

Expediente Núm. 207/2016
Dictamen Núm. 241/2016

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 20 de octubre 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 27 de julio de 2016 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que achacan al retraso diagnóstico de una metástasis.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de julio de 2015, una persona, que dice actuar en su propio nombre y derecho y “en interés del resto de herederos (viuda e hijos) de su finado padre”, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de aquel.

Refiere que “el 16-10-2013 (su padre) acudió al Servicio de Urgencias del H. ‘X’ por episodios de rectorragia./ Días después ingresó en el Servicio de

Cirugía General y se le efectuaron un TAC torácico-abdominal y una resonancia de pelvis que evidenciaron una hernia inguinal derecha y una tumoración en el recto./ Causó alta hospitalaria el 24-10-2013, con remisión a la Unidad de Endoscopia para realización de colonoscopia. El 31-10-2013 el Servicio de Anatomía Patológica identificó un adenocarcinoma rectal (...). El 05-11-2013 fue visto en consultas externas del Servicio de Cirugía General del H. `X`, que le remitió al Servicio de Oncología Radioterápica” del Hospital “Y”, “donde fue visto el 12-11-2013./ El Servicio de Oncología Radioterápica propuso tratamiento preoperatorio y solicitó consulta con Oncología Médica. Fue visto por este Servicio el 18-11-2013 y se le diagnosticó un adenocarcinoma de recto en estadio III (...). El 15-01-2014 se emitió informe presentando buena tolerancia tratamiento neoadyuvante, por lo que le derivó al Servicio de Cirugía” del Hospital “Y”.

Señala que “el 18-02-2014 se le realizó una resonancia de pelvis para evaluar su evolución tras el tratamiento radioterápico y quimioterápico y se observó una buena respuesta (grado 2), al desaparecer la mayor parte del tumor./ El 04-03-2014 se extirpó tumor y se realizó una hernioplastia derecha con colocación de malla. Los estudios anatomopatológicos realizados no evidenciaron tumor primario residual, ni en la pieza, ni en los ganglios./ El 14-03-2014 el Servicio de Cirugía General le dio el alta hospitalaria, en la que se hizo constar que debía pasar revisión el 16-04-2014 y solicitar consulta con el Servicio de Oncología Médica (...). Efectuada dicha consulta, Oncología Médica manifestó al paciente y su familia que se podía dar el proceso por curado, no precisando tratamiento alguno ni revisiones posteriores. Ni en ese momento ni posteriormente se entregó por escrito informe alguno, ni de la consulta ni del informe final”.

Indica que “el 28-05-2014 pasó revisión en consultas externas del Servicio de Cirugía General” del Hospital “Y”, “donde se reflejó que la hernia inguinal derecha migró la malla, y que se le escapaba la orina; asimismo refirió que padecía fuertes dolores, por lo que se le pidió cita con Urología./ Sin embargo, no se le realizó ninguna prueba para comprobar si había alguna

alteración, ni tampoco se le propuso tratamiento para la hernia inguinal izquierda (...). El 04-06-2014 se le comunicó la cita con el Servicio de Urología para el día 03-12-2014. Visto que no tenía cita en (la) sanidad pública hasta 6 meses después, y dados los síntomas urinarios y los fuertes dolores que sufría el paciente se vio obligado a acudir a la sanidad privada (...). El 21-07-2014 en (un centro privado) se le hizo un TAC abdominal que demostró una obstrucción intestinal severa por la malla y lesiones en el hígado sugerentes de metástasis./ Se le practicó una laparotomía urgente y una resección intestinal (...). El 09-09-2014 se intentó una resección hepática, pero se desistió dada la extensión de la enfermedad y se tomaron biopsias. El 11-09-2014 el Servicio de Anatomía Patológica informó con el resultado de positivo para malignidad./ Asimismo en su evolución se le detectó un derrame pleural cuya citología dio positivo para adenocarcinoma./ Se le dio el alta hospitalaria el 13-09-2014, debiendo pasar revisión en consulta el 18-09-2014 (...). El 21-09-2014 ingresó en el Servicio de Neumología" del Hospital "Y", "donde confirmaron lesiones pulmonares de origen metastásico y múltiples metástasis hepáticas. Desde su ingreso hasta el día 03-10-2014 no acudió ningún oncólogo para informar al paciente de la gravedad de su estado. Finalmente, ante la imposibilidad de tratamiento alguno, el 07-10-2014 se le trasladó al Hospital "Z", donde falleció el 12-10-2014".

