

Expediente Núm. 164/2017
Dictamen Núm. 201/2017

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 13 de julio 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 28 de abril de 2017 -registrada de entrada el día 4 de mayo de 2017-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuyen a un retraso diagnóstico de un adenocarcinoma de endocérvix.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de agosto de 2016, un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios ocasionados por la defectuosa asistencia sanitaria recibida.

Expone que “en octubre de 2013 (después de dos consultas por dispareunia y bacteriosis en 2011) se informa que presentaba sangrados intermenstruales (síntoma de alarma por ser el más habitual en cáncer de cérvix) y dolor pélvico (más alarmante porque podría indicar invasión del tumor). Se indica además que el dolor era desde hacía meses, que ella misma se había notado un bultoma al colocarse el anillo anticonceptivo vaginal y que presentaba flujo maloliente. A pesar de todos estos datos no se detectó en la exploración una tumoración que sin duda debía existir (la propia paciente la había palpado), y además 4 meses más tarde se informa que medía 4 cm. Incomprendiblemente no se le practicó una citología”.

Añade que el 18 de noviembre de 2013, en consulta con la ginecóloga en el Hospital “X” esta “inexplicablemente le da de alta, sin que ni tan siquiera la explorase, ni solicitase citología, todo un despropósito”, y precisa que “a finales de febrero de 2014 el diagnóstico ya fue de carcinoma de cérvix en estadio avanzado”.

Entiende que se ha producido “un retraso diagnóstico al menos de unos 4 meses que han podido ser de gran importancia para el pronóstico y para el resultado secular. Se trataba de un tumor que recomendaba tratamiento con la mayor premura posible por su agresividad, y esta demora en la atención ha podido suponer un significativo avance en el estadio de la enfermedad, en la agresividad del tratamiento (en estadios iniciales basta con una conización), en las secuelas debidas a este e incluso en el pronóstico, disminuyendo por tanto sus probabilidades de supervivencia a causa del retraso en la administración de un tratamiento precoz”.

Señala que “no es posible calcular el estadio que presentaba la paciente en octubre de 2013, pero el daño sufrido por esta pérdida de oportunidad le ha supuesto además desarrollar un trastorno psiquiátrico del cual persiste sintomatología y tratamiento, con diagnóstico de trastorno adaptativo con sintomatología mixta ansioso-depresiva y algún episodio de desrealización vinculado a celotipia”.

Considera que "el resto de las actuaciones médicas a partir del diagnóstico se hicieron conforme a los protocolos establecidos, y por ellos los tratamientos (...) han sido los adecuados".

En relación con los daños y perjuicios sufridos, alude a la existencia de una "pérdida temporal de calidad de vida" en grado moderado desde el 30 de octubre de 2013 hasta el 24 de mayo de 2016 (alta laboral), lo que supone "un total de 936 días de curación", ascendiendo la indemnización por este concepto a 48.672 €. En cuanto a las secuelas, valora con 40 puntos la pérdida del útero y los ovarios, con 35 puntos las "lesiones vaginales que dificultan el coito" y con 13 puntos el "trastorno depresivo mayor crónico de carácter moderado", resultando, "tras aplicar la fórmula de valores concurrentes, también denominada fórmula de Balthazar", un total de 67 puntos, y, "dada la edad de la víctima, 25 años, "le correspondería una indemnización de 178.017,83 €". También solicita el resarcimiento del lucro cesante, indicando que, "dado que la compareciente es comercial, aplicaríamos el mínimo exigible, que sería el SMI diario", lo que nos otorga una suma de 23.278,22 €. A ello añade la existencia de un "perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas", que califica de "grave", cuantificándolo en 70.000 €. Sumados los anteriores conceptos, resulta un importe de 319.968,15 €, incrementado en un 25% "por perjuicio excepcional", lo constituye una suma de 399.960,19 €.

Tomando como base el citado importe, y precisando que "estaríamos reclamando por pérdida de oportunidad, un 50%, nos daría la cantidad" de ciento noventa y nueve mil novecientos ochenta euros con nueve céntimos (199.980,09 €), que es la indemnización que solicita.

