

Expediente Núm. 122/2015
Dictamen Núm. 141/2015

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 ordinaria por procedimiento escrito del día 30 de julio de 2015, por unanimidad de todos sus miembros, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de junio de 2015 -registrada de entrada el día 13 del mes siguiente-, 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 4 de septiembre de 2014, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de lo que consideran una deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario a su esposo y padre, respectivamente, y a la que atribuyen su fallecimiento.

Refieren que el perjudicado acudió a los servicios médicos del Servicio de Salud del Principado de Asturias "el 1-6-2013 como consecuencia de un déficit neurológico", que "el día 1-7-2013 se le realizaron análisis de sangre que reflejaban valores anormales que no fueron objeto de estudio" y que el 29 de agosto de 2013 se le diagnosticó una "neoplasia maligna de páncreas", falleciendo el "5-9-2013 (...) como consecuencia de la enfermedad".

Manifiestan que esta "no fue correctamente diagnosticada hasta 7 días antes de su fallecimiento", por lo que el paciente "se vio privado de la posibilidad de recibir algún tipo de tratamiento médico".

Consideran que "la praxis médica seguida fue incorrecta por la concurrencia de un acto imprudente o negligente conforme al nivel de diligencia exigido a un buen profesional de la medicina:/ Por errores en la interpretación de la bioquímica y demás analíticas realizadas (...) en fecha 1-7-2014" (*sic*, en realidad 2013).

Solicitan una indemnización cuyo importe determinan "a efectos cautelares" en la cantidad de doscientos setenta mil euros (270.000 €), de los cuales 90.000 € corresponderían a la viuda y 90.000 € a cada una de las hijas.

Adjuntan, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) Acta notarial de declaración de herederos por notoriedad que contiene, protocolizados, el certificado de defunción del perjudicado, el certificado de últimas voluntades y las hojas del Libro de Familia acreditativas del parentesco de las reclamantes con el fallecido. b) Acta de finalización de declaración de herederos por notoriedad.

2. Mediante escrito de 10 de septiembre de 2014, el Jefe de la Sección de Asuntos Generales y Régimen Interior de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Consejería de Sanidad. En el citado escrito consta un registro de salida de la Administración del Principado de Asturias de fecha 15 de septiembre de 2014 y un registro de entrada en la misma Administración del día 18 del mismo mes.

3. El día 7 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -18 de septiembre de 2014-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 10 de octubre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado en la que se incluya "analítica, radiografías, TAC, RN, ecografías o cualquier otro estudio complementario realizado al paciente", así como la emisión de un informe "de los Servicios de Atención Especializada que hayan intervenido (...) y del Centro de Salud".

5. Mediante oficio de 4 de noviembre de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación al seguro y de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital

6. El día 17 del mismo mes, el referido Jefe de Sección le envía el informe emitido el 13 de noviembre de 2014 por el Servicio de Neurología del Hospital

En él se señala que el "paciente fue atendido por el Servicio de Neurología en la guardia del día 1 de junio de (...) 2013 por ictus isquémico (...). Se activó código ictus y se practicó tratamiento fibrinolítico. Se llevó a cabo estudio completo de ictus, que fue negativo (...), siendo dado de alta con tratamiento rehabilitador. A destacar que el paciente era hipertenso, presentaba hipercolesterolemia, fumador y bebedor muy importante, todos ellos factores que (...) predisponen fuertemente al desarrollo de ictus

isquémico. El siguiente contacto con el paciente fue en la madrugada de la guardia de Neurología del día 28 de agosto, cuando acude a Urgencias por nuevo cuadro (...) ictal, en esta ocasión consistente en una pequeña hemorragia en la convexidad del cerebro. A la anamnesis refería un deterioro del estado general, con pérdida de peso y cansancio las últimas semanas con molestias abdominales. A la exploración se detectó hepatomegalia, por lo que se solicitaron estudios analíticos y una TAC de abdomen que pusieron de manifiesto la existencia de una neoplasia de páncreas con múltiples metástasis en hígado. Se consultó con el Servicio de Oncología, quien ante la extensión de la neoplasia desestimó cualquier tipo de tratamiento etiológico, recomendándose tratamiento paliativo”.