En cuanto al nexo causal, manifiesta que "resulta probado que el retraso en el diagnóstico, por no emplear todos los medios disponibles, determinó (...) una pérdida de oportunidad que es causa determinante de la responsabilidad./ Por otra parte, el enfermo se vio obligado a recurrir a la sanidad privada, habida cuenta que desde que se tuvo conocimiento de que había migrado la malla colocada en la hernia inguinal derecha, y pese a los síntomas urinarios y los fuertes dolores que padecía, se le dio cita con el Servicio de Urología a más de seis meses vista".

Solicita una indemnización por importe total de trescientos mil euros (300.000 €) para ella y demás herederos del finado.

Adjunta a su escrito diversos informes médicos relativos a la asistencia prestada tanto en centros públicos como privados; el certificado de defunción de su familiar, de fecha 12 de octubre de 2014, y diversas facturas correspondientes a la atención recibida en la sanidad privada cuya cuantía asciende a 25.136,90 €.

2. Mediante oficio de 24 de julio de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En el citado escrito consta un registro de entrada en la misma Administración del día 29 del mismo mes.

3. El día 6 de agosto de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios requiere a quien suscribe la reclamación para que, en el plazo de diez días, acredite “debidamente la existencia de la comunidad hereditaria y su composición, así como su legitimación para actuar en nombre de todos y cada uno de los integrantes de la misma, por cualquier medio válido en derecho -ante notario o mediante declaración en comparecencia personal ante el funcionario (*apud acta*)- que deje constancia fidedigna (...), con la advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistida de su petición”.

4. Mediante oficio de 6 de agosto de 2015, la Gerente del Área Sanitaria II remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación de responsabilidad patrimonial enviado a la correduría de seguros y de la historia clínica del paciente, así como un informe suscrito el 5 de agosto de 2015 por el Jefe de la Sección de Cirugía General del Hospital “X”. En este último se deja constancia de que el “16-10-2013: el paciente acudió a Urgencias de este centro por rectorragias de mes y medio de evolución. En la exploración clínica se detectó una masa rectal, por lo que fue remitido a la consulta de Cirugía dos días después./ 18-10-2013: valorado en la consulta de Cirugía General, ante la sospecha clínica de cáncer de recto, se le citó para

ingreso hospitalario tres días después con el fin de realizar los estudios diagnósticos y preoperatorios pertinentes./ 21-10-2013: ingresa en Cirugía y se le practican:/ Estudios preoperatorios que incluyen: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, marcadores tumorales, radiografía de tórax, electrocardiograma y espirometría. También fue valorado por el Servicio de Anestesia, siendo declarado apto para la intervención quirúrgica./ Estudios diagnósticos y de extensión de la enfermedad que incluyen: TAC toraco-abdomino-pélvico (realizado el 22-10-2013) y resonancia nuclear magnética pélvica (realizada el 23-10-2013 en el "V" al carecer este hospital de la misma y previo traslado del paciente en ambulancia)/ 24-10-2013: el paciente fue dado de alta pendiente de una colonoscopia preferente que se realizó de forma ambulatoria el 30-10-2013./ 05-11-2013: el paciente acudió a la consulta de Cirugía y a la vista de los resultados de todos los estudios realizados se le remitió al Servicio de Oncología Radioterápica" del Hospital "Y" "para iniciar el tratamiento neoadyuvante preoperatorio, quedando pendiente de intervención quirúrgica en nuestro centro entre 4 y 8 semanas después de la finalización del mismo. A modo de resumen, se trataba de un cáncer de recto inferior pT4N2 (tumor localmente muy avanzado) y pM0 (ausencia de diseminación a distancia en hígado y pulmón) subsidiario de dicho tratamiento previo./ 26-02-2014: el (Hospital "Y") nos remite notificación de la finalización del tratamiento neoadyuvante el día 15-01-2014 con la finalidad de programar la intervención quirúrgica antes de 8 semanas. Consta en la historia clínica que ese mismo día el yerno del paciente informó que dicha intervención tendría lugar en el (Hospital "Y"), desconocimos el motivo. A partir de esta fecha no hay constancia de más información sobre el paciente". Concluye que "se emplearon todos los medios disponibles y necesarios para el correcto diagnóstico" y que "no hubo ningún retraso diagnóstico; más al contrario, se realizó todo con la máxima diligencia posible".

5. El día 18 de agosto de 2015, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito en el que manifiesta que "en ningún caso se le puede tener

por desistida, pues la reclamación la efectúa en nombre propio además de en beneficio de la comunidad de herederos”, estando admitido por la jurisprudencia que “la legitimación del comunero viene determinada por su fundamento en el derecho común ejercitado y el resultado provechoso pretendido”.

Acompaña una copia del certificado de defunción de su padre, del certificado de últimas voluntades, del Libro de Familia y de la “representación otorgada a favor de la compareciente” por su madre y hermanos en un documento privado.

