

Expediente Núm. 163/2016
Dictamen Núm. 185/2016

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 27 de julio 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 10 de junio de 2016 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la decisión de no intervenir un carcinoma gástrico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 31 de julio de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada por parte del servicio público sanitario.

Expone que el 21 de mayo de 2014 se le diagnosticó una “neoplasia gástrica localmente avanzada”, y que en esa misma fecha “se decidió no operarme y tratamiento paliativo, sin darme opción ni información sobre alternativas”, por lo que decidió acudir a una clínica privada de Madrid en la que recibió “tratamiento médico y quirúrgico” hasta que fue “dada de alta el 19 de noviembre de 2014”.

Afirma que, “al margen de la desatención y mala praxis que supone no tratar mi enfermedad debido a mi edad, ello me ha hecho incurrir en una serie de gastos que hubieran sido evitados de haberme pautado el tratamiento”, reclamando el resarcimiento de los “gastos médicos, de desplazamiento, alojamiento y demás derivados” que, según señala, ascienden a setenta y cinco mil setecientos diecinueve euros con cuarenta y nueve céntimos (75.719,49 €), “sin perjuicio de ulterior concreción o adición”.

Adjunta varios informes médicos del Hospital “X” y de la clínica privada que la trató en Madrid, así como diversas facturas emitidas por este último centro sanitario en relación con la asistencia médica prestada y por los conceptos de “bono televisión” y “bono cafetería”; facturas de ortopedia y de alojamiento en hoteles, restaurante y aparcamiento; tickets de restaurante y parafarmacia, y documentos acreditativos de la compra de billetes de avión y de tren a Madrid.

2. Con fecha 20 de agosto de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en el Hospital “X” y el informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestivo el 19 de agosto de 2015.

En el informe se señala que “la paciente fue vista por primera vez en nuestro Servicio el 21-05-14, remitida desde el Servicio de Digestivo con el diagnóstico de neoplasia gástrica (...). Que en dicho Servicio se realizaron todos los estudios (eco abdominal, gastroscopia-biopsia y TC toraco-abdominal) para el diagnóstico de su patología (...). Que la paciente fue valorada en sesión

clínica de nuestro Servicio, como se hace habitualmente con todos los pacientes (...). Que una vez valorados todos los estudios y que el tumor se consideró irresecable en base al TC, se decide consultar telefónicamente con el Servicio de Oncología Médica” del Hospital “Y” “para valorar diferentes opciones terapéuticas (...). Que de forma sistemática se realizan consultas telefónicas con el Servicio de Oncología Médica (...). Nos informan que no es candidata a tratamiento quimioterápico (...). Que así se le comunica a la paciente y a su hijo, y les informamos que en este Servicio no se puede realizar más tratamiento que el sintomático (...). La paciente fue vista en consulta de evolución el 17-06-14 y nos informa que está pendiente de una consulta en Madrid para una segunda opinión, en un centro privado (...). Le solicitamos los informes de la consulta de Madrid, cuando los tenga, y se la cita el 15-07-14 para la siguiente consulta de control (...). En dicha cita nos informa que está a tratamiento con quimioterapia. Se la cita para cuando termina el ciclo de quimioterapia (...). El 05-08-14 acude a consulta y nos informa que tolera bien la quimioterapia. Le indicamos que acuda cuando termine todos los ciclos (terminaba el 08-09-14). No acudiendo hasta después de ser operada (...). Fue intervenida el 13-11-14 en un centro privado de Madrid (...). Fue dada de alta en el centro donde fue intervenida el 19-11-14 (...). Acude a nuestra consulta por primera vez después de ser intervenida el 20-05-15, y desde entonces sigue controles evolutivos en nuestro centro”.

