

Expediente Núm. 85/2016  
Dictamen Núm. 118/2016

**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 12 de mayo de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2016 -registrada de entrada el día 16 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 del fallecimiento de un familiar como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 30 de marzo de 2015, una persona, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su madre y de su hermana, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su familiar como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Expone que el perjudicado, aquejado de un dolor centrotorácico-epigástrico, asociado con sensación de hinchazón, acudió el día 18 de marzo de 2013 a su médico de cabecera, quien además de prescribirle medicación le solicitó una consulta con Cardiología que fue realizada el 8 de julio de 2013 y descartó la existencia de problema cardiológico alguno.

Manifiesta que durante la espera de la consulta con el cardiólogo y debido a la persistencia de los dolores, el día 23 de mayo de 2013 acudió de nuevo al médico de cabecera, que en esta ocasión le derivó al Servicio de Digestivo del Hospital "X", en el que a pesar de haber sido citado inicialmente para el 4 de julio de 2013 tres aplazamientos sucesivos dieron como resultado que no se le programara una gastroscopia hasta el 10 de octubre de 2013. No obstante, tras diversas gestiones, y toda vez que los dolores no cesaban, la gastroscopia se realizó finalmente el 18 de septiembre de 2013.

Indica que al día siguiente "le realizan una consulta urgente con Cirugía General, donde pidieron TAC y análisis de marcadores tumorales, no considerando ingreso (...). El día 23 de septiembre, a pesar de estar tomando calmantes muy fuertes, acude de nuevo a Urgencias. Se limitan a subirle aún más la medicación a la espera (de) que le hiciesen (el) TAC. Asimismo le dieron el resultado de Anatomía Patológica de las biopsias duodenales tomadas durante la gastroscopia, donde finalmente afirman que es un adenocarcinoma de duodeno infiltrante, moderadamente diferenciado (...). El día 26 de septiembre le realizan un TAC confirmando el referido diagnóstico, sin mención alguna a la presencia de ganglios regionales inflamados o infiltrados que obliguen a pensar que está extendido, y certificando que no se aprecian lesiones en otros órganos del cuerpo, especificando el hígado (...). Se decide realizar intervención quirúrgica" en el Hospital "Y", "que fue llevada a cabo el 11 de noviembre de 2013 -casi 8 meses después de referir (...) la existencia de dolor abdominal y casi 2 meses después de la realización de la gastroscopia-./ Se informa como tumor en el duodeno y (...), a pesar (de) que en (las) pruebas realizadas anteriormente no se hacía mención expresa de ganglios afectados, confirmaron que 7 de los 13 ganglios linfáticos aislados estaban infiltrados con el tumor en el estudio anatomopatológico de la pieza resecada, que fue una

duodeno-pancreatectomía cefálica./ Tras pasar múltiples complicaciones posoperatorias que le llevaron a permanecer hospitalizado durante 2 meses le dieron el alta, volviendo a revisión el día 20 de febrero de 2014. No le remitieron al Servicio de Oncología para que valorasen la administración de quimioterapia complementaria por no considerarlo indicado”.

Tras mencionar una revisión ecográfica realizada el 5 de febrero de 2014, señala que por “TAC abdominal se confirmó la existencia de múltiples lesiones focales hepáticas sugestivas de metástasis (...). Aún así siguieron sin remitirle al Servicio de Oncología para que valorasen la instauración de un tratamiento quimioterápico sistemático”, y precisa que “desde el 25 de febrero hasta el 26 de julio de 2014 (...), en (...) que falleció (...) (8 meses desde la intervención quirúrgica), le trataron a base de múltiples calmantes para tratar de aliviarle los fuertes dolores abdominales que sufría”.

Muestra su convencimiento -que hace extensivo al resto de la familia- de que “el retraso en el diagnóstico y el no dar la oportunidad de suministrar quimioterapia a su padre, limitándose a pautarle calmantes para el dolor durante 8 meses”, influyó en el desarrollo de su enfermedad, y reseña que ello les llevó a solicitar informe a un especialista en Aparato Digestivo que confirma que “un diagnóstico tardío y un tratamiento claramente insuficiente trajo como consecuencia el fallecimiento” del paciente.

Considera que “ha existido una negligencia por parte de la Administración (...). El retraso en el diagnóstico, en la intervención quirúrgica y en la no aplicación de un medio curativo, al no haber practicado tratamiento coadyuvante y no derivarlo por lo menos para su evaluación por el Servicio de Oncología” del Hospital “Y”, “es causa directa del fallecimiento” de su familiar.

Sostiene que “se ha incumplido la obligación de utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del profesional del lugar y en el momento en que se produce la asistencia y el tratamiento suministrado”.

Solicita una indemnización cuyo importe total asciende a ciento sesenta mil euros (160.000 €) por los “padecimientos morales y psicológicos padecidos por la mujer e hijas del fallecido”.

