

Expediente Núm. 309/2016  
Dictamen Núm. 3/2017

**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 enero de 2017, 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 7 de diciembre de 2016 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su familiar que relacionan con el tratamiento de un melanoma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 21 de octubre de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la actuación del servicio público sanitario, a la que atribuyen el fallecimiento de su familiar.

Exponen que la fallecida “fue sometida a trasplante renal” en el Hospital “X” “el 1 de marzo de 1996, y desde entonces a tratamiento inmunosupresor”.

Señalan que el día "19 de abril de 2012 acude a consulta de Dermatología en el (Hospital "X") al detectar un lunar de aspecto sospechoso en el hombro izquierdo, realizándose una biopsia, diagnosticándose melanoma nodular de extensión superficial en fase de crecimiento vertical, nivel anatómico IV, de 1,88 mm de espesor (...). En los días posteriores se le practican pruebas analíticas, placas de tórax y TAC que dan resultados negativos de metástasis, indicándose a la paciente que se debía realizar ampliación de márgenes en la zona del melanoma./ A pesar de que (...) se encontraba con tratamiento inmunosupresor, teniendo el sistema inmune muy bajo, como así lo manifestó a los facultativos y les constaba por la historia clínica, y de que ante este tipo de lesiones los tiempos de espera son muy determinantes por perjudiciales, no se le realiza la intervención de ampliación de márgenes hasta el día 30 de mayo de 2012, mes y medio después".

Indican que "a principios (...) de octubre de 2012" acude a consulta de Dermatología tras detectar un "punto negro extraño", y que se le realiza una biopsia, siendo diagnosticado como un "nuevo melanoma maligno sin conexión con la epidermis supradyacente (...). En el informe se hace constar que probablemente se trate de una recidiva o una satelitosis, confirmando finalmente la satelitosis o metástasis cutánea, debiendo someterse a una nueva intervención quirúrgica de ampliación de márgenes".

Manifiestan que, "consultada la situación" con un especialista privado, este "concluye que se trata de una recidiva como consecuencia de una mala práctica primaria en la intervención de ampliación de márgenes, y no de una satelitosis como estableció el (Servicio de Salud del Principado de Asturias). Dicho especialista informa a la familia de la paciente que se debe realizar la intervención de ampliación de márgenes cuanto antes, ya que en una paciente (...) con un trasplante renal los tiempos de espera son cruciales, al igual que aconseja la realización de una resonancia de cabeza para descartar metástasis, todo lo cual fue comunicado" por la hermana de la paciente a los facultativos que la trataban, "a pesar de lo cual esta prueba no se llegó a realizar".

Indican que "con fechas 30 de octubre, 8 y 20 de noviembre de 2012 se efectúa placa de tórax, ecografía y TAC con resultados negativos de

diseminación tumoral”, y que “la paciente es citada a consulta de Dermatología (...) el día 31 de octubre de 2012” comunicándosele “que el día 5 de noviembre” debía personarse en ese Servicio “para realizar la nueva ampliación de márgenes. El día 1 de noviembre, mediante llamada telefónica”, un facultativo le “comunica (...) que a partir de ese momento se haría cargo de su caso” otra médica, informándola de que “se personara en su consulta el día 8 de noviembre de 2012, suspendiéndose, por tanto, la intervención prevista para el día 5 de noviembre”, ya que se llevaría a cabo en el Hospital “Y” “en breve”, frente a lo cual la paciente “insistió en que estaba a tratamiento” con “inmunosupresores y que los tiempos de espera podrían ser” no ya “perjudiciales, sino fatales. Como el tiempo transcurría sin que la paciente fuera citada para la intervención anunciada”, se persona en el citado centro “el día 27 de noviembre de 2012, donde le informan que no figura en lista de espera y ni siquiera tienen en dicho centro su historial clínico”, por lo que ese mismo día acude al Servicio de Dermatología del Hospital “X” para solicitar explicaciones, “sin que pueda conseguir nada al estar los facultativos de vacaciones”.

Reseñan que tras una nueva gestión la intervención se lleva a cabo “el día 17 de diciembre”, y que el informe de la biopsia diagnóstica “cicatriz con melanoma residual. Exéresis completa”. Subraya que “desde el último diagnóstico transcurrieron 2 meses sin llevar a cabo la intervención, y por insistencia de la paciente, a sabiendas de que estaba a tratamiento con inmunosupresores, cuando la intervención era preferente o urgente, y en estos casos la espera o el retraso eran muy perjudiciales y podían ser fatales”.

Añade que “en mayo de 2013 continúan las revisiones en el Servicio de Dermatología, realizándose el día 20 de dicho mes un TAC, sin detectar progresión tumoral”, y destacan que “a dicha fecha todavía no se le había realizado la resonancia cerebral sugerida por la familia en octubre de 2012 en virtud de la segunda opinión recabada (...). El 6 de noviembre de 2013 se practica de nuevo TAC donde se detecta progresión nodular axilar izquierda (...). El día 22 de este mes se la cita en consulta para solicitar una ecografía axilar, dándole cita para el día 18 de diciembre (...), detectándose adenopatía