Adjunta a su escrito una copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Contrato de trabajo. b) Informe del Servicio de Ginecología del Hospital "Y", de 8 de marzo de 2007, en el que se consigna que la paciente acude a revisión y le realizan una exploración ginecológica y mamaria que resultó "normal" y una citología cervico-vaginal que también fue "normal". Se indica revisión en 1 año. c) Resultado de estudio citológico, de 21 de octubre de 2008. d) Informe del Servicio de Ginecología del Hospital "X", de 2 de agosto de

2011, en el que consta como enfermedad actual "leucorrea de mal olor (...). Infección de orina en junio-2011 tratado con Monurol. Vagina sin contenido llamativo, cérvix con ectopia". El exudado vaginal resultó negativo, estableciéndose el diagnóstico de "bacteriosis" y pautándose tratamiento. Con esa misma fecha hay un informe de una citología que resultó "negativa para lesión intraepitelial o malignidad", reflejándose como "nota: bacteriosis". e) Hoja de episodios del centro de salud en la que consta, el 17 de octubre de 2013, que acude por "sangrados intermenstruales de la misma cantidad que si fuera una regla./ Dolores de ovario" izquierdo. f) Informe del Servicio de Urgencias Toco-Ginecológicas del Hospital "X", de 30 de octubre de 2013, en el que se consigna que la paciente, de 25 años, "refiere dolor abdominal desde hace varios meses (...). Sensación de bultoma al retirar el anillo vaginal (...). Flujo amarillento maloliente después de las reglas". El resultado de la exploración genital es "vagina y cérvix macroscópicamente normales. No restos hemáticos. No sangrado activo (...). (Cérvix) cerrado y formado. No dolor a la movilización cervical". La ecografía muestra un "útero con endometrio de 3,1 mm, anejos normales, no líquido libre". La impresión diagnóstica es de "no patología gineco-obstétrica urgente actualmente". Se le indica que debe acudir a Atención Primaria "para derivar a consulta de Ginecología". g) Hoja de observaciones, evolución y comentarios del Servicio de Ginecología del Hospital "X" en la que se anota, el 18 de noviembre de 2013, que "acudió a Urgencias por dolor abdominal desde hace varios meses y leucorrea amarillenta después de las reglas./ Usa Nuvaring./ (Exploración) y eco: normales./ (Exudado) vaginal: (negativo)./ Alta". h) Informe del Servicio de Urgencias Toco-Ginecológicas del Hospital "X", de 18 de febrero de 2014, en el que se refleja que acude por "sangrado esta mañana no coincidente con menstruación. Refiere flujo abundante desde hace varios meses y dispareunia. Refiere dolor abdominal de varios días de evolución. Última citología agosto 2011 (negativo)". En la exploración se observan "vagina macroscópicamente sana, cérvix engrosado, sobre todo a expensas de labio anterior con superficie verrucosa con numerosos vasos atípicos, friable". Se toman muestras, exud.

vaginal, ex. Endocervical, clamidia, gonococo, VPH, citología, biopsia labio anterior". La impresión diagnóstica es de "lesión cérvix uterino (pendiente de resultados)". Se indica que "pedirá cita preferente para consulta de patología cervical". La biopsia, realizada el 19 de febrero de 2014, mostró una "lesión papilar compatible con adenocarcinoma villoglandular" y la citología dio como resultado "material muy hemático, no valorable". i) Informe de consulta ginecológica, de 27 de febrero de 2014, en la que se anotan "PAP 2011 (negativo)./ PAP no valorable./ (Biopsia de cérvix) pendiente./ VPH: 18./ Clamidia (negativo)./ Vaginal (negativo)". Exploración ginecológica: "tumoración exofítica, sangrante y ulcerada de > 4 cm (...) a expensas del labio anterior./ (Tacto vaginal): cuello pétreo, parecen promontorios libres./ Útero en retro, móvil". Se piden marcadores tumorales y resonancia magnética y se repiten biopsias a las 11, 13 y 19 horas. El resultado de las mismas es "adenocarcinoma endocervical". j) Informe de resonancia magnética, de 5 de marzo de 2014, con resultado de "neoplasia de cérvix estadio II-b". k) Informe del Servicio de Oncología Radioterápica, de 29 de agosto de 2014, en el que figura como juicio diagnóstico "probablemente libre de enfermedad". l) Informe del Servicio de Oncología Radioterápica, de 28 de noviembre de 2014, en el que se indica "(genitales externos normales), vagina sin lesiones, cérvix con una zona de coloración oscura en posible relación con residuo necrótico de la que tomo PAP, TR normal". La citan para marzo de 2015. m) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 21 de febrero de 2015, en el que se consigna que la paciente, de 26 años, "acude acompañada de su madre sin historia psiquiátrica previa que requiere consumo excesivo de cannabis desde hace 2 semanas (10-15 cigarrillos al día), estado de ansiedad e ideas de celos sobre su novio, cree que le ha sido infiel con distintas personas. No ideas de muerte, anorexia desde hace 1 semana e insomnio". Diagnóstico "ideas sobrevaloradas". Se pauta tratamiento y se deriva a Salud Mental. n) Informe de un psicólogo de la Asociación Española contra el Cáncer, de 15 de mayo de 2015, en el que se señala que la perjudicada "presenta sintomatología ansioso-depresiva (...) asociada al proceso de diagnóstico y tratamiento de la