6. El día 27 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los perjudicados la fecha de recepción de su reclamación -29 de julio de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

7. Mediante oficio de 31 de agosto de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una “copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe de los servicios de Cirugía General, Oncología Radioterápica, Oncología Médica, Neumología y Servicio de Admisión (en este caso solamente nos interesa confirmación de si el 04-06-2014 se le da cita para Urología para el día 03-12-2014)”. La solicitud se reitera el 2 de octubre de 2015.

8. El día 14 de octubre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios los documentos solicitados.

En el informe de la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano del Área Sanitaria IV, de 30 de septiembre de 2015, consta que el 04-06-2014 fue citado para primera consulta de Urología para el 03-12-2014./ La petición de consulta

tenía indicación de `preferente´ y, como es habitual, se sometió a valoración del Jefe del Servicio de Urología, quien consideró que debía citarse a ritmo normal”.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital “Y”, fechado el 30 de septiembre de 2015, refleja que “el paciente ingresa en nuestro Servicio el 03-03-2014, una vez completado el tratamiento neoadyuvante realizado por los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterápica de su adenocarcinoma de recto para ser sometido a amputación abdomino-perineal. Finalizada la neoadyuvancia el paciente había sido reestadiado según protocolo, sin evidencia alguna de enfermedad extrarrectal y con la constatación de una muy buena respuesta local./ El 04-04-2015 le fue practicada una amputación abdomino-perineal y la reparación de una hernia inguinal derecha con colocación de una malla por vía posterior. La evolución posoperatoria fue excelente y fue dado de alta el 14-03-2014 con consulta de revisión en nuestro Servicio y la recomendación de solicitar `(...) consulta en el Servicio de Oncología Médica para continuar tratamiento´, según consta en nuestro informe de alta./ El 27-03-2014 tiene un informe del Servicio de Oncología Radioterápica donde se relata el resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica: `respuesta completa G0 sin evidencia de tumor residual, bordes libres, no invasión vasculolinfática ni perineural, 2 ganglios aislados sin evidencia de tumor pT0 pN0´ y se le cita para revisión en ocho meses./ El 28-05-2014 el paciente fue visto en la consulta externa del Servicio de Cirugía General donde se constata su buen estado, la recidiva de la hernioplastia practicada y la queja del paciente de que se le escapa la orina. Se solicitó consulta al Servicio de Urología de nuestro hospital y unos marcadores tumorales para ser vistos en la próxima consulta./ A partir de ese momento el Servicio no vuelve a tener relación con el paciente hasta que en septiembre de 2014 está ingresado en el Servicio de Neumología en situación de enfermedad neoplásica diseminada y se nos solicita consulta por fístula biliar e ictericia. En aquel momento el Servicio de Cirugía únicamente puede aportar medidas

paliativas, y en ningún momento variar el evidente desenlace que habría de tener el proceso”.

El Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital “Y” señala en su informe, de 13 de octubre de 2015, que el paciente “recibe tratamiento radioterápico preoperatorio concomitante con Capecitabina vía oral entre los días 27-11-2013 y 15-01-2014 (...). Buena tolerancia al tratamiento neoadyuvante”.

Por su parte, el Director del Instituto Nacional de Silicosis indica en el informe de 30 de septiembre de 2015 que el paciente acudió a su Servicio el 21 de septiembre de 2014 “por disnea”. Explica que “el diagnóstico de ingreso en planta ya indicaba que se trataba de un derrame pleural izquierdo metastásico, de una neoplasia avanzada de recto, que además se acompañaba de metástasis hepáticas. Los datos clínicos de los días siguientes ponen de manifiesto la gravedad del cuadro (severo derrame pleural izquierdo grado III-IV/IV loculado, con pleura hipercaptante y atelectasia del LII y con la sospecha fundada de linfangitis carcinomatosa). Todo ello sumado a las numerosas metástasis hepáticas con trombosis de la vena porta y adenopatías retroperitoneales e implantes en el músculo recto abdominal derecho y grasa subcutánea./ La evolución en los días sucesivos estuvo claramente orientada a paliar la clínica del paciente y a mejorar su *estatus* diario (...). El paciente fue dado finalmente de alta con traslado al Hospital “V” y a cargo de Cuidados Paliativos el día 7 de octubre de 2014, después de las oportunas consultas con los Servicios de Cirugía y Oncología./ Una vez revisadas todas las notas de los responsables clínicos de Neumología (...), debo hacer constar que (...) estuvo siempre correctamente atendido y bien orientado, dentro de la enorme gravedad de la situación clínica y del pronóstico”.