altamente sospechosa de progresión axilar (...). El 2 de enero de 2014 se realiza punción de la adenopatía para biopsia y PAAF, resultando como diagnóstico `lesión compatible con metástasis ganglionar de melanoma´ (...). A la vista de este resultado se realizan pruebas preoperatorio para intervención preferente por el Servicio de Cirugía Plástica, que se lleva a cabo el día 26 de enero de 2014, casi tres meses desde que se le detecta en el TAC la adenopatía. En el informe de alta se detectan dos adenopatías con metástasis de melanoma, lo cual es confirmado con el informe de biopsia el día 27 de enero (...). La paciente es derivada a consulta oncológica, siendo examinada el día 17 de febrero de 2014”, momento en el que se “desaconseja el uso de Interferón al existir un trasplante renal y estar con tratamiento inmunosupresor, dudando en derivarla a radioterapia, ya que sus efectos positivos son de un 7% y el tratamiento no es inocuo. En el informe emitido se establece como impresión diagnóstica `melanoma estadio III reseado´ (...). El día 20 de marzo de 2014 es examinada por el Servicio de Oncología Radioterápica, quien aconseja realizar sesiones de radioterapia axilar, ya que existe un 70% de posibilidades de curación, en contraposición al 7% establecido” por otra doctora. Esta “situación de indecisiones, dudas, esperas y demoras en los tratamientos desde que se detecta la enfermedad, que produce una imagen de descoordinación y, a veces, de incompetencia del servicio público, generan en la paciente un estado de zozobra, confusión y desconfianza que, ante una cuestión tan vital y urgente, hacen que decida buscar una segunda opinión”, por lo que acude a consulta en la Clínica ....., “donde se realiza un PET en vez de un TAC, así como una ecografía axilar”, aconsejando radioterapia e insistiendo “en la importancia de la realización de BRAF”.

Señalan que cuando informan sobre el resultado de la segunda opinión en el Servicio de Dermatología del Hospital “X” les dicen que “el PET se podía haber realizado en el “Z” a petición del (Hospital “X”), ahorrándose el coste elevado de dicha prueba”. Reprochan que tras recibir las sesiones de radioterapia (“que finalizan el 6 de mayo de 2014”) no fue citada para seguimiento hasta el 5 de junio de 2014, prescribiéndose las pruebas a realizar

en futuras revisiones, precisando que el día "26 de septiembre de 2014 se practica una ecografía de abdomen y partes blandas, detectándose un nódulo hipoecogénico, recomendando estudio y valoración por RM y/o TAC hepático (...). El 6 de octubre de 2014 se realiza un PET/CT oncológico, donde aparece metástasis ganglionar, hepática, esplénica y ósea (...). Tras estas pruebas el Servicio de Dermatología solicita para la paciente consulta en Oncología, informándole que tardarían varias semanas en citarla. Ante tal demora se contacta con la Clínica ....., que le concede cita el día 17 de octubre de 2014", donde se le realiza un "TAC toraco-abdominal que objetiva metástasis pulmonares bilaterales de nueva aparición, observándose la presencia de un tromboembolismo pulmonar, así como un derrame pericárdico y pleural bilateral", y se completan "estudios mediante RM cerebral, detectándose 5 lesiones ocupantes de espacio, así como un pequeño meningioma frontal izquierdo", decidiéndose su "ingreso para tratamiento de las complicaciones clínicas objetivadas y posteriormente inicio de tratamiento oncológico", siendo dada de alta el día 23 de octubre de 2014, y "quedando pendiente de iniciar tratamiento quimioterápico dentro de ensayo clínico".

Explican que "cuando llevaba una semana ingresada en la Clínica ..... llaman por teléfono del (Hospital `X´) para concertar visita en Oncología, respondiendo la familia que la paciente estaba ingresada en ..... y no podía acudir./ El 27 de octubre acude al Servicio de Urgencias del (Hospital `X´) por palpitaciones, dolor torácico, taquicardia y fiebre con distermia, solicitándose interconsulta al Servicio de Oncología Médica", donde llega a afirmarse que "no conocen a la paciente" y que "no requiere seguimiento por Oncología Médica", por lo que decide continuar el tratamiento en la Clínica ....., en la que permanece entre el 29 de octubre y el 1 de noviembre de 2014, acudiendo periódicamente para seguir con el tratamiento hasta el 25 de abril de 2015, momento en el que se observa "mejoría y progresión generalizada".

Tras poner de relieve que "mediante escrito de fecha 9 de marzo de 2015" la paciente solicitó el abono de los gastos derivados de la atención médica recibida en la clínica privada, indican que el "día 2 de mayo de 2015 (...) ingresa en el Servicio de Urgencias por malestar general, con mal

pronóstico, y realizada interconsulta a Oncología Médica se responde que no es necesario el seguimiento por dicho Servicio. Dada la mala evolución de la paciente se decide iniciar sedación paliativa, siendo exitus el 4 de mayo de 2015”.

Como “se comprueba a través del relato cronológico detallado en los apartados precedentes, resulta que se produjeron numerosos retrasos o demoras en los tratamientos, retrasos en los diagnósticos, diagnósticos erróneos, no se realizaron todas las pruebas pertinentes para tratar debidamente las dolencias que presentaba la paciente, constituyéndose esta manera de proceder en una actuación sanitaria que se aleja de una correcta *lex artis*, de la que se ha derivado un daño a la paciente consistente en una calidad de vida más deteriorada y un mayor riesgo para la supervivencia, conjuntamente con el perjuicio de tener que recurrir en demanda de asistencia y tratamiento a servicios ajenos a la Seguridad Social”.