enfermedad oncológica, miedo y preocupación por el futuro y problemas de adaptación”. ñ) Informe de una psicóloga privada, de 7 de julio de 2015, que refiere que la paciente “acude a consulta por primera vez el día 9 de diciembre de 2014./ Tras la evaluación psicológica llevada a cabo se determina que (...) sufre un trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo”. o) Informe del Servicio de Oncología Radioterápica, de 14 de agosto de 2015, en el que se refleja que en la resonancia magnética de 11 de agosto “no se observan signos de recidiva tumoral”. Se mantiene cita de revisión en octubre. p) Informe del Servicio de Salud Mental del Hospital “X” en el que consta que ingresa el 2 de febrero de 2016 por “episodio mixto./ Consumo perjudicial de cannabis”. Se indica que “tras mejoría clínica, y ante el adecuado apoyo y supervisión familiar, se procede al alta hospitalaria -5 de febrero de 2016- con seguimiento a nivel ambulatorio”. q) Informe de seguimiento del Servicio de Salud Mental, de 27 de abril de 2016, en el que se anota “evolución sin mejoría sintomática en esfera anímica y de ansiedad. Refratariedad a (tratamiento) psicofarmacológico”. r) Resolución del Director Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 3 de septiembre de 2015, por la que se deniega a la interesada la prestación de incapacidad permanente.

2. Mediante oficio de 18 de agosto de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. El día 29 de agosto de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, observando que no ha acreditado la representación del letrado bajo cuya asistencia dice actuar, por lo que le concede un plazo de diez días para subsanar este extremo, con advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistida de la misma.

Con fecha 9 de septiembre de 2016, la perjudicada comparece en las dependencias administrativas y otorga representación *apud acta* a favor del referido letrado.

4. Mediante oficios de 12 de septiembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento y comunica a la interesada 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.

5. Con fecha 14 de septiembre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia y un informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología sobre el concreto contenido de la reclamación.

El 14 de octubre de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la interesada en formato electrónico.

Con fecha 17 de octubre de 2016, le traslada el informe emitido por la Jefa de la Sección de Ginecología. En él considera que el cribado citológico para la prevención del cáncer de cérvix realizado a la paciente "ha sido el adecuado según las recomendaciones de cribado de la oncoguía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 'Prevención del cáncer de cuello de útero 2014'./ En dicha guía se aconseja el inicio del cribado a partir de los 25 años". Añade que "según la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia para el cribado del cáncer de cuello uterino se aconseja la primera citología a los 3 años después de iniciar las relaciones sexuales o a partir de los 25 años con relaciones sexuales. Realizando una citología anual durante 2 años y a partir de ahí repetir la citología cada 3 años. En el protocolo de cribado español se incorpora el test de VPH a los 30-35 años junto con la citología, y si ambos son negativos se repite el cribado cada 5 años con total seguridad".

Señala que en el caso que nos ocupa “se realiza la primera citología en el año 2007, a los 18 años de edad, con resultado normal, se repite en el 2008 también con resultado normal y se realiza nuevo cribado como corresponde a los 3 años, en agosto de 2011, con resultado también normal. Según las recomendaciones de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia para el cribado del cáncer de cuello uterino la siguiente citología de cribado le correspondería en el 2014. Las exploraciones ginecológicas realizadas en Urgencias de Ginecología de octubre de 2013, y en la consulta ambulatoria de Ginecología en noviembre de 2013, se refieren como normales en los informes que constan en la historia clínica”.