Añade que “desde el punto de vista neurológico (...) es importante recalcar que el primer episodio del paciente el 1 de junio fue estudiado a fondo (...). En concreto, hemos revisado a posteriori los estudios analíticos, que eran normales (por ejemplo, con una velocidad de sedimentación de 23, dentro de los límites normales), y que se trataba de un paciente con multitud de factores de riesgo vascular y que por tanto justificaban plenamente aquel ictus isquémico. No había evidencia, ni en su historia clínica ni en los estudios complementarios, que pudieran sugerir que el origen de su cuadro neurológico fuera una neoplasia oculta. En cuanto al segundo episodio, es cierto que este tipo de evento (la hemorragia en la convexidad), distinto del primero, sí obligaba a descartar una neoplasia y es lo que se hizo, y en apenas 48 horas”.

7. Mediante oficio de 21 de noviembre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias reitera a la Gerencia del Área Sanitaria IV la historia clínica del paciente obrante en el Centro de Salud, así como la emisión de informes por el referido centro de salud y por los Servicios de Urgencias y de Oncología del Hospital

8. Con fecha 25 de noviembre de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de

Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe suscrito el día 21 del mismo mes por el Servicio de Urgencias del Hospital

En él se indica que "el paciente fue atendido en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias en dos ocasiones (...). El día 26-07-2013 acudió por un 'episodio de desorientación en su domicilio' que (...) la familia (...) refería como 'paciente que tarda en despertar ante la insistencia de su hija al picar a la puerta. La familia piensa que pudo estar inconsciente sin llegar a verificarlo'. A su ingreso (...) refería 'estar bien'. En la exploración física realizada y dirigida a la sintomatología referida no se objetivaron alteraciones significativas. Se le realizaron pruebas complementarias básicas (analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax) que, aunque no resultaron rigurosamente normales, no justificaban la sintomatología por la que acudieron al Servicio de Urgencias. El paciente fue dado de alta 'sin evidenciar patología orgánica urgente'./ El día 20-08-2013 acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de sintomatología neurológica que, tras la realización de pruebas complementarias urgentes, precipitó su ingreso a cargo del Servicio de Neurología. En los estudios realizados durante su ingreso se diagnosticó de una neoplasia de páncreas estadio IV que finalmente le produjo el fallecimiento".

9. Mediante escrito de 3 de diciembre de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Servicio de Oncología Médica del Hospital

En él, fechado el día 2 del mismo mes, consta que el paciente "fue valorado en fecha 28-08-2013 (...), estando ingresado, por un cuadro neurológico y diagnóstico radiológico de cáncer de páncreas con afectación hepática. En ese momento se descartó quimioterapia como opción terapéutica dado el estado precario del paciente, se acordó continuar exclusivamente con tratamiento sintomático. Siendo comentado en ese momento con la familia del paciente".

10. Con fecha 9 de diciembre de 2014, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la historia clínica del paciente obrante en el Centro de Salud y el informe suscrito el día 5 del mismo mes por el médico de Atención Primaria.