Obran en la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de resultados de TC de tórax/abdomen/pelvis con contraste, realizado el 16 de mayo de 2014, en el que se anota “imagen seudonodular de 4,6 mm, subpleural localizada en segmento lateral del LID, sin evidencia de otras lesiones nodulares periféricas, probablemente no tenga significado patológico./ No hay evidencia de otras alteraciones en el parénquima pulmonar./ No hay evidencia de adenopatías hiliares ni mediastínicas./ Engrosamiento irregular de las paredes del fundus gástrico que se extienden al cardias, y probablemente alcance (...) mínimamente el tercio inferior del esófago; en la reconstrucciones

MPR (...) vemos como supera el límite del diafragma en el cuerpo gástrico, probable ulceración de la masa a nivel de la curvatura menor. A nivel del cardias se pierde el plano graso entre la serosa y la grasa regional, presentando múltiples adenopatías a este nivel y a nivel del ligamento gastrohepático y presencia de adenopatías también subdiafragmáticas./ Hígado sin lesiones focales./ Bazo, páncreas, suprarrenales y riñones sin hallazgos significativos./ No hay evidencia de líquido libre (...) y la pelvis no muestra hallazgos significativos./ Suprarrenales normales./ No hay evidencia de lesiones óseas metastásicas./ Severos cambios degenerativos en articulaciones interapofisarias posteriores, sobre todo en L5-S1./ Conclusiones: neoplasia de fundus gástrico que se extiende al cardias, con adenopatías metastásicas rodeando al cardias y en el ligamento gastrohepático". b) Informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "X", de 21 de mayo de 2014, en el que se consignan como antecedentes personales "estenosis aórtica leve./ HTA./ Dislipemia (...). Apendicectomía", anotándose en el apartado relativo a enfermedad actual que se trata de una "paciente remitida desde el Servicio de Digestivo con el diagnóstico de neoplasia gástrica./ Refiere síndrome general, con pérdida de 10 kg en los últimos meses, así como disfagia a sólidos y esporádicamente a líquidos". Constan "pruebas complementarias" de "eco: normal./ Gastroscopia: lesión ulcerada infiltrante que ocupa cuerpo gástrico y cardias (...). Adenocarcinoma./ TC: neoplasia de fundus gástrico que se extiende al cardias con adenopatías metastásicas rodeando al cardias y en el ligamento gastrohepático".

3. Mediante escrito de 31 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la perjudicada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 3 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que es “un caso complicado desde el punto de vista de abordaje terapéutico, dado que se trata de (una) paciente con tumor con mal pronóstico y alto riesgo añadido por la comorbilidad (...). El tumor, aparte de ser de considerable tamaño, afectaba a cardias, por lo que se comporta como un tumor esofágico; a lo anterior hay que añadir que la paciente contaba con 80 años en el momento del diagnóstico, encontrándose a estudio por parte del Servicio de Cardiología por una estenosis aórtica que es un factor también limitante, aunque no excluyente, de operabilidad”.

Pone de manifiesto que “la mortalidad posgastrectomía va más ligada a la edad del paciente que al tipo de resección o a la extensión de la linfadenectomía. Por ello, los pacientes mayores de 80 años solo son candidatos a cirugía excepcionalmente, tras una valoración individual que contemple la situación funcional, la comorbilidad asociada, la expectativa de vida y la aplicabilidad de otros tratamientos, según indican algunos de los documentos de consenso existentes sobre esta patología”. Entiende que “resulta, por tanto, complicada la evaluación de cuál es la actitud correcta a seguir ante un caso como el que analizamos, pudiendo llevarse a cabo una actitud más conservadora o, por el contrario, ser más agresivos y optar por tratamiento quimioterápico y quirúrgico”, y señala que en el asunto examinado “la decisión clínica de efectuar un tratamiento conservador” estaba “basada en criterios médicos y efectuada con criterios de razonabilidad clínica”.

Tras poner de relieve que se trata de un “caso muy similar” al que fue tratado por la Sala del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en la Sentencia que indica, concluye que “la actuación llevada a cabo desde el sistema público de salud de ninguna manera contraría los criterios de la *lex artis ad hoc*, tratándose exclusivamente de una disparidad de criterios de

carácter médico respecto a la atención recibida en el hospital privado al que acudió la paciente”, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

5. Mediante escritos de 9 de septiembre 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 correeduría de seguros.

6. Con fecha 16 de noviembre de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado a instancia de la compañía aseguradora. En él se concluye que “no existe una infracción de la *lex artis* en la catalogación como no candidata al tratamiento quirúrgico a la paciente debido al alto riesgo que conllevaba. Según los documentos de consenso, no se ha de realizar tratamiento quirúrgico y radioterápico en las circunstancias que presentaba esta paciente, independientemente de que en un centro privado se haya realizado esta intervención con éxito”.