Afirman que la paciente fue privada de “la oportunidad de recibir un tratamiento determinado (...), precipitando su fallecimiento”, y resumen los episodios asistenciales en los que -a su juicio- se produjo una deficiente atención, que se concretan en una “demora” en la “intervención de ampliación de márgenes” realizada el día 30 de mayo de 2012, habiéndose diagnosticado el melanoma en el mes de abril de ese año; un diagnóstico erróneo el día 24 de octubre de 2012, al tratarse de una “recidiva como consecuencia de una mala práctica primaria en la intervención de ampliación de márgenes”, y no de “satelitosis o metástasis cutánea”; además, “a pesar de que la paciente debía ser sometida cuanto antes a una nueva intervención de ampliación de márgenes, la misma no se realiza hasta el 17 de diciembre de 2012, casi dos meses después”; la falta de realización de una “resonancia cerebral” recomendada en octubre de 2012 (que se efectúa de forma privada en octubre de 2014); un retraso en la práctica de la intervención quirúrgica correspondiente a la “progresión nodular axilar izquierda”, que, detectada el 6 de noviembre de 2013, no se realiza hasta el 26 de enero de 2014; la existencia de dudas “en aplicar el tratamiento radioterápico” y disparidad de cifras ofrecidas en cuanto al porcentaje de curación (7%, según el Servicio de

Oncología, y 70%, a tenor del de Oncología Radioterápica, ampliado al 80% por la Clínica .....); la negativa a realizar un PET, que debe llevarse a cabo en la citada clínica privada, efectuándose posteriormente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en octubre de 2014; el retraso de un mes en la realización del seguimiento tras finalizar las sesiones de radioterapia; la falta de cita, "con la celeridad exigible en su caso", para consulta tras la detección el 6 de octubre de 2014 de metástasis ganglionar; una desatención por el Servicio de Oncología Médica tras acudir al Servicio de Urgencias el día 27 de octubre de 2014, pues solicitada interconsulta al primero informa "que la paciente no es conocida en el Servicio, que no ha recibido ningún tratamiento y que no requiere seguimiento", teniendo que acudir nuevamente a la Clínica ....., "donde es tratada desde el 29 de octubre de 2014 al 25 de abril de 2015, observándose mejoría y progresión generalizada".

Cuantifican los "daños y perjuicios causados (...), de forma global, incluyendo los daños personales, morales y materiales, en la cantidad de ciento cincuenta mil" euros (150.000 €); no obstante, también precisan que los gastos por asistencia privada ascendieron a veinticinco mil ochocientos cuarenta y tres euros con noventa y seis céntimos (25.843,96 €).

Consta la remisión del escrito desde el Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, registrándose el oficio con fecha de salida de la Administración del Principado de Asturias el 28 de octubre de 2015 y de entrada en la misma Administración el día 3 del mes siguiente.

Aporta copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Certificaciones literales de inscripción en el Registro Civil de los nacimientos de la fallecida y de sus hermanos, del matrimonio de sus padres y del fallecimiento de la paciente, así como del Libro de Familia de aquellos. b) Diversa documentación médica correspondiente al proceso asistencial por el que se reclama. c) Facturas relativas a la asistencia prestada en la Clínica ..... d) Facturas sobre gastos de hotel (a nombre de la paciente, de su padre, de

uno de sus hermanos, de su hermana y de un tercero no reclamante), de restaurante y por servicios de hostelería.

**2.** Mediante oficio de 11 de noviembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 27 de noviembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por una facultativa del Servicio de Oncología Médica el 23 de ese mismo mes. En él señala que el día 17 de febrero de 2014 atendió en su consulta "por primera y única vez" a la paciente, que "acababa de someterse a una linfadenectomía axilar por una recurrencia de un melanoma en región deltoidea extirpado en 2012 (...) El único tratamiento aceptado en ese momento de la evolución de su enfermedad es el Interferón a dosis altas durante un año; tratamiento de escaso beneficio y que estaba contraindicado en la paciente por estar en tratamiento inmunosupresor por su trasplante renal (...). En dicha consulta (...) solicité valoración al Servicio de Oncología Radioterápica, como es habitual en estos casos. Efectivamente fue valorada en dicho Servicio, recomendándose tratamiento con radioterapia en región axilar, la cual se administró en abril de 2014 (...). De acuerdo a la Guía de práctica clínica de melanoma maligno de la NCCN americana, la más extendida en el manejo del cáncer (...), "la radioterapia adyuvante en las cadenas linfáticas se asocia con una disminución de las posibilidades de recurrencia en esa zona linfática, pero no produce impacto en la supervivencia ni en el riesgo de desarrollar metástasis en otros lugares". Solamente un 40% de los pacientes en esta situación están vivos a los 5 años y, muy probablemente, el tratamiento inmunosupresor de esta paciente por razón de su trasplante renal ha influido negativamente en el

pronóstico (...). No volví a tener contacto con la paciente. Posteriormente, desarrolló enfermedad metastásica y acudió a otro centro. Falleció en nuestro hospital el 4 de mayo de 2015 como consecuencia de la progresión de su enfermedad”.

**4.** Mediante escrito de 1 de diciembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la historia clínica digitalizada de la paciente y “ampliación de la misma con los procesos reflejados en el sistema Millenium”.

Con idéntica fecha, le envía el informe emitido ese mismo día por el Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital “X”. En él relata la asistencia prestada a la paciente y señala que “tras realizar exéresis en el mismo día de la consulta y (...) recibir el diagnóstico se informó a la paciente de la indicación de realizar biopsia de ganglio centinela como técnica fundamental para un correcto estadiaje. La paciente declinó realizarla probablemente por su patología de base./ Los plazos indicados para ampliación de márgenes inicial y para la exéresis amplia tras diagnosticarse de satelitis fueron de preferencia./ Igualmente, ante sospecha de adenopatías axilares, se solicitó ecografía preferente y posteriormente PAAF urgente”.

**5.** El día 30 de noviembre de 2015, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe y la historia clínica facilitada por la Médica de Familia del Centro de Salud .....

En el informe, emitido el 26 de noviembre de 2015, la facultativa indica que tras la exéresis practicada en el mes de abril de 2012 “acudía puntualmente para realizar curas en consulta de enfermería y tramitar gestiones administrativas relativas a periodos de incapacidad laboral y emisión de recetas bajo indicación de Atención Especializada”.