Explica que “el carcinoma de cérvix que se le diagnosticó (...) en febrero de 2014 era de la variedad histológica de adenocarcinoma, menos frecuente que el carcinoma escamoso, pero también menos detectable con las técnicas de cribado, más agresivo y de peor pronóstico./ En el suplemento 2010 de la revista de Progresos de la (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), ‘Prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix’ (...), se describe que ‘el cribado citológico se ha demostrado inefectivo en reducir las tasas de incidencia y mortalidad por adenocarcinoma de cuello uterino (...). El impacto reductor se ha producido estrictamente sobre los cánceres escamosos (...). Además, la incidencia de este subtipo de neoplasia (adenocarcinoma de cérvix) no ha disminuido o incluso ha aumentado en algunos países en los que el cribado se basa exclusivamente en la citología”.

Afirma que “estos adenocarcinomas de cérvix, al originarse en el canal cervical, pueden tener una evolución prolongada antes de hacerse clínicamente visibles. Por otra parte, estos tumores presentan una mayor profundidad de invasión, llegando al espacio linfovascular y metastatizando en los ganglios linfáticos. Todo eso hace que se diagnostiquen en estadios más avanzados, con lo que su pronóstico es más sombrío”.

Finalmente, estima que “el diagnóstico de su carcinoma de cérvix en estadio IIB a los pocos meses de haber sido valorada ginecológicamente con

exploración normal se debe al tipo histológico del tumor (adenocarcinoma) y a su agresividad”.

6. Mediante oficio de 12 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del expediente a la correduría de seguros.

El 8 de enero de 2017 se emite informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología. En él señalan, en cuanto a los síntomas del carcinoma de cérvix, que “en estadios iniciales es frecuentemente asintomático (...). El síntoma más frecuente es la hemorragia genital en forma de sangrados irregulares no dependientes del ciclo, hemorragia posmenopáusica o de coitorragia (con las relaciones sexuales)./ En ocasiones falta incluso esta sintomatología hemorrágica y el tumor debuta con clínica derivada de la afectación de otros órganos (...). En la literatura revisada hasta el 70 % de las pacientes que presentan un cáncer invasor cervical presentan síntomas (...): sangrado en la posmenopausia (48 %), sangrados anormales en edad fértil (17 %), coitorragias (6,5 %), otros (flujo, dolor, lesión visible en la exploración en paciente asintomática, síntomas a distancia)”. Añaden que “en determinados casos el diagnóstico se realiza en consulta visualizando el cuello que muestra lesiones de crecimiento exofítico, vegetantes, muy friables y sangrantes al tacto; hay algunos tumores que infiltran el cuello `hacia el interior´ de forma que no son visibles externamente”.

Por lo que se refiere a la asistencia dispensada a la paciente, indican que tras relacionarse los síntomas que padecía con los más frecuentes que pueden aparecer en los casos de carcinomas de cuello “podemos comprobar” que “la existencia de sangrados anormales, que la paciente refería en el centro de salud, aunque no en Urgencias, se especifica que son intermenstruales; es decir, que se producen en mitad del ciclo. Esta relación con el ciclo ovárico descarta la sospecha de lesiones neoplásicas (...). De esta forma, cualquier síntoma hemorrágico anormal que sí coincida con determinados días del ciclo

(justo antes, en mitad del ciclo) hablan de un claro origen funcional en relación a ciertas disfunciones hormonales, muy frecuentes en mujeres con actividad ovárica. La existencia de dolor abdominal, en el caso de carcinoma de cuello, es un síntoma muy poco frecuente y que aparece solo en casos en los que la enfermedad esté localmente muy diseminada afectando a órganos pélvicos (...); circunstancia que no ocurría en este caso. La existencia de flujo amarillento maloliente tras las reglas orienta a una alteración en el normal equilibrio de la flora vaginal normal. Esta leucorrea también puede presentarse en los casos de cáncer de cuello, en relación a necrosis del tumor, pero suele asociarse al sangrado y, sobre todo, no tiene tampoco relación alguna con el ciclo; por último, a este respecto, no olvidemos que la paciente ya había presentado previamente este flujo (año 2011) y (fue) diagnosticada de, precisamente, este desequilibrio de la flora (...) (bacteriosis vaginal) y tratada al respecto. Con respecto a la sensación de tocarse un `bulto´ al retirarse el anillo vaginal que usaba como anticonceptivo, sin duda se trata de cuello uterino, pero ello no quiere decir, en absoluto, que sea tumoral. Por la ubicación de este anillo, en la parte más profunda de la vagina, es muy habitual que las mujeres, al introducir un dedo para retirárselo, puedan `autopalpase´ el cuello uterino porque, simplemente, es su lugar de localización anatómica normal. Lo anterior, insistimos, no significa que el cuello presente ninguna patología”.