Adjunta diversos documentos obrantes en la historia clínica del perjudicado y el informe pericial al que se alude en la reclamación, emitido el 4 de marzo de 2015 por un especialista en Apartado Digestivo. En él se concluye que “no encontramos ninguna justificación al enorme retraso diagnóstico efectuado en el Hospital ‘X’, en que tardaron 4 meses en citarle para hacer una gastroscopia, así como en indicar la intervención quirúrgica que fue de 2 meses (6 meses en total desde el comienzo de los síntomas) (...). No entendemos el motivo por el que el paciente fue trasladado” al Hospital “Y” “para ser operado y por qué tuvo tantas complicaciones que precisaron un ingreso tan prolongado de cerca de 3 meses. Posiblemente dichas complicaciones estuvieron directamente relacionadas con el enorme retraso diagnóstico y su empeoramiento progresivo en su estado de desnutrición (...). No encontramos ninguna explicación o razonamiento clínico para que no le administrasen una quimioterapia posoperatoria inmediata, ya que en la pieza de resección encontraron un total de 7 ganglios invadidos por el tumor, lo que constituye de por sí una clara indicación de tratamiento quimioterápico (...). Se hace constar de forma expresa que ‘no se pidió una consulta al Servicio de Oncología Médica’. (En) un tumor duodenal en estadio T-III, N-1, es de obligado cumplimiento la realización (de) una quimioterapia posoperatoria de forma inmediata (...). Como consecuencia (...) estas actuaciones terapéuticas tan insuficientes como incompletas (...) dieron lugar a la aparición de múltiples metástasis hepáticas, evidenciando una clara progresión tumoral, siendo clasificado entonces como T-3, N-1, M-1, que se diagnosticaron el 25 de febrero de 2014, siendo una razón más que evidente entonces de la ineludible necesidad de realizar un tratamiento quimioterápico oncológico con finalidad paliativa, que finalmente no se llevó a cabo sin ninguna razón aparente para ello (...). Como consecuencia del retraso diagnóstico, así como del quirúrgico y la no administración del adecuado tratamiento quimioterápico, el paciente continuó presentando dolor abdominal permanente e intenso con afectación progresiva y empeoramiento continuado de su estado general (...). Finalmente, el paciente falleció a los 8 meses de la intervención quirúrgica por un diagnóstico tardío y un tratamiento claramente insuficiente”.

**2.** Mediante oficio de 13 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada 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, le indica que entre la documentación que se adjunta no figura la acreditativa de la representación con la que dicte actuar, de su parentesco con el perjudicado ni el certificado de defunción de este, por lo que le concede un plazo de diez días para subsanar dichos defectos.

Atendiendo a dicho requerimiento, el 4 de mayo de 2015 la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que acompaña certificación literal de la defunción de su familiar, copia del Libro de Familia de este y poder especial otorgado a su favor por su madre y hermana.

**3.** Con fecha 1 de junio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y V una copia de la historia clínica del perjudicado relativa al proceso de referencia, así como un informe de los servicios implicados, en concreto del de Cirugía General del Hospital "Y" y del de Digestivo del Hospital "X".

El Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" señala, el 10 de junio de 2015, que "el paciente fue visto en nuestra consulta, remitido desde el Hospital "X", el 4-10-2013. Fue valorado con la documentación que aportaba y se solicitaron nuevos estudios que incluyeron TC pancreático y ecoendoscopia. Fue visto en sesión de la Unidad HPB del Servicio y se decidió practicar una duodeno-pancreatectomía cefálica. El paciente ingresa el 10-11-2013 y es intervenido el 11-12-2013, realizándose la intervención propuesta. El curso posoperatorio fue complejo, con dos complicaciones mayores, una hemorragia posoperatoria que requirió intervención quirúrgica de urgencia y una fístula pancreática que fue el substrato de otras morbilidades ligadas a la infección

peritoneal, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda, etc./ A la vista de la peritación que acompaña (...), conviene precisar algunos extremos allí expuestos: La duodeno-pancreatectomía cefálica es uno de los procedimientos mayores de la cirugía digestiva abdominal y que acredita las mayores tasas de morbimortalidad en los resultados inmediatos. En los estándares actuales se contempla una morbilidad hasta en el 55% de los casos y una mortalidad de hasta el 5%. La fístula pancreática puede llegar al 16% en las pancreatectomías cefálicas (...). La Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de Navarra acaba de publicar sus resultados en 480 resecciones pancreáticas (...) y comunica una morbilidad del 62%, un 12,3% de reintervenciones y un 3,3% de mortalidad. La fístula pancreática fue del 22,9%. Esta alta tasa de complicaciones en manos expertas es la que anima a multitud de voces a reclamar la regionalización de estos procedimientos, propuesta que ha sido aceptada en múltiples sistemas sanitarios tanto públicos como privados e implantada por norma en algunas comunidades autónomas de nuestro país. En Asturias no existe la regionalización de estos procesos, pero en la práctica se operan en el (Hospital 'Y') más del 90% de estos pacientes. No se comprende, por tanto, ninguna de las apreciaciones que se hacen" al respecto en el informe pericial que acompañan las interesadas.