7. El día 1 de diciembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV que por parte del Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y” se proporcione “cuanta información tengan sobre la decisión adoptada con esta paciente”.

Con la misma fecha requiere a la Gerencia del Área Sanitaria VII una copia de la historia clínica de Atención Primaria relativa al proceso de referencia.

8. Mediante oficio de 21 de diciembre de 2015, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de Atención Primaria de la perjudicada.

El día 28 de diciembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le traslada el informe emitido por el Servicio de Oncología Médica con fecha 21 de diciembre de 2015. En él se indica que “en mayo de 2014 los compañeros del Servicio de Cirugía del Hospital ‘X’ contactaron telefónicamente conmigo para, como es habitual, comentarme un caso y decidir en conjunto la mejor orientación terapéutica./ Se trataba de una mujer de edad avanzada, con una situación de fragilidad clínica y deterioro del estado general por un cáncer gástrico irreseccable (...). El dato de mal estado general fue determinante para enfocar el caso hacia un tratamiento sintomático basado en el mejor cuidado de soporte, como recogen las guías de las sociedades de oncología europea y española de las que se adjunta copia y la guía NCCN (National Comprehensive Cancer Network), algoritmo inferior”. El citado algoritmo determina cuáles son las actitudes a adoptar en tumores irreseccables localmente avanzados en función de la puntuación obtenida en las escalas de Karnofsky y ECOG. Se adjunta copia de una publicación científica titulada “SEOM clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric adenocarcinoma”.

9. Mediante escrito notificado a la interesada el 7 de abril de 2016, la Directora de Política Sanitaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. Con fecha 22 de abril de 2016, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que afirma que “en ningún momento se me informó de la existencia de tratamiento, ni se me ofreció alternativa (...). Era evidente, porque así ha sido, que existía tratamiento adecuado para mí (...). Se me desahució exclusivamente por mi edad, pues al margen de ese dato, tenía 80 años, no se me efectuó valoración singular (...). Ni siquiera se valoró el intento de la quimioterapia inicial para luego valorar la

cirugía; es decir, que se descartó prematuramente curarme. Y la prueba de que esto fue un error es que no he tenido complicación alguna hasta la fecha (...). La realidad es que al no individualizar mi situación y descartarme con el trazo grueso se vulneró mi derecho a recibir asistencia sanitaria adecuada exclusivamente por mi edad, lo que no deja de ser una forma inhumana de cuasi-eutanasia. El resumen es que no merezco el tratamiento por ser vieja (...). Estamos hablando de un riesgo vital que se ha medido por cuestiones exclusivamente presupuestarias, no médicas”.

Finalmente solicita que se le reintegre “el coste del tratamiento y demás gastos incurridos”, más “otro 200% más de perjuicio moral por el sufrimiento padecido al tener que desplazarme continuamente a Madrid para recibir un tratamiento que bien podría haber recibido en Asturias”.

Adjunta un informe pericial privado, emitido el 17 de septiembre de 2015 por un especialista en Medicina Legal y Forense, en el que se indica que “se trata de una paciente que antes de este proceso no presentaba patología relacionada con sus estado actual y gozaba de buena salud (...). Sobre marzo de 2014 comenzó con sintomatología digestiva inespecífica y las pruebas diagnósticas efectuadas (realizadas en tiempo y forma correctos) demostraron la existencia de tumor maligno de estómago (...). Tras realizar todas las pruebas pertinentes, y a pesar de establecerse que no había diseminación a distancia, sino una neoplasia localmente avanzada, se decidió no realizar tratamiento alguno más que dieta hipercalórica y antiácidos, lo cual suponía no tener posibilidad alguna de curación y un pronóstico infausto a todas luces (...). La paciente, ante dicha tesitura, se vio abocada a tratamiento privado, con gran penosidad y sufrimiento por la necesidad de desplazamientos periódicos a Madrid (refiere en tren) para realizar un tratamiento con notables efectos secundarios: quimioterapia inicial para disminuir el tamaño del tumor y posteriormente cirugía para extirpar la parte distal del esófago, el estómago y los ganglios linfáticos afectados hasta nivel D2 (...). El resultado ha sido hasta la fecha satisfactorio, no detectándose en los controles posteriores enfermedad

tumoral por imagen ni alteración de los marcadores tumorales en la analítica practicada”.