Entienden que “la clínica existente en esta asistencia en Urgencias en octubre de 2013 en absoluto podría hacer sospechar la existencia de una patología cervical, ni mucho menos tumoral”. Además, “esta sintomatología no coincide con la que motivó que acudiera a Urgencias el día 18 de febrero de 2014; recordemos que acude por sangrado esta mañana no coincidente con la menstruación. Refiere flujo abundante desde hace varios meses y dispareunia (...). Dolor abdominal de varios días de evolución”.

En cuanto a la exploración ginecológica efectuada en Urgencias el día 30 de octubre de 2013 (“vagina y cérvix macroscópicamente normales. No restos hemáticos. No sangrado activo. (...) (Tacto vaginal): cuello cerrado y formado, no dolor a la movilización cervical”), afirman que “debe considerarse

absolutamente normal y contrasta con la realizada el día 18 de febrero de 2014 (vagina macroscópicamente sana, cérvix engrosado sobre todo a expensas de labio anterior con superficie verrucosa con numerosos vasos atípicos, friable”). Por tanto, “es imposible asumir, como se hace en la reclamación, que esta lesión ya era visible en octubre de 2013, ya que (...) la descripción de un cuello de aspecto normal descarta la existencia de una lesión macroscópica evidente a ese nivel (...). El tumor tenía su origen en el tejido que tapiza el canal endocervical, de forma que es lógico pensar que solo en su progresión se puede exteriorizar implicando la superficie externa del cuello, que es la visible desde la vagina. De esta forma, existiendo ya el tumor en octubre, lo anterior explicaría la visualización externa del cuello normal (...). No olvidemos el cambio sustancial de los datos exploratorios entre febrero y marzo -de 2014- y que da idea de una progresión extraordinariamente rápida del tumor, que de ser tan ‘evidente’ en octubre de 2013 hubiera dado una clínica más específica y precoz”.

En cuanto al diagnóstico de este tipo de tumores, indican que la utilización sistemática de la citología en programas de cribado “ha demostrado una marcada disminución en la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix de origen escamoso, pero no lo ha hecho en los adenocarcinomas”. Y añaden que “la paciente tenía realizadas citologías de cribado con la frecuencia estipulada en la guía de prevención de cáncer cervical, siendo la última en agosto de 2011 normal, de forma que la siguiente debería hacerse 3 años después (agosto de 2014)”. Y reiteran el valor “muy limitado” del cribado citológico para el diagnóstico de los adenocarcinomas de cérvix.

Sobre la consulta de Ginecología el día 18 de noviembre de 2013, recuerdan que la reclamante asegura que no fue explorada, “pero, por lo que se anota en la hoja de evolución de la asistencia prestada ese día, este extremo no nos queda del todo claro./ Al decir ‘exploración y ecografía normales’ no sabemos si se refiere al resultado de estas pruebas realizadas en Urgencias el día 30 de octubre o si fueron repetidas en la misma consulta con este resultado./ Aun poniéndonos en el primer supuesto, es decir, que se refiriera a

las pruebas practicadas en Urgencias, no podemos calificar la actitud médica como negligente, ya que en apenas 18 días y con, no olvidemos, la misma sintomatología (...) los datos de las citadas exploraciones deberían haber sido los mismos”.

Por tanto, a su juicio “no existió demora alguna en el diagnóstico del carcinoma de cérvix (...) en este caso, y solo la inespecificidad de los síntomas existentes y el tipo histológico del tumor pueden relacionarse con que su diagnóstico se efectuara en un estadio II de la enfermedad”.