Afirma que "la infrecuencia de los tumores duodenales y la carencia de series homogéneas (...) hace que no exista ninguna serie de tratamiento adyuvante, y menos aún ningún estudio comparativo que genere evidencia para soportar la afirmación que se hace en (...) la peritación. Es cierto que puede extrapolarse conocimiento adquirido en otras neoplasias digestivas, pero solo eso. En este caso concreto, con evidencia si la hubiera o sin ella, como así es, la 'quimioterapia inmediata' estaría formalmente contraindicada en el contexto de un paciente con múltiples complicaciones infecciosas y una fístula pancreática aún activa cuando (...) se va de alta. Solo un inmenso desconocimiento del tema puede justificar lo expresado en (...) la peritación. En el TC realizado el 5 de febrero de 2014 son visibles múltiples metástasis hepáticas. Visto el tiempo transcurrido desde la intervención, menos de tres meses, es fácil asumir que el paciente ya presentaba una enfermedad

diseminada en el momento de la intervención y que la pretensión de una cirugía radical fue un intento vano, como desgraciadamente demostraron los acontecimientos. La media de supervivencia de los pacientes sometidos a cirugía paliativa es de 5 meses, como puede comprobarse en las escasas series publicadas, por lo que no puede aceptarse la afirmación que se hace en (...) la peritación de que el paciente recibió `un tratamiento claramente insuficiente´”.

Con fecha 11 de junio de 2015, el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital “X” informa que en el historial clínico del perjudicado obrante en el centro sanitario “solamente consta la realización de la gastroscopia el día 18-9-2013, en la cual se objetiva la existencia de una tumoración a nivel de duodeno, siendo remitido el 19-9-13 al S.º de Cirugía General para su valoración, no constando en ningún momento cualquier otro tipo de actuación por parte de la Sección de Aparato Digestivo”.

**4.** El día 15 de julio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que “el adenocarcinoma duodenal es una patología rara que representa menos del 0,5% de todos los cánceres gastrointestinales y un 30-45% de los tumores de intestino delgado, no existiendo un número suficiente de casos, según se describe en la bibliografía, que permitan establecer evidencias concluyentes sobre su epidemiología, diagnóstico, tratamiento ni pronóstico./ En el caso que nos ocupa, y como así consta en el historial de Atención Primaria, se trata de (un) paciente que refiere dolor centrotorácico desde el año 2005, no volviendo a consultarlo desde dicha fecha hasta el 18 de marzo de 2013. Si bien inicialmente fue etiquetado como posible causa cardiológica, ya el 23 de mayo de 2013 se deriva a Digestivo, aunque no se solicita gastroscopia hasta el 3 de junio de 2013 debido a que, según se explica en la historia clínica el día 23 de mayo, el paciente refiere en la consulta (...) ya haberse hecho una gastroscopia./ El plazo de demora hasta la realización final de la gastroscopia fue de 3 meses y 15 días desde su solicitud, circunstancia que no parece haya influido en la evolución del proceso que presentaba (...) ni en la aparición de metástasis. De hecho, la bibliografía existente sobre el tema explica que la

mayoría de los adenocarcinomas presenta metástasis ya en el momento del diagnóstico. Del análisis del proceso seguido entiendo que los daños invocados sobre un supuesto retraso en el diagnóstico de la enfermedad padecida por el reclamante, y la consiguiente pérdida de oportunidad de haber tenido un tratamiento más temprano, no son pertinentes para este caso a la vista del tipo de patología que estamos hablando y su evolución". Estima que "el retraso de 3 meses y medio para la realización de una endoscopia digestiva, como ha sido el caso de este paciente desde su petición por el médico de Atención Primaria, en una situación en la que previamente se había orientado clínicamente de manera correcta al paciente en función de los síntomas que presentaba, nos lleva a la conclusión de que en ningún momento puede ser considerado ni como pérdida de oportunidad, ni como circunstancia que habría determinado un cambio en la estrategia terapéutica que se ha seguido (...). Entendemos, como así ha quedado patente con el informe realizado por el Servicio de Cirugía General" del Hospital "Y", "que el informe pericial (...) contiene afirmaciones y contenidos sin ninguna evidencia. Así, parece claro y fuera de toda duda que el tratamiento quirúrgico de este tipo de tumores esté, en la medida de lo posible, centralizado en centros de referencia con objeto de garantizar la experiencia quirúrgica mínima necesaria. Asimismo, no parecen adecuarse a la evidencia científica los comentarios efectuados por el perito relativos a la necesidad de instaurar tratamiento quimioterápico, ya que en la mayoría de los estudios disponibles en la actualidad se encuentra que la mejoría en la supervivencia es mínima o nula para aquellos pacientes que reciben quimio o radioterapia, no existiendo consensos claros en cuanto al tratamiento de este tipo de tumores tan infrecuentes./ El adenocarcinoma duodenal es considerado como un tumor agresivo con una supervivencia a cinco años de 25% a 33%; sin embargo, con resección radical puede mejorar hasta 54%, siendo menor el efecto observado con la quimioterapia y radioterapia./ Así pues, la práctica médica llevada a cabo (...) respondió en todo momento a las necesidades del paciente de acuerdo al estado de conocimiento y la evidencia científica".