**6.** Con fecha 9 de diciembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "X" el 4 de diciembre de 2015. En él señala que se inició tratamiento radioterápico en el mes de abril de 2014 tras una segunda consulta en una clínica privada en la que se confirmó la indicación dada en el Hospital "X". Reseña que según el informe de la historia clínica, la paciente había manifestado "cierto desconcierto en cuanto a la indicación del tratamiento con radioterapia, puesto que hasta ese momento no se lo habían planteado". Afirma que la primera consulta tuvo lugar el día 20 de marzo de 2014 y que el tratamiento se inició el día 21 de abril de ese año, mediando la consulta para segunda opinión en la sanidad privada, por lo que entiende que no hubo "demoras para el inicio de la radioterapia". Una vez finalizado este tratamiento, el día 6 de mayo de 2014, "a la paciente se la instruyó en los cuidados que debería seguir y se le dio una cita para revisión en nuestro Servicio" para el 3 de junio de 2014, "según consta en el sistema informático de citaciones", sin que exista constancia de que haya sido vista con esa fecha en el Servicio, aunque sí consta cita programada para el mismo día en el Servicio de Oncología Médica, a la que acudió.

Concluye que a la vista de la información obrante en el expediente, la actuación por parte del Servicio informante "fue la correcta en cuanto a indicación y (...) a tratamiento".

**7.** Mediante oficio de 17 de diciembre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "X" el 15 de ese mismo mes. En él, tras resumir la asistencia prestada en dicho Servicio, se concluye que "el Servicio de Cirugía Plástica tiene conocimiento de esta paciente el 10-01-2014", cuando "es atendida sin cita previa y puesta en (lista de espera quirúrgica) vía circuito preferencial el mismo día./ En 16 días la paciente es

intervenida./ Al alta se envía (...) a Oncología Médica para continuar tratamiento”.

**8.** El día 1 de marzo de 2016, la Directora General de Política Sanitaria remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros y recaba el informe pericial de la compañía aseguradora.

**9.** Con fecha 19 de mayo de 2016, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el expediente administrativo, al haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que el 31 de ese mismo mes se da cumplimiento al citado requerimiento.

**10.** Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico emitido el 16 de mayo de 2016 por un especialista en Dermatología a instancia de la compañía aseguradora. En él explica que el diagnóstico del melanoma “se realiza mediante estudio histológico de la lesión cutánea extirpada. Sin embargo, incluso en casos muy precozmente extirpados, existe la posibilidad de metastatización y fallecimiento por el tumor. El mejor factor predictivo para la supervivencia del melanoma es el grosor de su infiltración en la dermis, que puede ser medido como índice del espesor de Breslow o como nivel de invasión de Clark. A mayor grosor de la lesión la capacidad de producir metástasis es mayor, por lo que el pronóstico de supervivencia es mucho peor”.

En cuanto a su tratamiento, señala que “es un tumor resistente a todo tipo de quimioterapia y radioterapia, por lo que la única opción (...) es su extirpación quirúrgica lo más precoz posible. Recientemente se están administrando tratamientos experimentales con inhibidores del BRAF e inmunoterapia con resultados parciales, aunque no curativos”, que “no se

encontraban disponibles en las fechas en que la paciente fue diagnosticada (...). Una vez que se producen metástasis del melanoma la quimioterapia y radioterapia no permiten prolongar la supervivencia del paciente. La linfadenectomía y el Interferón no han conducido a un aumento de la supervivencia de los pacientes con melanoma”.

Respecto al seguimiento, indica que, “aunque los protocolos han experimentado varios cambios a lo largo de los años”, resulta “obvio, y así se recoge en las guías actuales de manejo del melanoma, que la exploración clínica y la historia clínica son la base de la evaluación. Según se recoge, `las pruebas de imagen y hematológicas de rutina en pacientes asintomáticos rara vez identifican enfermedad sistémica oculta que se asocie a una mayor supervivencia basada en la detección asintomática’. Por tanto, las `modalidades actualmente disponibles, incluyendo TAC, resonancia magnética, PET, radiografía de tórax o pruebas hematológicas como la LDH carecen de la suficiente sensibilidad y especificidad para ser indicadas como pruebas de rutina’. Aunque la realización de una analítica basal, radiografía de tórax y ecografía abdominal es recomendada en diversas guías de manejo de melanoma, otros autores sostienen que no es necesaria la realización de pruebas de imagen o analíticas a menos que exista una sintomatología clínica que lo justifique. La razón es que dichas pruebas están encaminadas a la detección de metástasis, pero la detección precoz de estas no conlleva una posibilidad de tratamiento alguno, por lo que resulta estéril la búsqueda sistematizada de las mismas. Una vez que el melanoma ha hecho metástasis, el pronóstico es fatal y no hay ninguna posibilidad terapéutica actual que permita prolongar la supervivencia”.

Reseña que, “debido a su agresividad, el pronóstico del melanoma es malo, a menos que se consiga una eliminación de la lesión cuando (...) es muy fino. En general, se consideran melanomas `finos’ los que miden menos de 0,75 mm de espesor de Breslow, y tienen un buen pronóstico. Los melanomas que miden entre 0,75 y 1,5 mm de espesor de Breslow se consideran `intermedios’, y su pronóstico es reservado, pues, pese a una buena supervivencia a corto plazo, a la larga con frecuencia desarrollan metástasis y

conducen al fallecimiento del paciente. Finalmente, los melanomas de más de 1,5 mm de espesor de Breslow se consideran `gruesos`, y su pronóstico vital es malo”, por lo que “conducen a la muerte en la mayoría de los casos”.