Por lo que se refiere al tratamiento, “en la oncogúa de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se indica que a partir del estadio IB2 (tamaño tumoral superior a los 4 cm) el tratamiento (...) se hará mediante quimio-radioterapia concomitante, siendo recomendable, tal y como se hizo en este caso, verificar ausencia de afectación ganglionar a nivel paraórtico (...) por vía laparoscópica (...). En el hipotético caso de que el carcinoma se hubiera diagnosticado 4 meses antes, y dada la ausencia de tumor visible, es lógico pensar que su tamaño fuera inferior a los 4 cm y no habría afectación vaginal, es decir, se encontraría en un estadio IB1; en estos caso el tratamiento indicado sería cirugía radical (...), estando indicada la radioterapia y/o quimioterapia-radioterapia según la presencia o no de ciertos datos que solo se pueden obtener tras estudio histológico de la pieza quirúrgica y que permiten establecer grupos de riesgo elevado o intermedio de recidiva./ Es decir, de ningún modo se podría descartar la necesidad de alguno o de ambos tratamiento en el caso, insistimos totalmente hipotético, de que el diagnóstico hubiera tenido lugar en octubre-noviembre de 2013”.

Por ello, concluyen que “la actuación médica de los profesionales intervinientes en este caso debe considerarse correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

7. Mediante oficio notificado a la interesada el 15 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas

le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 27 de febrero de 2017 se persona la reclamante en las dependencias administrativas y obtiene una copia, en soporte digital, de los documentos obrantes en aquel.

8. Con fecha 8 de marzo de 2017, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que reitera que en la consulta de Ginecología el día 18 de noviembre de 2013 “ni tan siquiera fue explorada” por la doctora, y alude a la pasividad de esta, dado que, “diagnosticado el carcinoma el 19-2-2014, no se le comunica a la paciente hasta el 27-2-2014, y la doctora no la cita hasta el 6-3-2014”.

Respecto al informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora, lo califica de “parcial y objetivo”. Así, en él se manifiesta “que no existen antecedentes de interés cuando tal aseveración es incierta (...); consta en la historia que su abuela fallecida por cáncer de endometrio, tíoabuelo y bisabuelo tratados de cáncer de pulmón”.

Se reafirma en la necesidad “de haber solicitado una citología (...) cuyo resultado hubiera abierto la luz de la situación real que padecía la paciente”, en relación con la asistencia prestada en Urgencias (30-10-2013). Y considera que sostener en el informe médico “la escasa validez del cribado citológico para su diagnóstico precoz cuando no se practicó ninguna citología a la paciente es inaceptable”.

Insiste en que “refirió en Urgencias sangrados continuos, si bien en el momento de la exploración no sangraba, aunque tenía restos de sangre”.

9. El día 13 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. Con fecha 20 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “la asistencia prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis*. No existió demora en el diagnóstico. Si el mismo se hizo en el estadio II fue por la inespecificidad de los síntomas existentes, por el tipo histológico del tumor, su origen y por la escasa validez del cribado citológico para su diagnóstico precoz. La dificultad para las relaciones sexuales data del año 2011”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de abril de 2017, 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. 2016/134 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 la interesada registrada en la Administración del Principado con fecha 16 de agosto de 2016, 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, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- 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, observamos una indebida paralización del procedimiento desde que se recibe en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia -octubre de 2016- y la remisión del expediente a la correduría de seguros -diciembre de 2016-, lo que resulta claramente contrario al principio de eficacia administrativa.

Asimismo, apreciamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se interesa una indemnización por los daños y perjuicios que la reclamante atribuye a una pérdida de oportunidad terapéutica asociada a un retraso en el diagnóstico de un adenocarcinoma de endocérvix.

En cuanto al examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, procede verificar, en primer lugar, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto. La Administración sanitaria no hace hincapié en este aspecto, fundando la desestimación de aquella en que la asistencia fue correcta y acorde a la *lex artis*.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, la respuesta que ha de dar este Consejo al respecto debe partir de lo establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, a cuyo tenor, “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 presente caso, la interesada presenta la reclamación con fecha 16 de agosto de 2016, siendo el objeto de la misma un presunto retraso diagnóstico en la detección de un adenocarcinoma de endocérvix que tuvo lugar en el año 2014.

En concreto, afirma que comenzó con sintomatología sugestiva de esta patología en los meses de octubre y noviembre de 2013, y que a pesar de ello la sospecha diagnóstica no se confirma hasta febrero de 2014. La paciente fue tratada con quimioterapia y radioterapia concomitantes, finalizando ambos tratamientos en abril y mayo de ese año, respectivamente. En las revisiones trimestrales realizadas en el año 2014 no se apreciaban signos de recidiva tumoral, constatándose este hecho en el informe del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital “X” de 14 de agosto de 2015.