Concluye que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

**5.** Mediante escritos de 29 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

**6.** Con fecha 9 de octubre de 2015, y a instancia de la compañía aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía de Aparato Digestivo. En él señala que “los retrasos diagnósticos que concluyen con una pérdida de oportunidad de curación para el paciente son siempre difíciles de justificar, porque cuando ya se sabe el diagnóstico es fácil interpretar los síntomas iniciales. Debemos destacar, por tanto, que las decisiones en medicina se hacen con los datos (de) que se dispone en cada momento y que el análisis a posteriori es antijurídico. En este tipo de conflictos médicos siempre sale a relucir el argumento de que no se pusieron a disposición del paciente las pruebas diagnósticas adecuadas, pero hay que tener en cuenta que cualquier prueba diagnóstica debe estar justificada, y más si es una prueba invasiva y con riesgo”.

Bajo esta premisa, efectúa un exhaustivo análisis pericial del caso centrándose en los dos puntos fundamentales en los que se basa la reclamación, esto es la existencia de un supuesto retraso diagnóstico, al que se asocia una posible pérdida de oportunidad de curación, y la denuncia de una pretendida negligencia al no enviar al paciente a tratamiento oncológico adyuvante.

Por lo que se refiere a la existencia de un supuesto retraso diagnóstico, y frente a la denuncia de que se habría producido una demora de 4 meses en la realización de una gastroscopia, subraya que “cuando el paciente acude por primera vez a su (médico de Atención Primaria) por dolor abdominal cuenta un dolor epigástrico y centrotorácico similar al que presentó en el 2005 y que recuerda un dolor anginoso, nada de extrañar en un paciente de su edad,

obeso e hipertenso. Ya había sido estudiado en esa fecha por Cardiología, pero al repetirse el dolor el médico actuó lógicamente enviando de nuevo al paciente a Cardiología; es más hay una nota de que en caso (de) que el dolor se hiciera más agudo fuera a Urgencias, pensando en la posibilidad de un infarto agudo de miocardio./ Cuando el paciente acude a finales de mayo (...) con síntomas característicos de enfermedad del tracto digestivo superior (dolor tras la ingesta, distensión abdominal, náuseas y vómitos), su médico de cabecera le pidió una endoscopia, pero el paciente le dice que ya se ha hecho una y suspende la petición./ El paciente es visto en su centro de Atención Primaria prácticamente todas las semanas, y en todas las citas se comenta que el dolor va en aumento y el estado general deteriorándose, de manera que (...) una semana después, el 3 de junio, su médico comenta que a pesar de lo que le ha dicho el paciente va a pedir la gastroscopia./ El 4 de julio su (médico de Atención Primaria) realiza analítica, Rx de tórax y EKG. Son pruebas enfocadas a patología cardíaca, pero si hubiera habido una obstrucción duodenal por el tumor se habría visto el estómago dilatado en la Rx de tórax, pero esa radiografía (que no he visto) no aporta datos de interés sobre la patología digestiva. Hay que deducir que el tumor no estaba estenosando el duodeno en ese momento./ Después del verano el paciente acude a consulta los días 7 y 11 de septiembre. Tiene un claro síndrome constitucional con pérdida de peso relevante y su (médico de Atención Primaria) se preocupa porque la cita para la endoscopia la tiene para diciembre y llama a la Unidad de Endoscopias de `X` para adelantarla. Le citan para la semana siguiente. La endoscopia se realiza el 18-9 y resulta diagnóstica para cáncer de duodeno, que se confirma en la biopsia unos días después./ Por lo tanto, el retraso diagnóstico fue de 4 meses gracias a la dedicación y profesionalidad de su (médico de Atención Primaria). El paso siguiente es hacerle un TAC, que se realiza una semana después. En este TAC ya se dice que hay infiltración de la grasa periduodenal y que hay al menos dos adenopatías sospechosas de metástasis./ La pregunta que debemos hacernos es: ¿está dentro de lo habitual este retraso diagnóstico? ¿Hubo negligencia al interpretar los síntomas como `dispepsia a estudio`? (...). El libro `Enfermedades del aparato digestivo` (...) dice textualmente: `entre el

comienzo de los síntomas y el diagnóstico puede haber un intervalo medio de seis meses. Actualmente con los métodos diagnósticos (de) que disponemos se ha reducido ligeramente a 4 ó 5 meses, aunque no por ello ha mejorado la supervivencia. Es probable que el cáncer duodeno-pancreático tenga un largo periodo de latencia sin síntomas (...). Por otro lado, es claro que los síntomas iniciales son poco específicos, no preocupan al paciente y rara vez hacen sospechar al médico la existencia de una enfermedad orgánica”.