Manifiesta que en el supuesto concreto que origina la reclamación “el diagnóstico del melanoma se realizó en la misma visita en que la paciente acudió (...). Presentaba un melanoma de gran grosor (1,8 mm), de tipo nodular, que implica un mal pronóstico. Se le realizaron estudios de extensión repetidos. Se le ofreció la realización del ganglio centinela. Se realizó ampliación de la cicatriz, que mostró una lesión de satelitosis (que es considerada una metástasis `cercana`). Ante la recidiva del tumor se realizaron nuevas pruebas de extensión y la extirpación de la nueva lesión tumoral, que resultó ser un melanoma a menos de 2 cm de la lesión inicial (por tanto, definida como `satelitosis`, aunque esta es considerada igualmente una metástasis cercana). La paciente presentó un nódulo axilar que resultó ser un ganglio metastásico, y se realizó una linfadenectomía, que mostró 2 de 5 ganglios afectados. Se realizó una radioterapia complementaria. En este momento el pronóstico de la paciente era infausto. Posteriormente, en las pruebas de extensión se detectaron metástasis generalizadas, que eran intratables y condujeron inexorablemente al fallecimiento de la paciente”.

A continuación aborda los “cuatro hechos” en los que “fundamentalmente” se basa la reclamación. En primer lugar, y por lo que se refiere al “tiempo de espera entre la extirpación de la lesión inicial y la ampliación de la cicatriz”, señala que “entre la detección del tumor el 19 de abril de 2012 y la reextirpación el 30 de mayo de 2012 transcurrieron 41 días”, periodo que los interesados juzgan “excesivo. Sin embargo, un artículo reciente demuestra que la realización de la ampliación quirúrgica (en el mismo acto junto con la realización de la biopsia del ganglio centinela) en un periodo inferior de 40 días se asocia con una reducción de la supervivencia del melanoma. Además, el retraso en hasta 90 días de este procedimiento no empeora el pronóstico del melanoma. Por tanto, se considera que el periodo óptimo de realización de este procedimiento quirúrgico es el comprendido entre 40 y 90 días. Así, en la paciente que nos ocupa la realización de la

reextirpación 41 días después del diagnóstico no tuvo ninguna incidencia en su supervivencia”.

En segundo lugar, y en relación con el “tiempo de espera entre la detección de la metástasis y recidiva y su extirpación quirúrgica”, indica que “entre el diagnóstico de la recidiva el 24 de octubre de 2012 y el 17 de diciembre de 2012 transcurren 54 días. No existen estudios sobre la incidencia del momento de la realización de la reextirpación de la recidiva sobre la supervivencia del melanoma. Sin embargo, si extrapolamos los datos anteriormente descritos sobre la lesión inicial, el procedimiento de nuevo se realizó en un tiempo correcto, entre 40 y 90 días. Por otro lado, la aparición de una recidiva y satelitosis es un signo de muy mal pronóstico en cuanto a la supervivencia por sí mismo”.

Respecto a “la inmunosupresión de la paciente”, explica que esta “se encontraba bajo tratamiento inmunosupresor y era portadora de un trasplante renal. Aunque es posible que exista una mayor incidencia de melanoma en pacientes con inmunosupresión, las guías de tratamiento del melanoma no distinguen ninguna diferencia de tratamiento entre pacientes inmunosuprimidos e inmunocompetentes, de modo que ambos deben ser manejados de la misma manera. A mi saber, no se ha reconocido un peor pronóstico del melanoma en pacientes inmunosuprimidos”.

En cuanto a “la no realización de determinadas pruebas (como el TAC/PET o la resonancia magnética craneal)”, reitera que “la realización de dichas pruebas (y de otras muchas) no tiene ninguna incidencia en la supervivencia del melanoma, y por tanto muchas guías del melanoma indican que no es necesario realizarlas a menos que haya síntomas clínicos que lo aconsejen. A la paciente le fueron realizados varios estudios de extensión a lo largo de su evolución que se consideran correctos”.

En definitiva, estima que la asistencia proporcionada a la paciente fue correcta y no tuvo ninguna influencia negativa sobre su supervivencia. Más bien, la pronta extirpación de la lesión (en el mismo día de la consulta y ante la sospecha clínica de melanoma) es un indicador de asistencia sanitaria

óptima, ya que es dicho momento el más importante en el tratamiento potencial del melanoma”.

Concluye que “la asistencia proporcionada a la paciente fue correcta y adecuada a la *lex artis* y no tuvo ninguna influencia negativa sobre su supervivencia”.

**11.** Mediante oficio notificado a los interesados el 20 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El referido plazo transcurre sin que se hayan presentado alegaciones.

**12.** Con fecha 8 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella pone de relieve que “en la reclamación no se aporta ninguna prueba que verifique” las afirmaciones de los reclamantes en cuanto a la deficiente asistencia recibida. También destaca que el informe pericial incorporado al expediente “señala que todos los plazos que se han seguido en la asistencia sanitaria a la paciente estaban dentro del margen de los protocolos, y por tanto el (Hospital “X”) ha actuado conforme a la *lex artis* y no puede decirse que ha existido retraso en el diagnóstico o en el tratamiento a la paciente. Además, según consta en los informes recibidos, en concreto el emitido por parte del Servicio de Cirugía Plástica (...), a la paciente siempre se le pidieron las actuaciones con carácter preferencial, y así se incluyó en la lista de espera para la realización de las pruebas e intervenciones, que se llevaron a cabo en un periodo de tiempo razonable, atendiendo a la patología de la paciente y a la necesidad de respetar los tiempos que marca el estado de la ciencia al respecto. Así, ha de señalarse, con respecto a la extirpación de la lesión inicial y la ampliación de la cicatriz, que el plazo óptimo para realizarla, según el dictamen anteriormente señalado, está entre los 40 y los 90 días desde la detección del tumor”, habiéndosele