En el informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y”, suscrito en fecha que no consta por dos facultativos, se consigna que el paciente fue “atendido, en primera visita, en el Servicio de Oncología Médica el 18-11-13 tras diagnóstico de adenocarcinoma de recto, en estadio III (...). En esa primera consulta se le facilitó el informe que se adjunta (anexo I)./ Tras

consentimiento informado, se inició tratamiento neoadyuvante (previo a la cirugía) de quimioterapia (...) y radioterapia (...) concomitantes (...). Posteriormente fue derivado al Servicio de Cirugía General para su intervención, siendo operado, según protocolo, al mes y medio (04-03-14)./ Como consta en las evoluciones de la historia clínica (...), el 28-03-14 acudió, por última vez, al Servicio de Oncología Médica para valorar la necesidad de realizar un tratamiento quimioterápico posterior a la cirugía, siendo este desestimado al comprobar en el informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica la ausencia de tumor residual, tratándose, por tanto, de una remisión completa patológica (anexo III). Ese día se remitió de nuevo al Servicio de Cirugía para realizar seguimiento (como consta explícitamente en las evoluciones clínicas), dado que, a pesar de la buena respuesta al tratamiento, y aunque en ese momento el paciente se encontraba sin evidencia de tumor, podía haber la posibilidad de una recaída tumoral./ En el protocolo consensuado entre los Servicios de Cirugía General y de Oncología Médica del (Hospital "Y") al finalizar el tratamiento quimioterápico los pacientes realizan el seguimiento en la consulta del Servicio de Cirugía General, siendo dados de alta en el Servicio de Oncología Médica. El motivo de esta actuación se fundamenta en tratar de evitar incomodidades al paciente con la duplicidad de consultas y de pruebas diagnósticas que, de esta forma, son programadas por un solo Servicio./ El Servicio de Cirugía General realiza, por tanto, seguimiento a todos los pacientes, dado que, como se recoge en el artículo adjunto (...), solo el 44% de los pacientes tras tratamiento neoadyuvante y cirugía con R0 (resección completa de la tumoración) sobreviven a los 5 años. Por tanto, un 56% de los pacientes presentan una recidiva y fallecen por el cáncer antes de 5 años". Adjuntan copia de varios informes relativos al proceso asistencial y de una publicación científica sobre la "estimación de supervivencia real en cáncer de recto resecable".

9. Mediante escrito de 19 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 18 de marzo de 2016, un gabinete jurídico privado, a instancia de la compañía aseguradora, libra un informe en el que se concluye que “la actuación médica fue conforme a la *lex artis*” y que el fallecimiento del paciente “trae causa en el carácter refractario del cáncer rectal que provocó metástasis”.

Por ello, entiende que procede desestimar la reclamación.

11. El día 28 de abril de 2016, dos especialistas -uno en Cirugía de Aparato Digestivo y otro en Urología y Andrología- suscriben un informe en el que, tras ofrecer una breve reseña del cáncer de colon, de la estadificación del cáncer de recto y del tratamiento de este tipo de tumores, analizan las consecuencias de la cirugía y la quimiorradioterapia en la esfera urológica, significando que “la radiación del recto, aun con los modernos sistemas de acelerador de electrones y campos de radiación circunferenciales, implica siempre que una cierta dosis de radiación afecte a los órganos vecinos. La vejiga urinaria recibe una parte de radiación que se traduce en lo que se denomina cistitis de radiación. Los síntomas de esta afectación se presentan varios meses después de la radiación y de forma progresiva. La polaquiuria (...), disuria (...), hematuria y la posibilidad de que con el paso del tiempo se desarrolle una microvejiga. Estos síntomas son muy difíciles de controlar y siempre son muy molestos para el paciente”.

Añaden que “la inervación del recto y de la vejiga es común a través del plexo hipogástrico, y por lo tanto por mucho que el cirujano se esfuerce en conservar y proteger este plexo siempre quedará como secuela una vejiga denervada (el término científico es vejiga neurogénica). Las consecuencias (son) que la vejiga no es capaz de contraerse para miccionar, y al tener escasa sensibilidad tiende a retener la orina y la evacuación se hace por rebosamiento y de manera incontrolada con incontinencia (...). Al ser el cáncer de colon y

recto propio de personas de cierta edad a todas estas consecuencias de radioterapia y de la cirugía se añade que el paciente tiene un adenoma prostático más o menos importante, pero prácticamente siempre presente. Esto dificulta la evacuación de la vejiga neurogénica y además (...) impide que la vejiga se vacíe por completo, quedando un residuo miccional. Como por todos estos factores es muy probable que la orina se infecte esta infección se perpetúa en el residuo y se hace crónica, o al menos en episodios recurrentes (...). Este tipo de problemas se consideran inherentes a la técnica quirúrgica y al tratamiento con radioquímico y vienen expresados con claridad e inequívocamente en el consentimiento informado que firmó el paciente (...). Debe quedar claro que las molestias urinarias que presentaba este paciente son típicas consecuencias del tratamiento neoadyuvante y la cirugía, y que nada tienen que ver con la aparición de las metástasis ni con la complicación que le produjo la malla de la corrección herniaria”.