Sobre el retraso de dos meses entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica a la que fue sometido, el perito sostiene que “el paciente fue derivado a la Unidad de Cirugía Hepato-bilio-pancreática del (Hospital `Y´) por considerarlo un centro de súper-especialización en este tipo de patología. Fue visto en (...) dicha Unidad el 4 de octubre, tan solo 15 días después del diagnóstico. Hay que aclarar que un cáncer no es una urgencia, sino todo lo contrario, la mejora que se ha obtenido en la patología oncológica es debida a un estudio preoperatorio mucho más certero que permite individualizar el tratamiento para cada caso concreto. Esos 15 días de demora hasta la consulta son inapreciables en una enfermedad que llevaba gestándose posiblemente dos años. Por otro lado, el enviarlo a una unidad súper-especializada está justificado por cuanto este tipo de unidades son las que han conseguido bajar la mortalidad de esta cirugía del 40% de mediados del siglo pasado al 5% de mortalidad en la actualidad./ Es un retraso plenamente justificado./ Pero en esa primera consulta se le piden nuevas exploraciones, en concreto una eco-endoscopia. Esta exploración era absolutamente imprescindible para valorar la operabilidad de la enfermedad. Habida cuenta de los hallazgos del TAC. Es una prueba muy larga y que hay que hacer con anestesia, por lo que es posible que se demore unas semanas. Efectivamente, esta prueba se realiza el 16 de octubre. Da información sobre la invasión local del tumor y confirma que hay varias metástasis ganglionares, pero la prueba es incompleta porque el tumor estenosa al duodeno./ Por este motivo se le pide un nuevo TAC de alta resolución./ El TAC se realiza el día 29. Mientras, se realizan al paciente varios análisis, incluyendo marcadores tumorales./ Todas estas pruebas y sus correspondientes demoras se justifican porque se debe valorar

concienzadamente si el tumor del paciente es subsidiario de cirugía. Si hay metástasis a distancia o si el tumor infiltra los ejes vasculares no resecables (arteria mesentérica superior, hepática, tronco celíaco, aorta...) (...) será descartado para cirugía, pues este procedimiento quirúrgico solo supondrá sufrimiento y deterioro sin ninguna posibilidad de curación. Ese tipo de paciente debe ser derivado para quimioterapia paliativa con uso compasivo, o directamente para tratamiento paliativo. Solo van a ser incluidos en cirugía aquellos pacientes que tengan posibilidad de realizar una resección tumoral completa./ El paciente es intervenido finalmente el (...) 11 de noviembre. Para justificar esta demora debo explicar cómo se organiza un Servicio de Cirugía y cómo se programan los quirófanos. Los Servicios de Cirugía programan sus días de quirófano con al menos un mes para la patología benigna y 15 días para los cánceres. Es el tiempo mínimo necesario para poder optimizar los programas de quirófano. Este tiempo respecto a los cánceres es inapreciable en la evolución biológica de los tumores, y una vez más repito que un tumor no es ninguna urgencia. La duodeno-pancreatectomía es una intervención muy larga por muy experta y súper-especializada que sea la Unidad de Hepato-Bilio. No es posible realizarla en menos de 6-8 horas, de manera que solo se puede operar un paciente al día (...), los demás guardan turno”.

Respecto a la trascendencia que, en forma de demora en el diagnóstico, posterior tratamiento quirúrgico y ulteriores complicaciones, pudiera derivarse del hecho de que el paciente fuera trasladado al Hospital “Y” para ser operado, y frente a la afirmación del perito de las interesadas de no entender “el motivo por el que el paciente fue trasladado (...) para ser operado y por qué tuvo tantas complicaciones que precisaron un ingreso tan prolongado de cerca de 3 meses. Posiblemente dichas complicaciones estuvieron directamente relacionadas con el enorme retraso diagnóstico y su empeoramiento progresivo en su estado de desnutrición”, el perito de la aseguradora indica que el referido especialista desconoce que “la enorme mejoría de la mortalidad de la duodeno-pancreatitis se ha conseguido gracias a la creación de unidades de cirugía hepato-bilio-pancreática súper-especializadas”, añadiendo que “para obtener el certificado de excelencia una unidad de cirugía hepato-bilio debe realizar al