Se consigna en este último que el perjudicado "es visto en Urgencias de este centro por el médico de guardia por un problema agudo neurológico con afasia, por lo que es enviado" al Hospital Precisa que "en el informe emitido por el hospital en ese ingreso figura como diagnóstico ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda de etiología criptogénica, y como diagnósticos secundarios HTA e hipercolesterolemia. Se le pautó una medicación (...) y se recomienda realizar análisis de control a las 4-6 semanas. En el informe no figura que tuviera por entonces alteraciones de pruebas analíticas hepáticas o pancreáticas, por lo que consideramos que se trata de un seguimiento rutinario de control de un paciente que toma una medicación antiagregante y otras más. Se le indica revisión para septiembre de ese año./ A la vista del informe le dimos la baja laboral por ACV (accidente cerebrovascular) con fecha de 1-6-2013, que tuvo hasta su fallecimiento el 5-9-2013./ El 18-7-2013 le veo en consulta y (...) parece recuperado de su problema neurológico, no teniendo afasia, ni alteraciones del habla, ideación, visión o manipulación fina./ Personalmente, le doy el volante para realizar los análisis el 25-6-2013 y mando hacer un control de glucemia y tensión a la ATS porque en el ingreso había tenido la glucemia elevada (...), permaneciendo en ese momento en cifras de glucemia *borderline* o discretamente elevadas (...). Dichos análisis yo no los veo porque (...) estuve de vacaciones. Son vistos por otro colega (...) que recoge en la historia `analítica hepática alterada en probable relación con alcohol, realizó eco estando ingresado. Plan: mantener abstinencia y repetir en dos meses´./ Observamos que en efecto los análisis presentan marcada elevación de enzimas hepáticas, la bilirrubina está normal, ferritina un poco elevada, LDH algo elevada y CK normal. El sustituto hizo

mención a un posible etilismo que, aunque no figura recogido en la anamnesis del paciente, parece que podía ser un hecho conocido, aunque no confirmado./ El 26-7-2013 le ve de nuevo la médica de guardia porque la familia lo encuentra mareado a los cambios de posición, confuso y nervioso, y lo deriva" al Hospital "de nuevo./ El 6-8-2013 le ven de nuevo en Urgencias" del referido hospital "por estar más nervioso de lo habitual y porque tarda en despertar (...), en los estudios encuentran una pérdida de volumen en apex. izdo. con lesiones de aspecto crónico (el paciente había tenido tuberculosis hacía más de diez años) y determinaron que la patología que presentaba no era urgente ni de ingreso. Asimismo, a esa fecha nosotros le añadimos algo de ansiolíticos (...). El 13-8-2013 refiere dispepsia, malestar epigástrico y eructos (no había tomado el protector gástrico), no encontramos nada significativo a (la) palpación abdominal, auscultación y tensión son normales, por lo que se insiste en la medicación gastroprotectora y se añade Flatoril (...), además se le da un volante para que sea visto por Digestivo./ No llega a ser consultado porque es ingresado el 20-8-2013 por parestesias en MMII y debilidad". Tras "los muchos estudios realizados" el cuadro "se etiqueta de `neoplasia metastásica y múltiples isquemias crónicas y agudas en territorios arteriales y venosos que sugieren un síndrome de Trousseau neoplásico', recogándose en el informe de alta de 29-8-2013, en el resumen de diagnóstico principal, ictus isquémico multifocal secundario a hipercoagulabilidad neoplásica. Transformación hemorrágica del ictus frontal derecho. Isquemias crónicas esplénicas. Isquemias agudas y crónicas renales. Síndrome de Trousseau. Ca. páncreas estadio IV. Los previos'./ Es desestimada la cirugía y valorado por Oncología Médica, ante el fracaso hepático se desestima también tratamiento quimioterápico paliativo, por lo que se instaura tratamiento sintomático con un buen control del dolor y se contacta con la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliaria, siendo el paciente alta".

Añade que "a partir de ahí, 30-8-2013, pasa (...) a estar en control domiciliario bajo Cuidados Paliativos y nuestra supervisión (mía y de mi

enfermera)”. Relata las intervenciones sanitarias llevadas a cabo en el domicilio del paciente los días 2 y 3 de septiembre y reseña que el día 4 Cuidados Paliativos “no puede contactar con la familia, que no contesta al teléfono”, precisando que el 5 de septiembre “nos llama la familia” y “a nuestra llegada a domicilio observamos al paciente en estado *premortem*”. Señala que, a pesar de la actuación médica realizada, se produce el fallecimiento.

11. El día 14 de enero de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la detección de un cáncer de páncreas “conlleva mal pronóstico”, y precisa que “para la fecha del diagnóstico, 85 a 90% de los enfermos tienen una enfermedad inoperable o con metástasis, lo cual se refleja en el índice de supervivencia quinquenal de 5% solamente para todas las etapas en combinación. Si se identifica la neoplasia en etapa incipiente y si se practica ablación quirúrgica completa mejora la supervivencia quinquenal incluso a 20%”.

