

Dictamen Núm. 143/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de julio de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de junio de 2021 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos al haberse ofrecido a su familiar un tratamiento exclusivamente paliativo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de junio de 2020, los reclamantes -viudo e hija de la fallecida- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos al habersele ofrecido a su familiar únicamente un tratamiento paliativo.

Exponen que en el mes de febrero de 2017, durante un ingreso en el Hospital “X”, a su familiar le fueron realizados una serie de estudios que

arrojaron como diagnóstico principal una "neoplasia de colon, estadio IV", asociada a otros diagnósticos; en concreto, "metástasis hepáticas múltiples, posible carcinomatosis peritoneal, anemia secundaria a neoplasia, anillo de Schatski, gastritis crónica antral". Según refieren, durante el ingreso había sido informada de que, "al parecer del equipo médico, no existen opciones quirúrgicas ni otro tratamiento que no sea el quimioterápico, no curativo, sino de carácter exclusivamente paliativo".

Indican que, tras causar alta hospitalaria el 23 de febrero de 2017, en una nueva consulta en el Servicio de Oncología el día 8 de marzo de 2017 se le comunica que "no existen opciones quirúrgicas y que podría haber la posibilidad de realizar un tratamiento quimioterápico con intención paliativa, no curativa".

Manifiestan que "con ánimo de contrastar dicha impresión diagnóstica con una opinión ajena" consulta en un centro sanitario privado de Madrid, y que un informe radiológico muestra "conocida neoplasia maligna de colon descendente con endoprótesis y localmente infiltrante (estadio T3-T4). No se observan lesiones adicionales sospechosas de malignidad en el resto del colon y recto, así como en cadenas ganglionares mesentéricas (...). Se confirman las lesiones sospechosas de metástasis hepáticas multicéntricas (> 20) bilobares (...). Sospecha de implantes tumorales peritoneales secundarios en mesosigma y fondo de saco de Douglas, sin ascitis asociada (...). Discreta hernia de hiato por deslizamiento (...). Restantes órganos y cadenas ganglionares torácicas y abdomino-pélvicas normales". Añaden que "realizada también exploración física y prueba de laboratorio, en informe de 06-03-2017" se "aconseja laparotomía exploradora para practicar muy probablemente resección de colon descendente, peritonectomía pelviana y en zonas afectadas o ambos canales parietocólicos. Metastasectomía hepática de las lesiones, muy probablemente localizadas en lóbulo hepático derecho, considerándola de menor tamaño para radiofrecuencia".

Señalan que finalmente la paciente sería intervenida en el ámbito de la medicina privada el día 29 de marzo de 2017, y que tras el alta hospitalaria

unas pruebas analíticas realizadas el 18 de abril de 2017 también en los servicios sanitarios privados aconsejaron el inicio de tratamiento quimioterápico.

Precisan que el tratamiento quimioterápico se realiza en su integridad “en el Centro de referencia en Madrid, Hospital ‘Y’”, reseñando que tras una “ecografía abdominal urgente” practicada el 18 de julio de 2019 y un “TC tórax-abdomen-pelvis” de 23 de julio de 2019 “la paciente ingresa en Oncología Médica por hiperbilirrubinemia. En estudio de imagen se objetiva progresión de la enfermedad hepática sin datos de dilatación de la vía biliar. Dado que con esas cifras de bilirrubina (...) no es candidata a tratamiento quimioterápico se decide control sintomático. Tras conseguir control óptimo de síntomas se decide alta a domicilio con seguimiento por ESAD”.

Mencionan que tras causar alta hospitalaria, la paciente se traslada a su domicilio en Gijón donde fallece el 24 de agosto de 2019.

Afirman que “el marco temporal desde que fue diagnosticada la enfermedad que padecía (su familiar) hasta su fallecimiento -dos años y medio- fue sensiblemente más amplio que el que hubiera deparado un tratamiento quimioterápico con fines paliativos, que era el ofertado por la sanidad pública asturiana./ En el tiempo que transcurrió desde que optó por buscar una alternativa clínica pudo desarrollar una expectativa vital a través de un tratamiento médico que la sanidad pública de la Comunidad Autónoma de Asturias no proporcionó y que tuvo que ser proveído con medios privados”.