menos 20 duodeno-pancreatectomías al año, y cada cirujano debe hacer personalmente al menos 8 intervenciones de este tipo al año. Solo de esa manera se consigue la mejora de los resultados. El traslado al (Hospital `Y´), donde según el Jefe de Servicio han realizado más de 90 casos en los últimos años, está totalmente justificado./ Lo que no está justificado es el comentario final de ese párrafo. La mortalidad de la intervención se ha bajado al 5% pero las complicaciones, y en especial la fístula pancreática siguen siendo muy altas, entre el 40-60%, según las series publicadas. Lo que le ha ocurrido a este paciente es algo habitual en este tipo de cirugía, y los posoperatorios son casi siempre largos, tormentosos y decepcionantes (...), y todo ello con muy escasas posibilidades de curación, pero en cualquier caso pasan por una cirugía de resección completa del tumor./ Las complicaciones que presentó el paciente son las típicas de la intervención y en absoluto debidas al retraso diagnóstico, que como ya hemos comentado está dentro de lo habitual (alrededor de 5 meses) para este tipo de patología”.

En cuanto a la aseveración de que “la enfermedad avanzó en este tiempo de espera, como lo demuestra que en el primer TAC no se vieran metástasis y en la pieza de resección tres meses después tenía invasión de 7 de los 13 ganglios reseçados”, el perito de la aseguradora indica que “este argumento de la demanda es verdad, pero no en el sentido que ella le da. Evidentemente el cáncer con el paso del tiempo solo hace una cosa segura, crecer por división incontrolada de sus células y dar metástasis. Pero tal y como lo enuncia la demanda es una falsedad. Ya en el primer TAC se aprecia que el tumor tiene invasión de la grasa periduodenal y que se aprecian al menos dos adenopatías sospechosas (...); es decir, que ya en ese momento se trataba de un T3 N1./ En la endoscopia y el TAC que se realizan un mes después ya en el (Hospital `Y´) la situación sigue siendo afectación de la grasa periduodenal, y se siguen viendo dos adenopatías sospechosas. Por lo tanto, desde el punto de vista de los estudios de imagen la enfermedad es estable durante este intervalo de un mes. Es algo esperable, los cánceres aunque siempre crecen lo hacen tan despacio que un mes es un plazo de tiempo inapreciable para su biología./ En la pieza de resección enviada al laboratorio de Anatomía Patológica y ya con

técnicas de microscopía se confirman estas metástasis ganglionares, y además (...) aparecen micro-metástasis en otros ganglios no aumentados de tamaño, como es habitual en este tipo de tumores./ El argumento de la demanda se puede rebatir por completo”.

Por último, y frente al reproche de no haberse pautado al paciente el tratamiento oncológico adyuvante que para el perito de las interesadas resultaba, tras la intervención, de clara indicación inmediata y paliativa, el perito de la aseguradora afirma que aquel “parece desconocer los principios de la Oncología. El tratamiento quimioterápico adyuvante, el que se da después de una intervención que aparentemente ha resecado todo el tumor, tiene lo que denominamos ‘ventana terapéutica’ y consiste en que ese tratamiento, bastante tóxico en el caso del cáncer de la confluencia duodeno-pancreática (no olvidemos que ya estaba el páncreas invadido en el estudio anatomopatológico) debe darse como mínimo un mes después de la cirugía y como máximo dos y hasta tres meses después de la cirugía. La finalidad de la quimioterapia es prevenir el crecimiento de las micrometástasis que puedan haberse desprendido durante la intervención. Antes de un mes el paciente no estará suficientemente repuesto de la cirugía como para soportar la quimioterapia y las complicaciones de la misma son inaceptables. Más allá de los dos-tres meses las metástasis habrían anidado y la quimioterapia adyuvante carece de sentido./ En el caso de los tumores de la confluencia bilio-duodeno-pancreática en los que la intervención quirúrgica tiene un largo y complicado posoperatorio no es infrecuente que se pierda esa ventana terapéutica y el paciente no pueda recibir tratamiento posoperatorio./ Por otra lado, no hay evidencia científica sobre los posibles beneficios de la quimioterapia en los cánceres de duodeno. Se puede dar por similitud con otros cánceres del tubo digestivo superior, como por ejemplo el cáncer de estómago o el cáncer de páncreas, pero no hay ninguna evidencia científica”.

Precisa que “apenas dos meses después de la cirugía y a un mes del alta hospitalaria se realiza un TAC de control donde se aprecian múltiples metástasis hepáticas. La demanda vuelve a insistir en que se le debió dar quimioterapia, en esta situación de tumor descontrolado debía ser una quimioterapia paliativa

y con uso compasivo. Pero para entonces la calidad de vida del paciente era mala, con un Karnofsky de 40 y un Barthel de 10, es decir se habría caído en el `encarnizamiento terapéutico` absolutamente inútil y que habría empeorado aún más la calidad de vida del paciente. Y todo ello sin ninguna esperanza de curación. Ningún oncólogo habría aplicado quimioterapia en esa situación. Lo que dice el perito de la parte demandante indica que carece de cualquier experiencia sobre pacientes oncológicos terminales. Los cuidados paliativos era lo adecuado”.