Explica que “nos encontramos con un paciente de 65 años con antecedentes de fumador y bebedor importante que, según el historial disponible, acudió por primera vez a su centro de salud el 1-6-2013 por un cuadro neurológico por el que fue derivado” al Hospital, “donde fue correctamente diagnosticado y tratado de ictus isquémico de arteria cerebral media. Tras el alta hospitalaria realiza analítica en su centro de salud el 01/07 en la que se detectan alteraciones de las pruebas de función hepática, siendo valorado el 26/07 en el Servicio de Urgencias” del hospital, “realizando analítica que no es rigurosamente normal. Desde su centro de salud se solicita interconsulta a Digestivo el 13/08 por referir dispepsia y malestar gástrico y el 20/08 ingresa en el Servicio de Neurología (...) por parestesias en MMII y debilidad (...); tras realizar estudios complementarios es diagnosticado de ‘hemorragia de la convexidad’, cuadro distinto al primer episodio por el que ingresó en el Servicio, que, según informe de Neurología, ‘sí obliga a

descartar una neoplasia' (...). Es diagnosticado de cáncer de páncreas estadio IV optando, tras consultar con Oncología Médica, por tratamiento paliativo que se realiza en el domicilio del paciente, donde fallece el 5-09-2013”.

Considera “posible que el proceso oncológico ya estuviese presente el 01/07 cuando la analítica presentó alteración de las pruebas de función hepática; no obstante, aunque hubiese sido detectado en ese momento la evolución del cuadro no hubiese variado, dado el mal pronóstico que tiene el cáncer de páncreas”. En consecuencia, entiende que “procede desestimar la reclamación”.

12. Mediante escritos de 22 de enero 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.

13. Con fecha 6 de abril de 2015, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Medicina Interna. En él manifiesta que “el paciente ingresó en junio de 2013 por un infarto cerebral, en los análisis presentaba una leve elevación de GGT, con transaminasas y fosfatasa alcalina, así como bilirrubina, normales. La coagulación y las plaquetas eran también normales (por lo que no hay indicios con estos análisis de una insuficiencia hepática) (...). En este paciente solo estaba elevada la GGT en el análisis inicial, lo que hacía compatible esta alteración con su enolismo activo./ Tras el alta del citado ingreso acudió a su médico de cabecera, quien le recomendó repetir los análisis como control y no porque el enfermo hubiera referido alguna sintomatología abdominal (al menos no está reflejada en la historia clínica) (...). Realizó estos análisis en julio y en ellos destacaba una leve anemia y un aumento de la GGT y, como novedad, elevación de transaminasas (...), de la fosfatasa alcalina (...) y LDH (que eran normales en el análisis de hacía menos de un mes)”.

Explica que en el caso de valores anormales de las transaminasas “el primer paso es confirmar la persistencia pasadas 6-8 semanas (...), ya que muchos episodios de aumento de transaminasas se normalizan en un segundo control./ Si las alteraciones analíticas persisten en el nuevo control (...) es necesario iniciar una investigación sistematizada de las distintas causas hepáticas./ La elevación conjunta de transaminasas y de GGT, bilirrubina y fosfatasa alcalina hace pensar en patología colestásica (...). En este paciente las citadas alteraciones detectadas en julio podían corresponder en primer lugar a una hepatopatía alcohólica, dado el elevado consumo que realizaba crónicamente (...); además en el enolismo las cifras de transaminasas pueden ser oscilantes, lo que habría explicado que estuvieran normales en los de hacía unas semanas. El paciente no refería en ese momento (o al menos no está recogido en la historia clínica que tuviera molestias digestivas hasta finales de julio) dolor abdominal que pudiera corresponder a un cólico biliar, que también podría causar estas alteraciones. A pesar de la elevación de GGT y FA, el paciente tenía una bilirrubina normal, lo que explicaba que no tuviera ictericia ni orinas oscuras, haciendo poco probable una patología obstructiva de la vía biliar”.