“realizado a la paciente al día 41. Igual plazo se estima conveniente para la realización (de) la extirpación quirúrgica de la recidiva, que se llevó a cabo 54 días después de su detección./ En estos casos no existe un mal obrar de la Administración sanitaria, la cual actuó conforme al marcado de la *lex artis* del momento, respetando todos los plazos señalados, realizando todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que estaban indicados (...). Es más, se le ofreció al inicio la opción de la realización de ganglio centinela que la paciente rechazó, y que hubiera acertado notablemente el diagnóstico, toda vez que habría sido realizada a la vez que la ampliación de márgenes”. Razona que, de acuerdo con lo expuesto en el informe pericial, pese al mal pronóstico “la Administración utilizó todos aquellos medios que estaban a su alcance para tratar de hacer frente al mismo, de manera que cualquier actuación no afectaría a la supervivencia de la paciente”. En concreto, rechaza la utilidad de la realización de determinadas pruebas (TAC/PET) para un aumento de la supervivencia, dadas las características del melanoma, así como la diferenciación en el tratamiento por la condición inmunosuprimida de la paciente.

En cuanto a los “restantes daños económicos” relacionados con la asistencia prestada por una clínica privada, entiende que “no procede imputar los mismos a la Administración”, pues “traen su origen en la decisión que adopta unilateralmente la paciente de recabar una segunda opinión (...) ante el primer diagnóstico que se le dio por parte de los facultativos del (Hospital “X”), según consta en el informe del Servicio de Oncología Radioterápica”. Afirma que pudo ejercer su derecho a una segunda opinión en el ámbito de la sanidad pública; sin embargo, optó por acudir directamente a la sanidad privada en “una decisión libre y voluntaria”, por lo que “debe asumir todos los costes que de ello se derivaron (todas las consultas). Igual consideración merecen las pruebas que llevó a cabo en la misma clínica, algunas de las cuales se llevaron a cabo incluso cuando sabía la paciente que la Administración se las proporcionaría, como fueron los tratamientos oncológicos que decidió tomar en la Clínica .....”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de diciembre 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 autenticada 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 los interesados registrada en la Administración del

Principado de Asturias con fecha 21 de octubre 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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, y ello tanto en relación con los daños morales que reclaman como consecuencia del fallecimiento de la paciente como con el daño patrimonial consistente en los gastos sanitarios que afrontaron con carácter privado para su tratamiento; en este último caso, en su condición de herederos de la fallecida, teniendo en cuenta que tales gastos suponen una disminución del caudal hereditario.

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 octubre de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente en el mes de mayo de ese mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Asimismo, observamos que, pese a que en el escrito por el que se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia se indica que se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente (previsión conforme con lo dispuesto en el artículo 11.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), esa relación no consta en la documentación remitida a este Consejo.

Igualmente, 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.-** 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 familiar en relación con un melanoma. Los perjudicados solicitan una indemnización por su fallecimiento, que atribuyen a una serie de demoras en las actuaciones terapéuticas llevadas a cabo. A su vez, instan el abono de los gastos ocasionados por los tratamientos médicos privados a los que recurrió.

Consta en el expediente que la paciente falleció en un centro sanitario el día 4 de mayo de 2015 como consecuencia de la metástasis en varios órganos de un melanoma intervenido en el mes de abril de 2012, por lo que debemos presumir en sus allegados un daño moral susceptible de reclamación.

También existen pruebas de la realidad de los gastos que la paciente fallecida abonó por la asistencia dispensada en un centro privado (si bien la

fecha de la última de las facturas emitidas es posterior a la defunción). 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 que figura en el expediente 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*.

Los reclamantes afirman que se produjeron “numerosos retrasos”, “diagnósticos erróneos” y omisión de realización de “todas las pruebas pertinentes para tratar debidamente las dolencias que presentaba la paciente”; actuación que, a su juicio, se aleja de una correcta *lex artis*, lo que ha supuesto la pérdida de “la oportunidad de recibir un tratamiento determinado” y precipitado el fallecimiento de aquella.

Para una mayor claridad en el análisis, resulta conveniente seguir la relación de los reproches concretos que formulan los interesados, que distinguen hasta 9 episodios en los que -entienden- cabe apreciar deficiencias en la atención prestada, si bien no detallan su incidencia específica en la negativa evolución de la enfermedad. Siguiendo, pues, el orden establecido por aquellos en el escrito de reclamación, debemos referirnos en primer lugar a la demora en la intervención de ampliación de márgenes llevada a cabo en el mes de mayo de 2012, una vez diagnosticado (y extirpado) el melanoma inicial en el mes de abril del mismo año. Al respecto, el informe emitido por el Servicio de Dermatología señala que tanto el plazo de ampliación de márgenes inicial como el relativo a la exéresis amplia tras diagnosticarse de satelitosis fueron de preferencia, mientras que el informe pericial emitido por un especialista a instancia de la compañía aseguradora establece que “el periodo óptimo de realización de este procedimiento quirúrgico es el comprendido entre 40 y 90 días”, por lo que en el caso examinado, en que la paciente fue reintervenida 41 días después de la primera extirpación, se habría cumplido; sin perjuicio de que el especialista afirme que tal circunstancia resulta irrelevante en relación con la esperanza de supervivencia de la fallecida.

En segundo lugar, los familiares afirman la existencia de un error diagnóstico en relación con la satelitosis o metástasis detectada el día 24 de octubre de 2012, pues -según sostienen- se trataba de una "recidiva como consecuencia de una mala práctica primaria en la intervención de ampliación de márgenes". Sin embargo, no aportan el informe del especialista privado en cuyo criterio dicen basar tal conclusión, ni concretan cuál habría sido la "mala práctica primaria" a la que aluden.