Respecto a si “hubo pérdida de oportunidad”, el perito de la aseguradora indica que, “por desgracia, los adenocarcinomas duodeno-pancreáticos que no sean un ampuloma solo se curan el 2-5%, por no decir que no se cura ninguno. Desde luego en mi larga experiencia como cirujano no he visto curarse ninguno a pesar de una correcta cirugía y los más modernos tratamientos experimentales (...). Querámoslo o no, el pronóstico de este tipo de tumores es nefasto. El retraso diagnóstico de este caso está dentro de los estándares clínicos, no hubo por tanto un retraso significativo. Cuando se operó ya era un T4 N2 con infiltración y émbolos linfáticos. No tenía ninguna posibilidad de curarse”.

Concluye que “el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas, el dolor abdominal, hasta el diagnóstico es de 5 meses, que es el habitual para este tipo de patología. No hubo retraso negligente (...). El paciente fue trasladado a una unidad súper-especializada en cirugía pancreática con buenos estándares en cuanto al número de intervenciones de este tipo. Esto es absolutamente imprescindible para una correcta intervención quirúrgica (...). Las complicaciones y tiempo de hospitalización posquirúrgica son las típicas de este tipo de intervención. No tiene nada que ver con el supuesto retraso diagnóstico (...). No hay base científica suficiente para indicar tratamiento quimioterápico en este tipo de tumores. Aun cuando se hubiera podido indicar el paciente perdió la ventana terapéutica (...). Las posibilidades de curarse un adenocarcinoma de duodeno T4 N2 son nulas, por lo tanto no se puede alegar pérdida de oportunidad, nunca las hubo. Por todo ello, podemos

afirmar que la actuación del (médico de Atención Primaria) en su ambulatorio, así como la de los cirujanos del (Hospital `Y´) se ciñe al estado de la ciencia”.

**7.** Mediante escrito de 14 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a las interesadas la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 2 de febrero de 2016, las reclamantes presentan un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que comunican que el “12 de noviembre de 2015 se interpuso recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, dada la falta de resolución expresa” de la reclamación presentada el 30 de marzo de 2015. A la vista de ello, se remiten a todo lo alegado en el referido recurso, el cual viene a insistir” en el contenido de aquella.

**8.** Obra incorporado al expediente un oficio, de 14 de enero de 2016, mediante el cual el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por las interesadas recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Asimismo, consta acreditado documentalmente en aquel que se dio cumplimiento a dicho requerimiento el 22 de enero de 2016.

**9.** Con fecha 10 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “el plazo de demora hasta la realización final de la gastroscopia fue de 3 meses y 15 días desde su solicitud, circunstancia que no parece haya influido en la evolución que presentaba el paciente ni en la aparición de la metástasis./ El informe pericial aportado por las reclamantes y en el que basan su reclamación contiene afirmaciones y contenidos sin ninguna evidencia, careciendo de evidencia científica los



comentarios relativos a la necesidad de instaurar tratamiento quimioterápico, ya que en la mayoría de los estudios disponibles en la actualidad se encuentra que la mejoría de la supervivencia es mínima o nula para aquellos pacientes que reciben quimio o radioterapia, no existiendo consensos claros en cuanto al tratamiento de este tipo de tumores tan infrecuentes. El adenocarcinoma duodenal es considerado un tumor agresivo con una supervivencia a cinco años de 25% a 33%; sin embargo, con resección radical puede mejorar hasta 54%, siendo menor el efecto observado con la quimioterapia y radioterapia./ Así pues, la práctica médica llevada a cabo (...) respondió en todo momento a las necesidades del paciente de acuerdo al estado de conocimiento y la evidencia científica”.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2016, 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 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 30 de marzo de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del pariente de las reclamantes- el día 26 de julio de 2014, 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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.

**SIXTA.-** Las reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de un familiar que atribuyen a la asistencia que se le prestó por el servicio público sanitario.

Consta acreditado en el expediente el óbito del pariente de las interesadas, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada una de ellas que realizaremos en el caso de que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

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

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

Por tanto, para poder 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 particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, las interesadas, sirviéndose del informe elaborado a su instancia por un especialista en Aparato Digestivo, consideran que el fallecimiento de su familiar sería consecuencia de “un diagnóstico tardío y un tratamiento claramente insuficiente”. En concreto, se pone en cuestión el tiempo transcurrido -4 meses- entre la aparición de los primeros síntomas y la realización de la prueba -una gastroscopia- que permitió alcanzar el diagnóstico cierto de la grave patología tumoral en presencia, y al que siguió otro intervalo de 2 meses hasta que se procedió al abordaje quirúrgico de la misma. A estos reproches añaden que tras la intervención no se le administrara al paciente de manera inmediata un tratamiento de quimioterapia.