Añade que “el día 26-07-2013 acude al Hospital refiriendo que tarda en despertar (...), pero no tenía clínica digestiva, la exploración fue normal y (...) en Urgencias estaba asintomático, por lo que fue dado de alta./ El día 6-08-2013 el médico de Atención Primaria refleja que (...) presentaba molestias digestivas (...) (y) le derivó correctamente al especialista en Gastroenterología./ El día 20-08-2013 ingresó en Neurología tras acudir a Urgencias por síntomas que resultaron compatibles con nuevo ictus. En la anamnesis se recoge dolor abdominal (...). En la TC se objetivó una probable neoplasia de páncreas en cuerpo y cola (al no estar localizada en la cabeza, que es la porción que apoya sobre la vía biliar, se explica que el paciente no se pusiera ictérico y que la bilirrubina fuera normal y este es el motivo por el que estos tumores suelen diagnosticarse tarde, en estadios avanzados) con metástasis diseminadas (entre ellas en el hígado, lo que explicaría las

alteraciones analíticas sobre un hígado probablemente cirrótico). Dada la alteración hepática y la extensión tumoral (...) se desestimó el inicio de quimioterapia paliativa”.

Aclara que el “síndrome de Trousseau” que padecía el paciente “es una enfermedad tromboembólica que se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad ligado a los tumores, principalmente de pulmón y de aparato digestivo (...), que favorece el desarrollo de trombosis venosas y arteriales, incluyendo el ictus. En este paciente había otros riesgos añadidos para pensar en ictus, principalmente su hábito tabáquico y el ser hipertenso. Ante la repetición del ictus, estando correctamente tratado y dado el diagnóstico del cáncer de páncreas, se planteó la posibilidad de estar ante un síndrome de Trousseau que ensombrecía aún más el pronóstico”.

Subraya que “el cáncer de páncreas es una de las neoplasias más agresivas y letales que existen”, y que “en este paciente el debut de la enfermedad fue muy explosivo, pues la analítica en junio era anodina y en julio comienza a mostrar alteraciones hepáticas cuya repetición, según las recomendaciones clínicas, debería realizarse a las 6-8 semanas (...). Sin embargo, el paciente ingresó antes. En agosto se diagnostica ya en estadio IV (que es el más avanzado posible) (...). Aunque se hubiera realizado una eco o una TC a principios de julio al ver los resultados de los análisis y se hubiera diagnosticado entonces el cáncer de páncreas habríamos estado ante una situación muy similar a la de agosto (de metástasis hepáticas, al menos) que igualmente hubiera hecho improbable la instauración de quimioterapia ni siquiera paliativa, y aun en el caso de haber sido subsidiario de la misma el pronóstico seguramente no habría variado./ En el cáncer de páncreas con enfermedad metastásica la (media) de supervivencia es de 3 a 6 meses. En estos pacientes si se opta por un tratamiento con quimioterapia tan solo un 10% alcanza alguna respuesta, y la (media) de supervivencia rara vez supera los 6-7 meses”.

Concluye que “el médico de Atención Primaria actuó correctamente al pedir una analítica en julio ante las alteraciones de la de junio. Ante (...) los

resultados que recibió lo recomendable habría sido repetirla pasadas unas 6-8 semanas, pero el paciente ingresó antes (...). En el caso de que se hubiera decidido ampliar el estudio sin repetir de nuevo la analítica (...) podía haberse indicado una ecografía abdominal que probablemente habría mostrado ya la presencia de metástasis. Esto hubiera supuesto plantear otros estudios complementarios, incluyendo TC y biopsia de la lesión primaria tumoral. Todo ello hubiera precisado muy probablemente de 1-2 semanas para llegar a un diagnóstico, por lo que en cualquier caso este se habría alcanzado igualmente a finales de agosto". Afirma que "el inicio de un tratamiento paliativo unas semanas antes muy probablemente no habría modificado la evolución del paciente" y que "los médicos que atendieron al paciente (...) actuaron correctamente, de acuerdo a la *lex artis*".