Señala que “es cierto que se establece que en pacientes mayores de 80 años la cirugía debe ser considerada de forma excepcional porque suelen tener una comorbilidad asociada que les hace más vulnerables y por su menor expectativa de vida. A pesar de ello, la valoración debe ser absolutamente individualizada. En este caso la paciente no presentaba comorbilidad y su estado era realmente satisfactorio para su edad en todos los aspectos, físico y psíquico”. Significa que la paciente “no presentaba comorbilidad alguna que contraindicara el tratamiento, ni la quimioterapia, ni la cirugía. Su estado era muy saludable a pesar de su edad, con lo cual se puede establecer que no se individualizó adecuadamente el caso a la hora de negarle el tratamiento. Además el estadio de su enfermedad la hacía tratable y no cumplía ningún criterio de irreseabilidad del tumor”. Aclara que “se consideran criterios de irreseabilidad para el tumor: invasión peritoneal o metástasis a distancia (incluida citología positiva en líquido ascítico), imposibilidad de realizar resección completa, afectación de niveles ganglionares 3 y 4 confirmada por biopsia o muy sugestiva por pruebas de imagen e invasión de estructuras vasculares mayores”.

Concluye que no se pautó a la paciente tratamiento alguno con finalidad curativa “cuando era claro que los protocolos establecen que en su caso estaba indicado el tratamiento que tuvo que costearse en la sanidad privada para no verse abocada a una muerte segura”.

11. Mediante oficio de 26 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 24 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución

en la que concluye que procede desestimar la reclamación presentada, puesto que “la asistencia sanitaria prestada por el servicio público sanitario fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La decisión terapéutica tomada no estuvo basada en la arbitrariedad, sino en lo que la literatura científica y la racionalidad técnica recomiendan en casos como el de la reclamante. Es evidente que la evidencia científica se basa en análisis estadísticos de casos y ponderación del riesgo/beneficio, por lo que un resultado individual, por muy afortunado que sea, no debe convertirse en categoría científica para otros casos similares”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de junio 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), está la interesada activamente legitimada 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 31 de julio de 2015, y aunque los hechos de los que trae origen -el diagnóstico de neoplasia gástrica a la paciente- tuvieron lugar el día 21 de mayo de 2014, consta acreditado en el expediente que recibió tratamiento médico y quirúrgico hasta el 19 de noviembre de 2014, por lo que es claro que fue formulada dentro el 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, la instrucción realizada no ha conseguido aclarar una serie de cuestiones esenciales para la adecuada resolución del procedimiento, como son la concreta razón o razones que llevaron a los facultativos que trataron a la paciente al convencimiento de que el adenocarcinoma gástrico que presentaba no era tributario de tratamiento, y, por otra parte, y en estrecha relación con la cuestión anterior, la identificación de los criterios científico-técnicos que determinan que un carcinoma gástrico como el que mostraba la interesada es irresecable, qué otras opciones terapéuticas existen ante un tumor de esta naturaleza y de qué parámetros depende su aplicación.