Respecto a la metástasis a distancia del cáncer de recto, señalan que “la radioquimioterapia neoadyuvante tiene por misión controlar la enfermedad local (el tumor del recto) y la enfermedad regional (los ganglios linfáticos de drenaje del recto), pero evidentemente no controlará la enfermedad a distancia, esto es, la metástasis./ El lugar preeminente para las metástasis de un cáncer de recto es el hígado seguido del pulmón y el peritoneo (exactamente como ha ocurrido en este caso)./ Alrededor del 15-20% de los cánceres de recto tienen ya metástasis detectables en el momento del diagnóstico (...). En este caso las metástasis hepáticas se detectaron en una ecografía que le pidió el urólogo por las molestias que ya hemos comentado el día 11-08-14. En ella ya se observó una zona hipoecoica en la cúpula hepática de 2,5 cm. Habían pasado solo 5 meses de la cirugía (...). Cuando se intentó una cirugía para reseca esas metástasis había ya tantas que se consideró imposible una cirugía de resección. Eso fue el día 09-09-14./ ¿Es posible que en tan poco tiempo se hayan desarrollado esas metástasis? Es poco probable, dada la cronobiología de los cánceres de colon y recto. Lo más probable es que esas metástasis ya existieran en el momento de la cirugía y el TAC no las detectara”, pues, según

explican, "el TAC solo puede detectar las metástasis hepáticas que tengan al menos 8 mm".

En cuanto a la posibilidad de curación de este tipo de tumores, indican que es de "dos pacientes por cada tres operados y tratados", y que por ello lo que ha ocurrido en el caso de que se trata "no es nada excepcional".

Significan que "la familia argumenta que los oncólogos del (Hospital `Y´) les dijeron que consideraban al paciente curado y que por esto no era necesario más tratamiento, poniendo en duda que los médicos "lo expresaran así", pues "lo segundo es defendible, pero lo primero (...) solo es aceptable para el control de la enfermedad local, puesto que se había demostrado una `respuesta clínica completa´".

Destacan que en el "Manual de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos", que es "el canon científico por el que nos guiamos los cirujanos españoles, en el capítulo de cáncer de recto (...), dice textualmente (...) `a diferencia de lo que sucede en el cáncer de colon no hay evidencia de que la quimioterapia adyuvante sirva para algo. No obstante se da de forma habitual por los oncólogos clínicos con la finalidad de disminuir el riesgo de metástasis".

En cuanto a la migración de la malla colocada para la corrección de la hernia inguinal, señalan que "este tipo de malos resultados (...) es inherente a la técnica quirúrgica, y no expresa mala praxis médica, falta de diligencia o falta de habilidad quirúrgica. Se considera un riesgo inherente a la técnica, y como tal viene expresado en el consentimiento informado que el paciente firmó. En concreto, dice con claridad que la hernia puede reproducirse, o que la malla puede provocar lesión intestinal u obstrucción intestinal".

Por ello, consideran que las imputaciones de retraso diagnóstico y de falta de empleo de los medios disponibles carecen de fundamento. Respecto al retraso diagnóstico, afirman que "es difícil encontrar un proceso médico tan complejo como es el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de recto con mayor eficacia. La espera de 6 semanas entre el final de la radioterapia y la cirugía es necesaria para que el tratamiento haga efecto (...). El manejo del paciente fue impecable".

En cuanto a los medios empleados, sostienen que “se siguieron estrictamente los protocolos diagnósticos”. Al respecto, precisan que “la ecoendoscopia no era necesaria porque ya en la resonancia se dice que se trataba de un estadio T4N2, y esta prueba no iba a aportar nueva información y en cambio es muy molesta para el paciente. El PET no ha mostrado mejor sensibilidad que el TAC y la resonancia para el despistaje de las metástasis hepáticas”, añadiendo que, por otro lado, “no hay evidencia científica de que la quimioterapia posoperatoria ofrezca mejoría de índices de curación o de incremento de la supervivencia media (...). En muchos Servicios de Oncología sí le hubieran dado tratamiento, pero esto es más una medicina defensiva, precisamente para evitar este tipo de demandas, no por razones científicas”.