En tercer lugar, y por lo que se refiere al reproche consistente en la existencia de un nuevo retraso en la realización de la correspondiente intervención, debemos remitirnos al informe anteriormente citado del Servicio de Dermatología, que afirma el carácter preferente con el que fue realizada la intervención, así como al emitido a instancias de la compañía aseguradora, en el que, tras advertir de la ausencia de "estudios sobre la incidencia del momento de la realización de la reextirpación de la recidiva sobre la supervivencia del melanoma", se razona que la extrapolación de los datos existentes sobre la lesión inicial permite concluir que "el procedimiento de nuevo se realizó en un tiempo correcto, entre 40 y 90 días".

En cuarto lugar, y en cuanto a la falta de realización de una resonancia craneal en el momento en que fue indicada por el especialista privado al que la paciente acudió tras diagnosticarse la recidiva, debemos señalar de nuevo que no se aporta documento alguno que acredite tal recomendación. Al respecto, el especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora afirma que su realización "no tiene ninguna incidencia en la supervivencia del melanoma", y que de acuerdo con las guías médicas de aplicación tal prueba solo procede cuando existen síntomas clínicos que la aconsejen.

En quinto lugar, y en relación con el retraso en la intervención quirúrgica correspondiente a la progresión nodular axilar izquierda, el informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "X" refleja que la paciente fue intervenida dieciséis días después de que se tuvo conocimiento de su caso, habiendo sido incluida directamente en la lista de espera quirúrgica "vía circuito preferencial el mismo día". Al respecto, debemos aclarar que, aunque los reclamantes afirman que "la progresión nodular axilar izquierda" fue

detectada “el día 6 de noviembre de 2013”, lo cierto es que de los documentos médicos que ellos mismos aportan se desprende que la biopsia en la que se basó el diagnóstico de la malignidad del nódulo axilar izquierdo (y la metástasis del melanoma) se realizó el 2 de enero de 2014 -previa ecografía efectuada el 18 de diciembre de 2013-. Por tanto, no cabe tampoco aceptar la existencia de este retraso, sin perjuicio de que, a tenor del informe pericial ya citado, la linfadenectomía no conduce “a un aumento de la supervivencia de los pacientes con melanoma”.

En sexto lugar, los reclamantes reseñan como una asistencia deficiente la existencia de dudas “en aplicar tratamiento radioterápico” y la divergencia en cuanto al porcentaje de curación (7%, según el Servicio de Oncología, y 70%, a tenor del de Oncología Radioterápica; porcentaje que la clínica privada a la que recurrió la paciente elevó al 80%). Sobre este extremo, observamos que el informe relativo a la consulta del Servicio de Oncología Médica de 17 de febrero de 2014 refleja que se le comentó a la paciente “la posibilidad de que sea valorada por el S.º de Radioterapia”, aunque aquella no parecía “animada a hacer nada más”, ya que estaba pendiente de un cambio en su medicación inmunosupresora del que se esperaba podía proporcionarle “cierta protección sobre el desarrollo de tumores”. No figura en él ninguna referencia a que se hubieran ofrecido las cifras concretas que se mencionan, e incluso el Servicio de Oncología Radioterápica alude en su informe a un “cierto desconcierto” de la afectada ante el planteamiento de tratamiento radioterápico debido a que hasta ese momento no se lo habían planteado, lo que suscita dudas en relación con la existencia de información sobre porcentajes concretos. En la clínica privada en la que recabó una segunda opinión se confirmó la indicación de radioterapia, que, según los informes médicos obrantes en el expediente, fue la única que realizó el centro sanitario público que atendió a la paciente. Por tanto, y con independencia de la eventual zozobra que por este episodio concreto hubiera podido sufrir la paciente a título individual, resulta obvio que no guarda relación alguna con el fallecimiento, sin que tampoco se cuestione que la radioterapia se inició sin demora.

En séptimo lugar, los interesados afirman que el Servicio de Salud del Principado de Asturias “rechaza realizar un PET a la paciente debido a su coste económico”, siendo efectuado de forma privada en el mes de marzo de 2014 y posteriormente en el Hospital “X” en el mes de octubre de ese mismo año. Sin embargo, del propio relato de los hechos que hacen aquellos se desprende que el PET realizado en la Clínica ..... en el mes de marzo de 2014 tuvo lugar con ocasión de la consulta solicitada para recabar una segunda opinión en cuanto a la conveniencia del seguimiento de radioterapia. Su realización en ese momento, por tanto, no afectó a la indicación terapéutica -que coincidió con la propuesta, como acabamos de exponer, por el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital “X”-, y, a propósito de aquella prueba, el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora señala (en los mismos términos ya transcritos en relación con la realización de una resonancia craneal) que la práctica de esta prueba “no tiene ninguna incidencia en la supervivencia del melanoma”, debiendo supeditarse a la existencia de síntomas clínicos (de hecho, la prueba se llevó a cabo meses después en el centro público en el que fue tratada).

En octavo lugar, debe también rechazarse que la fijación de la consulta de revisión a la paciente un mes después de finalizar las sesiones de radioterapia constituya un déficit asistencial con repercusión negativa en la evolución de la enfermedad. Por lo que se refiere a la falta de citación en el Servicio de Oncología Médica “con la celeridad exigible en su caso” tras la detección de metástasis ganglionar, hepática, esplénica y ósea (en el mes de octubre de 2014), los propios interesados explican que la paciente fue citada ese mismo mes durante el ingreso de una semana en la clínica privada a la que acudió para -según explican- ser tratada con mayor prontitud. De ello se deduce, por tanto, que la consulta se habría producido con una diferencia de días respecto a la que tuvo lugar en el centro privado, por lo que no cabe apreciar el retraso denunciado.

Por último, se atribuye a una supuesta desatención por parte del Servicio de Oncología Médica el día 27 de octubre de 2014 la decisión de seguir tratamiento oncológico para las metástasis detectadas en la Clínica .....