Consignan de manera detallada los diferentes gastos del tratamiento médico seguido por su familiar en el ámbito de los servicios sanitarios privados, que supone un total de 65.796,88 €, a lo que añaden 52.143,95 € en concepto de kilometraje, peajes, manutención y pernocta a que han tenido que hacer frente como consecuencia de los numerosos desplazamientos hasta Madrid a lo largo de todo el proceso.

Según refieren, para “proceder al pago de los gastos previsibles” en un primer momento concertaron “un préstamo con garantía hipotecaria sobre la

vivienda habitual” con una entidad financiera, por importe de 85.000 €, formalizado en escritura pública ante notario el 27 de marzo de 2017. Posteriormente, la paciente solicitó al Servicio de Salud del Principado de Asturias “una prestación para pago de dietas y viajes por desplazamiento para asistencia sanitaria en el Servicio de Oncología del Hospital ‘Y’, de Madrid”, que fue desestimada por Resolución de 11 de abril de 2019 “al no existir antecedentes de canalización por el Servicio de Salud del Principado de Asturias a ese hospital”. Indican que, “ante la imposibilidad de asumir las obligaciones de pago derivadas de lo anteriormente expuesto, en fecha 10 de enero de 2020” los ahora reclamantes “procedieron a la transmisión a terceros por título compraventa de la vivienda (...), cancelando en el acto el préstamo hipotecario concertado”.

Por todo ello, y “valorando los daños y perjuicios (...) derivados de la falta de respuesta por parte de los servicios médicos” del Hospital “X” para proporcionar a su familiar “un tratamiento médico curativo -no paliativo-”, concretan la indemnización que solicitan en ciento sesenta mil euros (160.000 €), cantidad en la que entienden deben ser indemnizados “conjunta y solidariamente”, invocando que han sufrido un perjuicio en concepto de “sucesores universales de la causante”.

Adjuntan a su reclamación diversa documentación relativa al tratamiento médico en el Hospital “X”, al tratamiento médico e intervención quirúrgica en el Hospital “Y”, citas de tratamiento quimioterápico, constitución de un préstamo hipotecario, declaración de herederos y aceptación de herencia, solicitud de prestación para pago de dietas y viajes, escritura de compraventa de la vivienda y un detalle de gastos de desplazamiento.

2. Mediante escrito de 29 de junio de 2020, 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, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 15 de julio de 2020, el Gerente del Área Sanitaria V traslada al Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante los informes elaborados por los Servicios de Oncología y de Cirugía General del Hospital "X".

En el informe del Servicio de Oncología consta que la paciente "fue diagnosticada en febrero de 2017 de adenocarcinoma de colon estadio IV Ras mutado con sospecha radiológica de carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas múltiples bilobares de distribución difusa./ Durante el ingreso en Medicina Interna se realizó colocación de endoprótesis para resolución de clínica oclusiva sin complicaciones./ El día 8 de marzo fue citada en consultas de Oncología Médica. La paciente no acudió a la consulta y únicamente fue su marido./ Se le informó que con el diagnóstico (...) no estaba indicado un tratamiento quirúrgico y que se podría plantear un tratamiento sistémico no curativo. No se dieron detalles de qué tratamiento específico se elegiría, ya que la paciente no acudió a la consulta. Para tomar la decisión de si se realiza una poliquimioterapia o monoterapia asociada o no a anticuerpo (bevacizumab) se necesita valorar a la paciente en persona para conocer su ECOG. En ese momento su marido nos transmitió que la paciente no quería acudir a la consulta y se le dio un teléfono de contacto directo y nuestra disponibilidad para nueva valoración en cuanto (...) aceptase acudir al hospital. No se nos volvió a solicitar nueva consulta./ Las recomendaciones (...) se hicieron basándose en las guías clínicas de manejo del cáncer de colon metastásico" de la Sociedad Española de Oncología Médica, la European Society for Medical Oncology y la American Society of Clinical Oncology. Precisa que el "tratamiento quirúrgico del cáncer de colon metastásico" está "indicado en las siguientes situaciones:/ Cirugía del tumor primario en cáncer de colon metastásico cuando el primario condiciona cuadro oclusivo que no puede ser resuelto mediante endoprótesis o sangrado./ Cirugía del tumor primario y de la enfermedad