En cuanto a la necesidad de recurrir a la medicina privada, indican que “los síntomas que presentaba el paciente de dolor en hipogastrio, tenesmo vesical, polaquiuria (...) y disuria (...) son la consecuencia de la lesión del plexo hipogástrico que se produce al resear el recto y la tienen todos los pacientes sometidos a esta cirugía. Los síntomas se agravan por infección de la orina, que se cronifica y se mantiene al presentar residuo miccional. Hubiera bastado que el paciente hubiera acudido a su médico de cabecera para realizar algo tan fácil y elemental como un cultivo de orina para poderle indicar un antibiótico adecuado que hubiera mejorado en gran parte sus problemas. El resto de las secuelas, es que sencillamente no tiene buena solución y lo más prudente es dejar pasar unos meses para que la vejiga neurogénica se recupere en lo posible”.

Niegan relación de “la emigración de la malla con las molestias urinarias (...) o con los dolores abdominales del paciente. El daño que va produciendo la malla sobre las asas intestinales es muy lento y asintomático; paradójicamente las `tripas` carecen de sensibilidad noniceptiva y no siente dolor por la presión que hace la malla sobre ellas hasta que no comienza el síndrome obstructivo, que se manifiesta por dolor cólico progresivo y distensión abdominal con vómito. La emigración de la malla es una eventualidad de la corrección de la

hernia con material protésico, y como tal viene especificado en el consentimiento informado”.

Subrayan que “estamos hablando de una enfermedad, el cáncer de recto, extremadamente grave, y aun con los mejores tratamientos (como el que ha recibido este paciente) la posibilidad de que el tumor se reproduzca y el paciente muera de las metástasis es de un 30%”.

12. Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito notificado a la reclamante el 27 de mayo de 2016, con indicación de que se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, aquella toma vista del mismo el 31 de mayo de 2016. Con la misma fecha presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicita una ampliación del plazo por otros quince días.

13. Con fecha 14 de junio de 2016, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que “es hecho constatado que el tratamiento quimio y radioterápico y la intervención de cirugía practicada al paciente tuvo el resultado apetecido, observándose lo que se denominó `respuesta terapéutica completa´ (...). Ahora bien, tan exitosa actuación inicial no tuvo seguimiento ni control posterior, dándose por terminada la actuación de Oncología, e incluso manifestándosele al paciente y sus familiares que se podía dar el proceso por curado, pese a las evidentes posibilidades de recidiva, perfectamente conocidas y protocolizadas./ Así, cuando en mayo siguiente se describen las molestias abdominales, el Servicio de Cirugía se limita a derivar al paciente a Urología, sin que conste realizado ningún control por parte de Oncología ni por el Servicio de Cirugía./ Y solo con posterioridad, en julio siguiente, cuando el paciente acude a la medicina privada (...) se constatan lesiones en el hígado sugestivas de metástasis, alteraciones hepáticas que ni siquiera llegaron a resecarse, dada la extensión que ya había alcanzado la enfermedad (...). Es evidente que cuando en el mes de abril se da el proceso por terminado con curación no se tomó la

menor precaución para vigilar que no se produjera una recidiva (pese a que el porcentaje de probabilidad es notable y oscila entre el 25 y el 55%)./ En procesos similares es usual indicar revisiones periódicas (una primera a los tres meses) precisamente para atajar cualquier posible recurrencia de la enfermedad, que alcanza casi a un tercio de las resecciones curativas, y que en este supuesto se descuidó de forma absolutamente inexplicable, hasta el punto de que cuando fue descubierto el estado de cosas cualquier actuación era ya tardía”.

Añade que, “independientemente de lo antedicho, es reconocido que la malla intraabdominal con que se corrigió la hernia que padecía -de la que no consta firmado ninguna clase de consentimiento- migró, causando dolores y molestias al paciente. Más allá de considerar que tal circunstancia pudiera ser una consecuencia esperable o típica -y de la que desde luego no se le informó, al no estar prevista tal intervención-, lo cierto es que una vez detectada debió ser corregida de inmediato, o cuando menos controlada, y nada se hizo./ En la historia clínica consta que desde que se tuvo conocimiento de que había migrado la malla colocada en la hernia inguinal derecha, y pese a los síntomas urinarios y los fuertes dolores abdominales que padecía, se le dio cita con el Servicio de Urología a más de seis meses vista, por lo que el enfermo se vio obligado a recurrir a la sanidad privada, lo que comportó importantes gastos”.

Finalmente, se ratifica en su pretensión indemnizatoria.

