (...) se hace explorando al paciente, incluyendo siempre (...) un tacto rectal; tacto que a la altura del recto (en) que apareció el tumor el diagnóstico se hace (...) a punta de dedo. Una vez diagnosticado de cirrosis hepática en el año 2004 las revisiones por el Servicio de (...) Digestivo fueron periódicas, y por los mismos motivos no pasaría desapercibido un tumor de recto, ya que se le hicieron tactos rectales en varias ocasiones con motivo del estudio hemorroidal más frecuente en el paciente cirrótico". La propia historia clínica del paciente obrante en el expediente deja constancia de dos consultas en el Servicio de Digestivo del Hospital "X" en el año 2011 -el 15 de febrero y el 3 de mayo- en las que figura que se le realiza exploración -en contra de lo que indica el informe pericial de parte-, detectándose únicamente un "orificio fistuloso" que "se canaliza".

Las interesadas también manifiestan que la citada guía "recomienda efectuar a los pacientes mayores (de) 50 años, aun sin factores de riesgo adicionales, un protocolo de diagnóstico temprano (...). En el presente caso, el paciente en 2002 ya contaba con 52 años de edad, por lo que se le debía haber aplicado el indicado protocolo". No obstante, la propuesta de resolución matiza que "esta recomendación se hace para el caso de una posible implantación en Asturias de un programa de cribado o de *screening* del cáncer colo-rectal (...) que aún no está implantado (solamente en unas pocas zonas de salud como pilotaje)".

Por otra parte, la representante de las reclamantes manifiesta en su escrito de alegaciones que "en la colonoscopia efectuada en fecha 4 de enero de 2013 no se advierte la presencia de desarrollo oncológico (lo cual no quiere decir que no existiera) (...), sino que se debió a un nuevo infradiagnóstico por parte del explorador del Servicio de Digestivo, tratándose de un error difícil de justificar, ya que como afirma (el preinforme pericial) `fue incapaz de visualizar una lesión tumoral del recto que se situaba a escasa distancia del margen anal´". Desconoce este Consejo cuáles son las razones que llevan al perito de

parte a afirmar la incorrección del resultado de la colonoscopia practicada. En cualquier caso, como indica el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, “el hallazgo por endoscopia fue de hemorroides, coincidiendo con el diagnóstico clínico”, por lo que no existen razones para pensar en la existencia de un error de interpretación.

Por último, las interesadas manifiestan que “el paciente no padecía un grado avanzado de cirrosis”, y que “una cosa es que se le aconseje a cualquier paciente cirrótico no abusar de procedimientos quirúrgicos para tratar dolencias banales y otra cosa muy distinta es que no se le someta a tratamiento quirúrgico curativo de un cáncer”. Consideran que existe “un hecho totalmente contundente (que) corrobora que el paciente no fue descartado de la posibilidad de tratamiento quirúrgico curativo por la cirrosis, sino por el avanzado desarrollo del cáncer rectal (...): fue incluido en la lista de espera quirúrgica para extirpar un tumor renal”. No obstante, el informe técnico de evaluación señala que “la decisión de no intervenirle quirúrgicamente no viene derivada del avanzado estadio del tumor, sino de la situación clínica general que el paciente presentaba (cirrosis hepática en estadio avanzado)”. Del mismo modo, el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora sostiene que “la indicación de no intervenir al paciente no fue por un avanzado estado del tumor, fue por la inoperabilidad del paciente debido a la cirrosis hepática en estado avanzado”. En la historia clínica del perjudicado se recogen los datos relativos a la consulta realizada el 18 de junio de 2013, anotando el facultativo interviniente expresamente que, “dados los riesgos quirúrgicos, solicito (tratamiento) radioterápico completo y/o quimioterápico asociado, si lo tolera”.

Descartada la práctica de una intervención quirúrgica, al paciente se le aplicaron los únicos tratamientos posibles en su caso. No obstante, el uso de quimioterapia como adyuvante se descartó por “la pancitopenia” y el tratamiento radioterápico “tuvo que suspenderse por un episodio de descompensación hídrica de su cirrosis”, por lo que finalmente se produce el

fatal desenlace, sin que resulte acreditado que el servicio público de salud hubiera podido realizar ninguna otra actuación para impedirlo.

En definitiva, no cabe apreciar relación entre el fallecimiento del paciente y la asistencia que se le dispensó, que fue correcta.

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

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.