metastásica de inicio cuando se puede garantizar una cirugía R0, es decir una cirugía en la que se reseca toda la enfermedad macroscópica sin evidencia de afectación microscópica de los márgenes./ Cirugía del tumor primario y de la enfermedad metastásica tras un tratamiento sistémico previo (quimioterapia +/- anticuerpos) que ha conseguido disminuir la enfermedad metastásica de tal manera que sea factible plantear una cirugía R0./ No está recomendada una cirugía de la enfermedad metastásica R2, es decir, una cirugía con enfermedad macroscópica residual./ En este caso no se ofertó un tratamiento quirúrgico por no estar dentro de ninguno de los escenarios anteriormente descritos./ Según informe de la reclamación que nos han transmitido, la cirugía realizada el 29 de marzo de 2017 es una cirugía R2, en la que queda enfermedad residual macroscópica a nivel hepático. Por lo tanto, se trata de una cirugía no indicada y no avalada por las sociedades científicas". Respecto al "tratamiento sistémico de cáncer de colon metastásico", indica que "basándose en la extensión de la enfermedad metastásica, finalidad del tratamiento, status mutacional y ECOG se debe plantear tratamiento sistémico con poliquimioterapia, monoterapia y/o terapias biológicas./ En este caso no se especificó un tratamiento, se habló de manera general de tratamiento con quimioterapia paliativa. No se pudo valorar en persona a la paciente y es fundamental para plantear el tratamiento./ Según informe de reclamación que nos han transmitido, la paciente recibió tratamiento de primera línea según esquema FOLFOX6C + Bevacizumab en Hospital 'Y'. Esquema que consideramos indicado para estas situaciones y que puede ser administrado dentro del (Servicio de Salud del Principado de Asturias). No tenemos datos de los tratamientos que ha recibido con posterioridad".

Por su parte, el Servicio de Cirugía General y Digestivo informa que la paciente "fue diagnosticada en febrero de 2017 de un carcinoma estadio IV por el Servicio de Medicina Interna. En los estudios de extensión se objetivó carcinoma peritoneal y metástasis hepáticas múltiples bilobares de distribución difusa. Durante dicho ingreso en Medicina Interna se colocó endoprótesis colónica./ Cirugía General conoce a la paciente cuando se presenta el día 22 de

febrero de 2017 en el Comité de Tumores de Colon, donde de forma consensuada y colegiada entre los distintos servicios médicos que forman dicho Comité, y siguiendo las recomendaciones de las distintas guías clínicas, se desestimó tratamiento quirúrgico, recomendando tratamiento sistémico por parte de Oncología Médica./ El día 8 de marzo 2017 fue citada en consulta de Oncología Médica para explicarle dicha decisión, acudiendo únicamente el marido (...). La paciente decidió ir a otro centro en Madrid para una segunda opinión, donde decidieron operarla./ De los informes aportados por la familia se deducen varias conclusiones (...): La cirugía realizada el 29 de marzo de 2017 en Madrid es una cirugía R2, o sea no con carácter curativo, cirugía no indicada ni avalada por las sociedades científicas (...). La afirmación (...) sobre que la supervivencia de la paciente fue mayor con dicho tratamiento que la que hubiese tenido con tratamiento quimioterápico solo se entiende desde un punto de vista especulativo, ya que no aporta ningún estudio científico que (la) avale”.

4. Con fecha 1 de febrero de 2021, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicitan que se dicte resolución expresa sobre la reclamación formulada.

5. El día 10 de febrero de 2021, emiten informe pericial dos especialistas en Oncología Médica a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. En él, a la vista de la historia clínica incorporada al expediente y tras un detallado estudio del cáncer de colon y recto, no dudan en calificar la reclamación formulada y la cuantía solicitada como un “despropósito”, puesto que -según razonan- “el único causante del fallecimiento de la paciente es el tumor de colon que padecía en el estadio más avanzado posible. A pesar de la mejora de la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal, la enfermedad metastásica todavía representa un gran número de muertes relacionadas con el cáncer. Aproximadamente el 20 % de los pacientes

presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico (...) y solo el 10 % de ellos (un 2 % del total) son candidatos para un tratamiento quirúrgico (...). En dicha situación (...) no existe tratamiento quirúrgico con intención curativa eficaz. De hecho, la cirugía que se reclama fue realizada y se ha podido comprobar que solo tenía carácter paliativo. No se consiguió extirpar ni controlar el tumor en su totalidad (como ya era previsible) (...). El propio (...) informe de alta señala que la cirugía no tiene una intención curativa y que así se informa a los familiares (...) antes de la intervención (...). La intervención no fue, en ningún caso, una cirugía curativa con acreditación de la persistencia de tumor residual durante la intervención y la posterior progresión del mismo. Al mes de la intervención la paciente ya presentaba metástasis pulmonares y progresión de la enfermedad sin control posible (...). No queda acreditada la supuesta mejora en la supervivencia de la paciente tras ser intervenida (...). Al momento del diagnóstico del cáncer de colon se colocó una endoprótesis de colon que facilitaba el paso del contenido intestinal sin necesidad de realizar una colostomía. Durante el posoperatorio y hasta su fallecimiento, como resultado de la intervención realizada, tuvo una colostomía (...). Dicha colostomía, en caso de haber sido necesaria debido a una obstrucción de la endoprótesis, se hubiese podido realizar en tiempo y forma en cualquier hospital público (...). La supuesta mejora de la supervivencia atribuida erróneamente a la cirugía está provocada por la administración del tratamiento quimioterápico que recibió en el Hospital `Y`, perteneciente al Sistema Nacional de Salud, mismo tratamiento ofertado de inicio por el Servicio de Oncología del Hospital `X` (...). La mediana de supervivencia esperada de los pacientes con estadio IV de cáncer de colon es de 1-3 años, en función de la extensión de la enfermedad, biología tumoral (agresividad), edad y problemas médicos adicionales (comorbilidades) (...). Existe una ruptura del nexo causal puesto que los familiares de la paciente deciden de forma unilateral, consciente y voluntaria, la no continuación del tratamiento y seguimiento ofrecido por el Servicio de Oncología del Hospital "X". Posteriormente, queda acreditado que el

tratamiento quimioterápico fue realizado desde junio del 2017, tres meses después del diagnóstico, en el Hospital `Y´ (...) por expreso deseo de los familiares y la paciente”.

Concluyen que “los profesionales sanitarios del Hospital “X” realizaron un diagnóstico correcto, certero y sin demoras. La paciente fue evaluada de forma correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, estableciendo el plan terapéutico más indicado para la grave patología que presentaba, sin existir, en ningún caso (...), pérdida de oportunidad terapéutica fruto de su actuación (...). La cirugía realizada en el centro médico privado tiene un carácter paliativo no curativo sin aportar ninguna expectativa ni mejora en la supervivencia”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 30 de marzo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia, adjuntándoles una copia de la documentación incorporada al expediente hasta ese momento.

No consta que se hayan presentado alegaciones.

7. Con fecha 18 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “en el Hospital “X” se realizó un diagnóstico correcto, certero y sin demoras. La paciente fue evaluada de forma correcta y se intentó establecer el plan terapéutico más indicado para la grave patología que presentaba, sin existir, en ningún caso (...), pérdida de oportunidad terapéutica fruto de su actuación. Fue la propia paciente la que no quiso acudir a la consulta para ser evaluada”.

Afirma que no ha quedado acreditada “la supuesta mejora en la supervivencia de la paciente tras ser intervenida en la medicina privada. La cirugía no aportó nada a la supervivencia, que se debe exclusivamente al tratamiento quimioterápico que recibió en el Hospital `Y´ perteneciente al Sistema Nacional de Salud, mismo tratamiento ofertado desde un inicio por el

Servicio de Oncología del Hospital "X". La mediana de supervivencia esperada de los pacientes con estadio IV de cáncer de colon es de 1-3 años, en función de la extensión de la enfermedad, biología tumoral (agresividad), edad y problemas médicos adicionales (comorbilidades)".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio de 2021, 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. RP de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

ÚNICA.- Sometido a consulta un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración, este Consejo Consultivo debe emitir 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 supuesto planteado, los interesados -viudo e hija de la fallecida- solicitan una indemnización de 160.000 € por "los daños y perjuicios (...) derivados de la falta de respuesta por parte de los servicios médicos" del Hospital "X" para proporcionar a su familiar "un tratamiento médico curativo - no paliativo-".