Frente a dicho planteamiento, nos encontramos con que los diferentes informes incorporados al expediente a instancias de la Administración sanitaria resultan coincidentes al concluir que la asistencia recibida por el perjudicado resultó en todo momento acorde con la *lex artis ad hoc*, y ello tanto en la fase de diagnóstico como en el tratamiento posterior de la grave patología que se evidenció.

Así las cosas, y a efectos de que este Consejo exprese su parecer en orden a dictaminar si la asistencia recibida por el perjudicado en el servicio

público sanitario desde que el día 18 de marzo de 2013, en que acudió a su médico de Atención Primaria por presentar un “dolor centrotorácico”, hasta el 24 de julio de 2014, en que falleció, resultó o no ajustada a la *lex artis ad hoc*, consideramos necesario subrayar que cualquier reflexión al respecto no puede hacerse prescindiendo del dato de la extraordinaria gravedad de la patología en presencia, un adenocarcinoma de duodeno diagnosticado el 23 de septiembre de 2013 y al que se asocia un muy mal pronóstico. Así lo ponen de relieve todos los informes incorporados al expediente por parte de la Administración sanitaria, siendo llamativo que este aspecto sea totalmente obviado en el informe elaborado a instancias de las reclamantes. Y ello hasta tal punto que su firmante no duda en poner fin a las consideraciones médicas del caso atribuyendo el fallecimiento del perjudicado a un “diagnóstico tardío y un tratamiento claramente insuficiente”.

Sentado lo anterior, y siguiendo un orden cronológico de los diferentes reproches que las interesadas dirigen frente a la Administración sanitaria en lo relativo a la asistencia prestada a su familiar, observamos que el primero de ellos se concreta en lo que su perito califica como “enorme retraso diagnóstico efectuado en el Hospital ‘X’, en que tardaron 4 meses en citarle para hacer una gastroscopia”. Pues bien, al respecto se aprecia que tanto el informe técnico de evaluación como el elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, tras admitir el dato objetivo de que entre el 6 de junio de 2013, en que el médico de Atención Primaria decidiera solicitar la práctica de esta prueba diagnóstica -ya sugerida en una consulta anterior, el 23 de mayo, pero suspendida al comentarle el propio paciente que ya se le había hecho una-, y el 18 de septiembre de 2013, día en que tal prueba fue efectivamente realizada, transcurrieron tres meses y quince días, coinciden en que esta circunstancia es intrascendente en el posterior desarrollo de los acontecimientos. En este sentido, el informe del perito de la aseguradora, con cita de abundante bibliografía médica, destaca que ante una patología como la finalmente objetivada el intervalo de tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas y su diagnóstico se viene situando tradicionalmente en unos seis meses, si bien actualmente “con los métodos diagnósticos (de)

que disponemos se ha reducido ligeramente a 4 ó 5 meses”, lo que nos permite concluir que en el presente caso, en el que el diagnóstico se alcanza a los tres meses y medio, no cabe hablar de retraso diagnóstico.

El segundo de los reproches que se formulan viene referido a un nuevo retraso, el que media entre el diagnóstico cierto de la patología y el abordaje quirúrgico de la misma, que el perito de las reclamantes fija en dos meses y que entiende producido por la decisión de trasladar al paciente desde el Hospital “X” al Hospital “Y”, donde es intervenido quirúrgicamente. Sobre este extremo, el perito de las perjudicadas nuevamente se limita en su informe a no “entender” el motivo de este traslado. Basta una atenta lectura de los diferentes informes incorporados por la Administración al expediente, en particular el elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital “Y”, para encontrar una más que adecuada y justificada respuesta a tal decisión en la dificultad y alto riesgo de la concreta técnica quirúrgica empleada, a la que se asocian unas exigencias que solamente pueden ser satisfechas en determinados servicios altamente especializados y expertos en esta concreta técnica quirúrgica, como pone de relieve el informe del perito de la compañía aseguradora de la Administración.

El último de los reproches que se dirigen a la asistencia prestada al paciente por parte del servicio público sanitario consiste en la decisión de que la intervención no viniera seguida de un tratamiento de quimioterapia. La escueta afirmación del perito de las reclamantes queda de nuevo desautorizada con el completo análisis que de esta cuestión hace el perito de la aseguradora, que, con detallada descripción de literatura científica en la materia, concluye en la imposibilidad de proceder, tras una intervención quirúrgica del alcance de la que le fue realizada al paciente, a esa pretendida aplicación inmediata de tratamiento quimioterápico alguno.

A la vista de ello se nos impone como conclusión razonada que el fallecimiento del familiar de las interesadas se produjo por la gravedad de la enfermedad que padecía y no por una actuación deficiente de los profesionales sanitarios en su diagnóstico y tratamiento, no habiendo quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público.



En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende, haciendo suya la fundamentación expresada en la propuesta de resolución, que la “práctica médica llevada a cabo (...) respondió en todo momento a las necesidades del paciente de acuerdo al estado de conocimiento y la evidencia científica”, por lo que la reclamación no puede prosperar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.