14. Consta incorporado al expediente el informe emitido por un gabinete jurídico privado el 7 de abril de 2015, también a instancia de la entidad aseguradora. En él se concluye que "la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis* y al estado actual de la ciencia médica. Solamente se diagnosticó el cáncer de páncreas cuando hubo datos suficientes para ello", por lo que "el daño no es antijurídico". Añade que "no existe nexo causal, dado que el fallecimiento se hubiera producido del mismo modo aunque se hubiera diagnosticado el cáncer de páncreas el día 1 de julio de 2013", por lo que considera que "no corresponde otorgar indemnización" a las reclamantes.

15. Mediante escrito notificado a las interesadas el 23 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

16. El día 28 de mayo de 2015, el citado Coordinador comunica a la correduría de seguros que “ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

17. Con fecha 8 de junio 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 “es posible que el proceso oncológico ya estuviese presente el 01/07 cuando la analítica presentó alteración de las pruebas de función hepática”, y subraya que “aunque hubiese sido detectado en ese momento la evolución del cuadro no hubiese variado, dado el mal pronóstico que tiene el cáncer de páncreas. Los informes incorporados al expediente coinciden en señalar el mal pronóstico de la patología del paciente”.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 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.

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 4 de septiembre de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 5 de septiembre de 2013, 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 incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, hemos de reparar en que el escrito de reclamación que se dirige al Servicio de Salud del Principado de Asturias (ente dotado de personalidad jurídica propia, distinta a la del Principado de Asturias, tal y como recoge el artículo 5 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias) cuenta con un registro de entrada en la Administración del Principado de Asturias; a pesar de ello, este organismo lo traslada a la Administración del Principado de Asturias mediante un oficio de remisión que se registra, a su vez, de salida y de entrada en la misma Administración, lo que resulta contrario a toda lógica. La confusión señalada alcanza nuevas cotas cuando se observa que, aunque la reclamación presentada cuenta con una validación mecánica que acredita como fecha de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 4 de septiembre de 2013, el escrito dirigido a las interesadas en cumplimiento del trámite previsto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC identifica como tal el día 18 del mismo mes -que es la obrante en el oficio por el que el Servicio de Salud remite a dicha Administración la solicitud-.

Hemos manifestado en numerosos dictámenes que cuando una reclamación de responsabilidad patrimonial se presentaba en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias la fecha de presentación interrumpía la prescripción, pero no determinaba el inicio del plazo para resolver, que quedaba diferido al momento de entrada de la misma en la Administración del Principado de Asturias, en su calidad de órgano competente

para la tramitación, según dispone la estructura orgánica vigente (artículo 16 del Decreto 13/2014, de 28 de enero, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Sanidad); disociación orgánica sobre la tramitación de este tipo de procedimientos que el gobierno de nueva configuración habrá de confirmar o modificar, en muy breve plazo, a través de los decretos de estructura orgánica de los que se dote.

Ahora bien, recientemente venimos advirtiéndolo que -al igual que ocurre en este caso- los escritos de reclamación que, suponemos, se han presentado en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias -lo que se deduce de la existencia de un oficio de traslado de los mismos- ya no cuentan con un sello o identificador de registro de entrada en el citado ente público, sino en la propia Administración del Principado de Asturias, lo que determina la imposibilidad de identificar correctamente la fecha de entrada de la solicitud en el registro del órgano competente para su tramitación. Además, introduce un grave factor de distorsión en la concepción del sistema de registro integrado, en el que parece haber desaparecido el registro documental propio del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Por ello, estimamos que la Administración del Principado de Asturias y el Servicio de Salud del Principado de Asturias deberían reconsiderar su sistema registral en esta materia a efectos de evitar las disfunciones apuntadas.

Asimismo, apreciamos 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.