Esto introduce la cuestión de si el recurso a la medicina privada -a la que la paciente ya había acudido en el mes de marzo de 2014-, por cuyos gastos se reclama, se encontraba justificado por existir una pérdida de confianza en el servicio público sanitario en los términos que este Consejo ha venido definiendo para considerar que genera obligación de resarcir. Como hemos señalado en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 56/2013), “la mera convicción subjetiva del paciente no basta para justificar jurídicamente el resarcimiento de los gastos privados, sino que han de darse también circunstancias objetivas susceptibles de verificación (...). En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique objetivamente esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que esa infracción de la *lex artis* es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, para lo cual hemos de efectuar un juicio de regreso sobre la entidad de la patología finalmente diagnosticada (...). De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, ha de apreciarse que el paciente actúa de buena fe, ejerciendo una opción condicionada por las circunstancias del caso, sin que se perciba un ánimo premeditado de abandonar el servicio público invocando la desconfianza como pretexto para endosar el coste de su libre elección a la Administración pública y justificar la exigencia posterior de una reparación del daño patrimonial sufrido”.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias  
<http://www.ccasturias.es>

En el caso concreto que examinamos consideramos que no se cumplen tales condicionantes. Por una parte, y conforme al análisis realizado, no advertimos la existencia de nexo causal entre la actividad asistencial y el fallecimiento de la paciente, y al respecto debe tenerse presente que, de acuerdo con el informe pericial incorporado al expediente, el melanoma que presentaba lleva aparejado, por su grosor, un mal pronóstico vital. De hecho, se afirma en él que en el momento en que se realiza radioterapia complementaria “el pronóstico” era “infausto” y que las metástasis, “intratables, condujeron inexorablemente al fallecimiento de la paciente”.

Por otra parte, y en cuanto a las circunstancias que rodean la decisión de acudir a la sanidad privada, advertimos que aunque la propuesta de resolución entiende que la decisión inicial de solicitar una segunda opinión en ese ámbito (en el mes de marzo de 2014) es extensible a todas las consultas posteriores, el relato de los hechos que efectúan los reclamantes refleja que la paciente recurrió a la sanidad privada en momentos y por motivos diferenciados. Así, tras la propuesta de tratamiento de radioterapia acudió a la Clínica ..... en búsqueda de una segunda opinión en relación con dicha opción terapéutica, confirmada por el centro privado, por lo que debemos coincidir con la propuesta de resolución en que se trata de una decisión libre y voluntaria cuyo alcance económico debe asumir. Asimismo, consta en el expediente que en mayo de 2014 la paciente presentó un escrito en el que tras finalizar el tratamiento de radioterapia en el Hospital "X" manifestaba su descontento con una especialista del Servicio de Oncología Médica -que, según el informe que esta suscribe, la atendió en una única ocasión, el día 17 de febrero de 2014, derivándola al servicio de Oncología Radioterápica, en el que inició el mencionado tratamiento-. En dicho escrito la paciente se negaba "a ser atendida" por aquella, "por lo que a falta de referente médico para sucesivos controles" anunciaba que tendría que "acudir de nuevo a la sanidad privada" para la realización de "las pruebas y consultas de control médico necesarias para el seguimiento de la evolución de la metástasis (...) y en su caso a falta de ciertos tratamientos" en el Hospital "X". Pese a esta declaración, acudió a consulta en este hospital el día 5 de junio de 2014, realizándosele en él también pruebas en los meses de septiembre y octubre de 2014 (ecografía, PET) en las que se detecta metástasis en varios órganos. En este momento sí materializa su anunciada decisión de acudir de nuevo a la clínica privada. Aunque los interesados expresen en la reclamación que tal decisión estaría motivada por la comunicación de la demora de varias semanas en la citación por parte del Servicio de Oncología Médica, los términos del escrito presentado en el mes de mayo de 2014 permiten dudar que esa circunstancia fuera determinante. Además, como ya hemos indicado, en la misma solicitud se reconoce que durante el ingreso en la clínica privada (que

tuvo lugar del 17 al 23 de octubre) fue citada en el Servicio de Oncología Médica, de lo que puede deducirse que la atención habría sido dispensada en las mismas fechas que en el centro privado.

Por lo que se refiere a la atención recibida el día 27 de octubre de 2014 en el Servicio de Urgencias, consta en el informe de interconsulta al Servicio de Oncología Médica que desde el "punto de vista oncológico (...) no ha recibido ningún tratamiento aún, pendiente de iniciar ensayo clínico en ....."; que se le dará "cita de primera consulta en nuestro Servicio, ya que la paciente vive en ..... y las complicaciones del (tratamiento) que recibirá probablemente serán atendidas por nuestro Servicio", y que no requiere seguimiento de Oncología Médica. En ese momento, tal y como consta en el informe de alta de la Clínica ..... de 23 de octubre de 2014 (folio 103), estaba citada el 3 de noviembre de 2014 "para nueva evaluación y ciclo de tratamiento", por lo que no cabe atribuir a la atención prestada el día 27 de octubre en el Hospital "X" la decisión de seguir el tratamiento en la clínica privada. En otro informe posterior del centro privado (folio 128) se refleja que "continuó tratamiento en su ciudad, con clara mejoría sintomática", regresando a ..... para otros ciclos.

En suma, 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 sanitario público, tanto en la fase de diagnóstico como en la del abordaje terapéutico de la enfermedad, lo que no impidió el fatal desenlace, que médicamente se relaciona con el mal pronóstico de la enfermedad, determinado a su vez por las características del melanoma inicial.

Tampoco se aprecian demoras, pérdida de oportunidad terapéutica ni infracciones relevantes de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial susceptibles de provocar un daño a la 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 la 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, 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.