14. Con fecha 8 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en la que, partiendo de la argumentación contenida en los informes incorporados al expediente, concluye que “se actuó en todo momento con absoluta diligencia y dentro de la más estricta *lex artis*”, pues “el paciente fue correctamente diagnosticado y se siguieron los protocolos de estudio en un tiempo realmente muy ajustado”. Señala que las molestias urinarias del paciente y la migración de la malla son efectos indeseables aunque típicos de los tratamientos aplicados, y que “un tratamiento oncológico y quirúrgico

correcto, como el que se hizo en este caso, no excluye la posibilidad de que en la evolución de la enfermedad aparezcan metástasis a distancia". Por ello, propone desestimar la reclamación.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de julio 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, adjuntando a tal fin copia del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada

en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada registrada en la Administración del Principado de Asturias el día 21 de julio de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están la esposa y los hijos del fallecido activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Quien suscribe la reclamación -una de las hijas del finado- manifiesta actuar en su propio nombre y derecho y “en interés del resto de herederos (viuda e hijos)”. Atendiendo al requerimiento formulado por la Administración, aquella aporta al objeto de acreditar la representación que ostenta un documento privado en el que su madre y hermanos la autorizan a tramitar en su nombre la reclamación, por lo que podemos deducir de él la intención de otorgarle su representación. Ahora bien, puesto que el procedimiento iniciado a su instancia no se refiere únicamente al resarcimiento del daño patrimonial irrogado por la asistencia en la medicina privada en perjuicio del caudal transmitido a la comunidad hereditaria a la muerte del causante, sino también al daño de carácter moral que han sufrido los familiares más cercanos del paciente como consecuencia de una supuesta pérdida de oportunidad, su reclamación por otra persona, tratándose de un daño personalísimo, requiere acreditar la representación en la forma establecida en el artículo 32.3 de la LRJPAC, esto es, “por cualquier medio válido en derecho que deje constancia

fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado”; requisitos que no pueden entenderse cumplidos con la aportación de un escrito privado.

No obstante, y habida cuenta de que la Administración -a pesar de su requerimiento inicial- no ha cuestionado en las fases posteriores del procedimiento su condición de interesados, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación efectuada en representación de la esposa e hijos del finado sin que aquella, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación.

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 21 de julio de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 12 de octubre 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 Responsabilidad Patrimonial.

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, observamos una indebida paralización en la tramitación del procedimiento entre octubre de 2015 -fecha de recepción en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la documentación remitida por el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV- y enero de 2016 -en que se envía una copia del expediente completo a la correeduría de seguros-. Esto, unido a la demora en la instrucción del mismo, da lugar a que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se haya rebasado ampliamente 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que los interesados atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada a su esposo y padre, respectivamente, en relación con un cáncer de recto. Los perjudicados solicitan una indemnización por su fallecimiento, que atribuyen a un retraso diagnóstico y a la consecuente pérdida de oportunidad terapéutica. A su vez, instan el abono de los gastos ocasionados en tratamientos médicos privados a los que recurrió para obtener una más pronta asistencia que la que le proporcionaba el servicio público sanitario.

Consta en el expediente que el paciente falleció en un centro sanitario el día 12 de octubre de 2014, tres meses después de la detección en una clínica privada de metástasis en el hígado que resultarían irreseccables, por lo que debemos presumir en sus allegados un daño moral susceptible de reclamación.

También existen pruebas de la realidad de los gastos que el esposo y padre de los perjudicados abonó por la asistencia dispensada en un centro privado. Respecto de estos últimos, venimos manifestando en dictámenes precedentes (por todos, Dictamen Núm. 20/2014) que es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En cuanto a los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo solo resulta procedente en los "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital", y "una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción". Dicho procedimiento no está sometido al dictamen de este Consejo.

No consta que la petición de reintegro haya sido atendida, de lo que cabe deducir su desestimación presunta, y la Administración ha tramitado el procedimiento de responsabilidad patrimonial también por los gastos ocasionados en la sanidad privada, a lo que los reclamantes no se han opuesto.

La naturaleza subsidiaria de este cauce resarcitorio no obsta a la tramitación de una reclamación de responsabilidad patrimonial comprensiva del importe de los gastos sanitarios en los que se haya incurrido a consecuencia del tratamiento de una enfermedad cuya satisfacción no se ha obtenido por la vía específica, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los

mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Consecuentemente, habrá que analizar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño antijurídico -en definitiva, un daño que el perjudicado no tenga la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la

valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En su solicitud inicial los reclamantes reprochan al servicio público una demora en el diagnóstico de la metástasis hepática "por no emplear todos los medios disponibles", lo que, a su juicio, "determinó (...) una pérdida de oportunidad". Precisan en el escrito de alegaciones aportado en el trámite de audiencia que tales medios pasaban por un seguimiento más estrecho de la evolución del paciente para poder "atajar cualquier posible recurrencia de la enfermedad", mediante la práctica de una revisión "a los tres meses", que es la "usual" -según señalan- en "procesos similares", y que pese a ello en el caso de su allegado en mayo de 2014 se dio por "terminada la actuación de Oncología (...), manifestándosele al paciente y sus familiares que se podía dar el proceso por curado (...), sin que conste realizado ningún control por parte de Oncología ni por el Servicio de Cirugía".