De otro lado, anuda el “trastorno depresivo mayor crónico de carácter moderado” que sufre a la pérdida de oportunidad terapéutica como consecuencia de la demora en el diagnóstico de su enfermedad, del cual “persiste sintomatología y tratamiento”, como indica en su escrito inicial. No obstante, debemos tener en cuenta que la perjudicada ya estaba a tratamiento psicológico desde el día 9 de diciembre de 2014, como se desprende del informe de una psicóloga privada que ella misma aporta junto con la

reclamación. Asimismo, obra incorporado al expediente un informe de la Asociación Española contra el Cáncer, de 15 de mayo de 2015, que asocia la sintomatología ansioso-depresiva al proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad oncológica.

A la vista de ello, la presentación de la reclamación el 16 agosto de 2016 determina la extemporaneidad de la misma, tanto si tenemos en cuenta como *dies a quo* el momento en que se comunica a la reclamante su diagnóstico de adenocarcinoma de cérvix, en marzo de 2014 -que contrasta con las exploraciones ginecológicas realizadas en octubre y noviembre de 2013, y que relaciona en su escrito de reclamación con el error diagnóstico-, como si tomamos en consideración la fecha de la consulta en el Servicio de Oncología Radioterápica comunicándole que no se apreciaban signos de recidiva de la enfermedad -14 de agosto de 2015-. Asimismo, la reclamación se encontraría igualmente prescrita si tenemos en cuenta la fecha en que se emite el informe de la Asociación Española contra el Cáncer -15 de mayo de 2015- al que acabamos de aludir.

En cualquier caso, aunque hiciéramos abstracción de la conclusión anterior y partiésemos del supuesto de que la acción no hubiera prescrito la reclamación habría de desestimarse igualmente, ya que no concurren los requisitos necesarios para su estimación.

En efecto, según doctrina reiterada de este Consejo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

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

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso que nos ocupa la perjudicada señala que a pesar de los síntomas que presentaba cuando acude a Urgencias en octubre de 2013 “no se detectó en la exploración una tumoración que sin duda debía existir”, y que “incomprensiblemente no se le practicó una citología”. También reprocha que en la consulta ginecológica a la que acudió el 18 de noviembre de 2013 la doctora ni siquiera la exploró, ni solicitó una citología.

En primer lugar, y en cuanto a la necesidad de realizar un estudio citológico, debemos aludir al informe emitido por el Jefe de la Sección de Ginecología, según el cual el cribado citológico para la prevención del cáncer de cérvix realizado a la paciente “ha sido el adecuado según las recomendaciones de cribado de la oncoguía de la (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) `Prevención del cáncer de cuello de útero 2014´”. También explica que, “según la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia para el cribado del cáncer de cuello uterino se aconseja la primera citología a los 3 años después de iniciar las relaciones sexuales o a partir de los 25 años con relaciones sexuales. Realizando una citología anual durante 2 años y a partir de ahí repetir la citología cada 3 años. En el protocolo de cribado español se incorpora el test de VPH a los 30-35 años junto con la citología, y si ambos son negativos se repite el cribado cada 5 años con total seguridad”. Así, de la historia clínica de la paciente y de los diversos informes incorporados al expediente se desprende que se le realiza la primera citología en el año 2007, a los 18 años de edad, con resultado normal; que se repite en 2008 también con resultado normal y se realiza nuevo cribado, como corresponde, a los 3 años, en agosto de 2011, con resultado también normal. Por tanto, como indica el Jefe de la Sección de Ginecología, “según las recomendaciones de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia para el cribado del cáncer de cuello uterino la siguiente citología de cribado le correspondería en el 2014”. Además, según la literatura médica, “el cribado citológico se ha demostrado inefectivo en reducir las tasas de incidencia y mortalidad por adenocarcinoma de cuello uterino (...). El impacto reductor se ha producido estrictamente sobre los cánceres escamosos”. En idéntico sentido se pronuncian los especialistas

que suscriben el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora, reiterando la periodicidad recomendada para la práctica del cribado citológico y el valor “muy limitado” del mismo para el diagnóstico de los adenocarcinomas de cérvix.