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 el 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, las interesadas no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquellas no ejercitan el derecho que la ley les

confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el perjudicado acude por primera vez a su centro de salud el 1 de junio de 2013 como consecuencia de un déficit neurológico. Es derivado al Hospital y atendido por el Servicio de Neurología, que le diagnostica y trata un ictus isquémico. En la analítica realizada no había indicios de insuficiencia hepática. El día 18 del mismo mes es visto por su médico de Atención Primaria, que constata que se encuentra "recuperado de su problema neurológico" y decide realizarle una nueva analítica. Los análisis, que se practican el 1 de julio de 2013, se reciben en la consulta de su centro de salud el día 9 del mismo mes y son valorados por el médico de Atención Primaria que sustituye al titular durante sus vacaciones, observándose una "analítica hepática alterada en probable relación con alcohol" y decide "mantener abstención y repetir en dos meses". El 26 de julio de 2013 el perjudicado se dirige de nuevo a su centro de salud porque se "encuentra mareado (...), confuso y nervioso". Se remite al Servicio de Urgencias del Hospital y es dado de alta sin evidenciar "patología orgánica urgente". Los días 6 y 13 de agosto de 2013 acude a consulta con su médico de Atención Primaria refiriendo "dispepsia" y "malestar epigástrico", no se encuentra "nada significativo a (la) palpación abdominal", la "auscultación y tensión son normales" y se solicita consulta al Servicio de Digestivo. El 20 de agosto de 2013 se dirige de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital, donde es ingresado a cargo del Servicio de Neurología y se le diagnostica una "hemorragia en la convexidad del cerebro" que puso de manifiesto la existencia de "una neoplasia de páncreas con múltiples metástasis de hígado (...). Ante la extensión de la neoplasia" el Servicio de Oncología desestimó "cualquier tipo de tratamiento oncológico". El paciente es dado de alta el día 29 de agosto de 2013, siendo asistido en su domicilio por su médico de

Atención Primaria y la Unidad de Cuidados Paliativos hasta que se produce su fallecimiento el 5 de septiembre del mismo año.

Las reclamantes pretenden inferir del hecho de que el diagnóstico del cáncer de páncreas que su esposo y padre presentaba se hubiera producido pocos días antes del óbito una mala praxis médica que concretan en la falta de detección precoz de aquella patología por el servicio sanitario. Consideran que se produjo un error “en la interpretación de la bioquímica y demás analíticas realizadas” el 1 de julio de 2013 y que ello supuso que el perjudicado se viera “privado de la posibilidad de recibir algún tipo de tratamiento médico”. Si embargo, tal tesis se encuentra desprovista de la más elemental carga probatoria en orden al establecimiento del imprescindible nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, que, como antes hemos indicado, vendría determinado por la falta de adopción en cada momento de los medios necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los signos clínicos manifestados por el paciente. Esta total indeterminación y carencia absoluta del más básico elemento probatorio se ve agravada desde el momento en que las interesadas han dejado transcurrir el trámite de audiencia y vista del expediente sin formular alegaciones.

El informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora señala que en los análisis realizados el 1 de junio de 2013 el pariente de las interesadas presentaba “una leve elevación de GGT, con transaminasas y fosfatasa alcalina, así como bilirrubina, normales. La coagulación y las plaquetas eran también normales”, por lo que “no hay indicios con estos análisis de una insuficiencia hepática”; además, explica que la elevación de la GGT era compatible con el “enolismo activo” del paciente. Añade que el médico de Atención Primaria “recomendó repetir los análisis como control, y no porque el enfermo hubiera referido alguna sintomatología abdominal (al menos no está reflejada en la historia clínica)”. Relata que en la analítica efectuada el 1 de julio de 2013 se constata “un aumento de la GGT y, como novedad, elevación de transaminasas (...), de la fosfatasa alcalina (...) y LDH

(que eran normales en el análisis de hacía menos de un mes)". Manifiesta que en el caso de valores anormales de las transaminasas "el primer paso es confirmar la persistencia pasadas 6-8 semanas (...), ya que muchos episodios de aumento de transaminasas se normalizan en un segundo control".