Frente a estas afirmaciones, el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" señala en su informe de 30 de septiembre de 2015 que cuando el paciente fue visto el día 28 de mayo de 2014 se solicitó una "consulta al Servicio de Urología (...) y unos marcadores tumorales para ser vistos en la próxima consulta". La fecha en la que estaba previsto efectuar dicha consulta es desconocida; pero, puesto que las metástasis hepáticas irresecables se detectan en la sanidad privada en julio de 2014, cuando solo habían transcurrido dos meses desde la última revisión en el Servicio de Cirugía

General y tres meses desde la extirpación del tumor primario, resulta evidente que una realización más precoz por parte del servicio público sanitario del control que los perjudicados consideran indicativo de buena praxis -tres meses desde la última revisión; esto es, agosto de 2014- no habría permitido alterar el curso de la enfermedad. A mayor abundamiento, debe significarse que el hallazgo en la sanidad privada de las metástasis se produce, según se desprende del informe de Urología que obra en el expediente (folios 33 y 34), de forma incidental, no como consecuencia de una revisión practicada para descartar una posible recidiva tumoral de la que pudieran ser signos las molestias urológicas y el dolor que el enfermo presentaba en la región inguinal izquierda, sino en un TAC que se pauta al desencadenarse en el paciente -que previamente había sido sometido a una herniorrafía inguinal bilateral en la sanidad privada- síntomas de una obstrucción intestinal severa producida por la migración de la malla de reparación de la hernia inguinal derecha previamente colocada por el servicio público sanitario, que al practicar la herniorrafía inguinal bilateral en el centro privado no se tocó. Por tanto, debe descartarse que el régimen de control pautado al paciente haya ocasionado una pérdida de oportunidad terapéutica, así como que el servicio público haya actuado incorrectamente al no intervenir de inmediato sobre la malla migrada, según señalan los perjudicados en el escrito de alegaciones, pues el responsable de su tratamiento en el centro privado, al que ningún reproche se hace, adoptó respecto de aquel material quirúrgico la misma opción conservadora que los facultativos encargados del paciente en la sanidad pública.

Por otra parte, no han probado los interesados que una atención más temprana por parte del Servicio de Urología del Hospital "Y" hubiera conseguido erradicar las molestias urinarias del paciente, que, según señalan los especialistas autores del informe librado a instancias de la compañía aseguradora, constituyen un efecto tan desagradable como inevitable de los tratamientos de radioterapia y cirugía correctamente pautados y necesarios para tratar de salvar la vida de aquel. Tales molestias podían haberse tratado de atajar en parte en la sanidad pública con "tratamiento sintomático", al igual

que se hizo en la sanidad privada, tal y como consta en el informe anteriormente citado, y para ello “hubiera bastado que el paciente hubiera acudido a su médico de cabecera”, aunque el tratamiento no habría permitido paliar, al igual que sucedió en la medicina privada, todas las secuelas de la vejiga neurogénica que desgraciadamente han de soportar los pacientes afectados por esta dolencia hasta que se produzca su recuperación con el transcurso del tiempo.

Tampoco puede reprocharse al servicio público sanitario la falta de diagnóstico de las metástasis hepáticas al alta en el Servicio de Oncología Médica, puesto que tales metástasis, aunque seguramente ya existían en el momento de la cirugía, como se señala en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora, resultarían indetectables en un TAC, dado el tamaño estimado de las mismas a tal fecha.

A falta de pericia en sentido contrario aportada por los reclamantes, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en calificar como correcta la actuación sanitaria del sistema público, tanto en la fase de diagnóstico como en la del abordaje terapéutico de la enfermedad, y afirman que las molestias urinarias del paciente y los daños ocasionados por la migración de la malla colocada para la reparación de la hernia inguinal constituyen efectos bien conocidos de las intervenciones practicadas y asumidos por el paciente al firmar los correspondientes documentos de consentimiento informado para cirugía de hernias y eventraciones y para cirugía de colon y recto, suscritos por el paciente con fechas 1 y 24 de octubre de 2013, respectivamente (folios 143 a 146).

En suma, no existió pérdida de oportunidad terapéutica ni pueden apreciarse infracciones relevantes de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial susceptibles de provocar un daño al paciente que pudieran justificar objetivamente -según los criterios que hemos expuesto en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 56/2013)- una pérdida de confianza en el sistema público tributaria del reintegro a la comunidad hereditaria de los gastos satisfechos por el causante al recurrir a la sanidad privada.

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.