Por otro lado, la reclamante refiere que no se la exploró en la consulta de 18 de noviembre de 2013 con la ginecóloga del Hospital “X”. Ello contrasta con la hoja de evolución relativa a dicha consulta, que aporta la propia interesada junto al resto de informes médicos, ya que en ella se anota “(exploración) y eco: normales./ (Exudado) vaginal: (negativo)”. En cualquier caso, como se indica en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, “aun poniéndonos en el primer supuesto, es decir, que se refiriera -el mencionado informe- a las pruebas practicadas en Urgencias -el día 30 de octubre de 2013-, no podemos calificar la actitud médica como negligente, ya que en apenas 18 días y con, no olvidemos, la misma sintomatología (...) los datos de las citadas exploraciones deberían haber sido los mismos”.

En cuanto al retraso diagnóstico que imputa al servicio público sanitario, debemos realizar una serie de precisiones. En primer lugar, la paciente fue diagnosticada de un adenocarcinoma de endocérvix, “menos frecuente que el carcinoma escamoso, pero también menos detectable con las técnicas de cribado, más agresivo y de peor pronóstico”, como explica el Jefe de la Sección de Ginecología del Hospital “X” al señalar que “estos adenocarcinomas de cérvix, al originarse en el canal cervical, pueden tener una evolución prolongada antes de hacerse clínicamente visibles”, y todo eso “hace que se diagnostiquen en estadios más avanzados”. Los especialistas en Ginecología que suscriben el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora añaden que “en estadios iniciales es frecuentemente asintomático”.

Asimismo, en el informe médico-pericial al que acabamos de aludir los especialistas analizan la asistencia dispensada a la paciente en las exploraciones ginecológicas de octubre y noviembre de 2013, relacionando los síntomas que padecía con los más frecuentes que pueden aparecer en los casos de carcinomas de cuello, y concluyen que “la clínica existente en esta asistencia en

Urgencias en octubre de 2013 en absoluto podría hacer sospechar la existencia de una patología cervical, ni mucho menos tumoral”, y que, por tanto, “no existió demora alguna en el diagnóstico del carcinoma de cérvix (...) en este caso, y solo la inespecificidad de los síntomas existentes y el tipo histológico del tumor pueden relacionarse con que su diagnóstico se efectuara en un estadio II de la enfermedad”. Conclusión a la que también llega el Jefe de la Sección de Ginecología del Hospital “X” en el informe elaborado con ocasión de la instrucción de este procedimiento.

Además, afirma la reclamante que la “demora en la atención ha podido suponer un significativo avance en el estadio de la enfermedad, en la agresividad del tratamiento (en estadios iniciales basta con una conización), en las secuelas debidas a este e incluso en el pronóstico, disminuyendo por tanto sus probabilidades de supervivencia a causa del retraso en la administración de un tratamiento precoz”. Aunque admite que “no es posible calcular el estadio que presentaba la paciente en octubre de 2013”, debemos destacar que la interesada no ha aportado ningún informe que sustente estas aseveraciones; que, por otro lado, contradicen el exhaustivo informe emitido a instancias de la compañía aseguradora. Al respecto, los especialistas exponen que “en la oncogúa de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se indica que a partir del estadio IB2 (tamaño tumoral superior a los 4 cm) el tratamiento (...) se hará mediante quimio-radioterapia concomitante, siendo recomendable, tal y como se hizo en este caso, verificar ausencia de afectación ganglionar a nivel paraórtico (...) por vía laparoscópica (...). En el hipotético caso de que el carcinoma se hubiera diagnosticado 4 meses antes, y dada la ausencia de tumor visible, es lógico pensar que su tamaño fuera inferior a los 4 cm y no habría afectación vaginal, es decir, se encontraría en un estadio IB1; en estos caso el tratamiento indicado sería cirugía radical (...), estando indicada la radioterapia y/o quimioterapia-radioterapia según la presencia o no de ciertos datos que solo se pueden obtener tras estudio histológico de la pieza quirúrgica y que permiten establecer grupos de riesgo elevado o intermedio de recidiva”. Por tanto, “de ningún modo se podría descartar la necesidad de alguno o de

ambos tratamiento en el caso, insistimos totalmente hipotético, de que el diagnóstico hubiera tenido lugar en octubre-noviembre de 2013”.

Por ello, y reiterando que procede desestimar la presente reclamación por extemporánea, debemos concluir que, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, tampoco ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado.

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.