Afirma que, dado el "elevado consumo (de alcohol) que realizaba crónicamente", en este paciente "las citadas alteraciones (...) podían corresponder en primer lugar a una hepatopatía alcohólica", precisando que "además en el enolismo las cifras de transaminasas pueden ser oscilantes, lo que habría explicado que estuvieran normales en los de hacía unas semanas".

Sostiene que "el médico de Atención Primaria actuó correctamente al pedir una analítica en julio ante las alteraciones de la de junio" y que, a la vista de "los resultados que recibió, lo recomendable habría sido repetirla pasadas unas 6-8 semanas, pero el paciente ingresó antes", por lo que aquella no pudo realizarse.

Por ello, debemos concluir que, frente a lo alegado por las reclamantes, la actuación médica posterior a la analítica realizada el 1 de julio de 2013 fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

No obstante, en la hipótesis de que se hubiera actuado en la forma en que aquellas parecen entender adecuada -esto es, ampliando el estudio sin repetir de nuevo la analítica-, el citado informe pericial señala que "podía haberse indicado una ecografía abdominal que probablemente habría mostrado ya la presencia de metástasis. Esto hubiera supuesto plantear otros estudios complementarios, incluyendo TC y biopsia de la lesión primaria tumoral. Todo ello hubiera precisado muy probablemente de 1-2 semanas para llegar a un diagnóstico, por lo que en cualquier caso este se habría alcanzado igualmente a finales de agosto". Entiende que "el inicio de un tratamiento paliativo unas semanas antes muy probablemente no habría modificado la evolución del paciente". Subraya que "el cáncer de páncreas es una de las neoplasias más agresivas y letales que existen" y pone de relieve que "en este paciente el debut de la enfermedad fue muy explosivo, pues la analítica en junio era anodina", en "julio comienza a mostrar alteraciones hepáticas" y en

“agosto se diagnostica ya en estadio IV (que es el más avanzado posible)”. Por tanto, “aunque se hubiera realizado una eco o una TC a principios de julio al ver los resultados de los análisis y se hubiera diagnosticado entonces el cáncer de páncreas habríamos estado ante una situación muy similar a la de agosto (de metástasis hepáticas, al menos), que igualmente hubiera hecho improbable la instauración de quimioterapia ni siquiera paliativa, y aun en el caso de haber sido subsidiario de la misma el pronóstico seguramente no habría variado”.

En el mismo sentido, el informe técnico de evaluación indica que “es posible que el proceso oncológico ya estuviese presente el 01/07 cuando la analítica presentó alteración de las pruebas de función hepática; no obstante, aunque hubiese sido detectado en ese momento la evolución del cuadro no hubiese variado, dado el mal pronóstico que tiene el cáncer de páncreas”.

A lo expuesto debe añadirse que, más allá de los datos analíticos ya comentados, el paciente no refería sintomatología que pudiera hacer sospechar que tuviera un cáncer de páncreas, y que en el momento en que manifestó a su médico de Atención Primaria -los días 6 y 13 de agosto- molestias abdominales este lo remitió al Servicio de Digestivo, aunque la rápida evolución de la enfermedad no permitió celebrar la consulta. Del mismo modo, cuando el Servicio de Neurología del Hospital le detecta el 20 de agosto de 2013 “una hemorragia en la convexidad” que obliga “a descartar una neoplasia” se actuó de forma inmediata y se llegó al diagnóstico adecuado “en apenas 48 horas”. El paciente no presentó hasta el mes de agosto de 2013 los signos típicos, por lo que el carcinoma no pudo diagnosticarse antes, pese a que cada vez que demandó asistencia se realizaron las exploraciones y las pruebas adecuadas a la clínica que manifestaba en cada momento.

A la vista de ello, debemos concluir que el proceder del servicio público de salud fue correcto, adoptándose las decisiones y procedimientos de manera adecuada a los hallazgos clínicos de cada ocasión y conforme a la *lex artis ad hoc*.

La anterior conclusión nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.