Del informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "X" de 19 de agosto de 2015 resulta que la decisión de no llevar a cabo más tratamiento que el sintomático se adoptó en sesión clínica, una vez valorados "todos los estudios" realizados, al considerar el tumor "irresecable en base al TC" y tras consultar al Servicio de Oncología Médica del Hospital "Y" "para valorar diferentes opciones terapéuticas". Por tanto, si conocida la condición irresecable del carcinoma se plantearon, aun como meramente posibles, distintas opciones terapéuticas ha de colegirse que no fue la irresecabilidad del tumor la condicionante de la decisión de no intervenir. En el informe técnico de evaluación se sugiere que, además de las características del tumor, la edad de la paciente (80 años) y su estado de salud hayan podido influir en la decisión clínica de abstención quirúrgica. En este sentido, su autor pone de manifiesto que se trataba de una paciente "con tumor de mal pronóstico y alto riesgo añadido por la comorbilidad", y, tras precisar que los "mayores de 80 años solo son candidatos a cirugía excepcionalmente, tras una valoración individual que contemple la situación funcional, la comorbilidad asociada, la expectativa de

vida y la aplicabilidad de otros tratamientos”, significa que la interesada se encontraba “a estudio (...) por una estenosis aórtica, que es un factor limitante, aunque no excluyente, de operabilidad”. En el informe del Servicio de Oncología Médica librado el 21 de diciembre de 2015 se abunda en esta idea al destacar la “edad avanzada” de la enferma y su “fragilidad clínica y deterioro del estado general por un cáncer gástrico irresecable”, y se identifica el “dato de mal estado general” de la paciente como “determinante para enfocar el caso hacia un tratamiento sintomático”.

Ahora bien, la perjudicada aporta en el trámite de audiencia un informe pericial privado en el que el facultativo que lo suscribe afirma que aquella “no presentaba comorbilidad alguna que contraindicara el tratamiento, ni la quimioterapia, ni la cirugía. Su estado era muy saludable a pesar de su edad, con lo cual se puede establecer que no se individualizó adecuadamente el caso a la hora de negarle el tratamiento. Además el estadio de su enfermedad la hacía tratable y no cumplía ningún criterio de irresecabilidad del tumor”.

Pese a su relevancia para solucionar la cuestión planteada, las afirmaciones de la parte reclamante no han sido contradictoriamente analizadas en la propuesta de resolución, cuyo sentido desestimatorio se articula sobre el argumento de que se actuó siguiendo “lo que la literatura científica y la racionalidad técnica recomiendan en casos como el de la reclamante”, aunque sin detallar cuáles son los criterios científico-técnicos de consenso que determinan la irresecabilidad de la neoplasia gástrica o las actitudes que cabe adoptar ante un carcinoma de esta naturaleza. Tampoco identifica la propuesta de resolución, en estrecha conexión con lo anterior y en el caso concreto, qué parámetros de la situación clínica de la paciente evidenciaban su mal estado general y contraindicaban la opción intervencionista, evidenciando la corrección de la praxis médica que se postula.

Los documentos incorporados al expediente durante la instrucción del procedimiento no permiten a este Consejo resolver la controversia existente entre las partes a falta de los conocimientos técnicos precisos para ello.

Como viene señalando reiteradamente este órgano consultivo, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Con tal propósito, la tramitación del procedimiento debe integrar la aportación de elementos de decisión, tanto por el propio órgano instructor -de acuerdo con los principios de impulsión de oficio e inquisitivo- como por otros órganos administrativos mediante la incorporación de informes, y por parte de los interesados en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción, de modo que al término de la instrucción estén claros tanto los hechos como los fundamentos con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Sin embargo, en el supuesto que analizamos no se han llegado a esclarecer algunos extremos que resultan esenciales para alcanzar un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo del asunto, incumpléndose así lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial.

Por ello, este Consejo entiende que en el estado actual de tramitación no es posible un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo de la consulta planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar cuantos actos de instrucción resulten precisos para aclarar cuáles son los criterios científico-técnicos que determinan que un carcinoma gástrico como el que presentaba la interesada es irreseccable, qué opciones terapéuticas existen ante un tumor de esta naturaleza, de qué parámetros depende su aplicación y, en suma, qué circunstancias personales de la paciente justificaron en el caso concreto la decisión de no intervenir. Practicados los anteriores actos de instrucción, una vez evacuado un nuevo trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar nuevos actos de instrucción en los términos que hemos dejado expuestos en el cuerpo de este dictamen y, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar de este Consejo el preceptivo dictamen.”

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.