Consta acreditado en el expediente que de manera simultánea a la asistencia que se le venía prestando por el Servicio de Salud del Principado de Asturias para el tratamiento de la grave patología que le había sido diagnosticada la paciente buscó una segunda opinión en el ámbito de la medicina privada, en la cual, previos los estudios oportunos fue intervenida el día 29 de marzo de 2017 abonando por ello 65.796,88 €. A esta operación realizada en los servicios sanitarios privados le siguió un tratamiento quimioterápico durante los años 2017, 2018 y 2019, proporcionado en este caso por la sanidad pública de la Comunidad Autónoma de Madrid, lo que supuso, teniendo en cuenta que la paciente tenía su residencia en Gijón, unos gastos de 52.143,95 € en concepto de kilometraje, peajes, manutención y pernocta.

En el escrito inicial los interesados, para fundamentar la legitimación con la que actúan, esgrimen como único título su condición de “sucesores universales de la causante”. Al respecto, y partiendo del carácter personalísimo del derecho a la salud, debemos destacar que la familia de los reclamantes no formuló en ningún momento con anterioridad al fallecimiento una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria del Principado de Asturias en la que pudieran sucederla sus derechohabientes, tal y como ahora parece pretenderse, en los términos de lo establecido en el artículo 4.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Desde que en el mes de marzo de 2017 la paciente decidiera de manera unilateral, en una opción tan personal como legítima, confiar a los servicios sanitarios privados el tratamiento de la grave patología que se le había diagnosticado, no plantea la perjudicada reclamación alguna, ni consta que estuviera postrada o impedida para ello, pues en el año 2019 solicitó al Servicio de Salud del Principado de Asturias “una prestación para pago de dietas y viajes por desplazamiento para asistencia” que fue denegada por Resolución de 11 de abril de 2019. En estas circunstancias, la reclamación presentada el 10 de junio de 2020 por el viudo de la fallecida y la

única hija habida del matrimonio, en tanto que “sucesores universales de la causante”, ha de ser rechazada de plano al no formularse por daños propios, sino por los sufridos por su esposa y madre, respectivamente, sin que le sucedan en un procedimiento por ella abierto, por lo que carecen de legitimación activa.

Respecto a la legitimación de los herederos para reclamar por los daños personales irrogados al causante, es conocido que se admite pacíficamente en los supuestos en que este hubiera ejercitado la reclamación con antelación a su fallecimiento, y fuera de este caso no son uniformes los pronunciamientos judiciales sobre si el título de heredero sustenta la legitimación activa para reclamar por unos daños personalísimos que solo sufrió el causante en vida y no reclamó antes de fallecer. No obstante se aprecia una sólida línea jurisprudencial que lo excluye, pero siempre “atendidas las circunstancias del caso concreto y el estado de salud del paciente” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de abril de 2018 -ECLI:ES:TSJM:2018:4008-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.^a), pues ha de admitirse cuando el enfermo se encuentra postrado, impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar el derecho a reclamar el daño. Entre los más reciente pronunciamientos judiciales, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a, insiste en que “para poder ejercer tal acción a título de heredero es preciso que la masa hereditaria se integre, bien del derecho conquistado a indemnización, bien del derecho litigioso (mediante subrogación), o bien del derecho a obtener una respuesta indemnizatoria, que requiere haber ejercido el interesado tal reclamación en vida. No existe un derecho genérico a reclamar que pueda actualizarse o ejercerse *ex novo* por los herederos, salvo en los casos en que se acredite la imposibilidad del titular de ejercer o formular tal reclamación por no disponer de plazo para ello al fallecer o quedar incapacitado en su voluntad tras la consolidación de los daños o perjuicios”.

Siendo lo anterior motivo suficiente para desestimar la reclamación -en los literales términos en que se formula-, ya que la fallecida pudo accionar en vida por sí misma o mediante representante, se advierte que aunque la pretensión resarcitoria hubiera sido ejercitada puntualmente por la difunta, se estimara de algún modo transmisible el crédito resarcitorio o se interpretara que se reclama también por algún daño propio la reclamación examinada no puede prosperar por razones de fondo.

En efecto, para admitir que la reclamación instada por sus familiares no es extemporánea ha de considerarse circunscrita a la improcedencia del tratamiento paliativo avalada por el transcurso de un plazo de supervivencia, pues es necesario acudir a ese lapso temporal para situar el *dies ad quem* en la fecha del fallecimiento de su familiar y así salvar la extemporaneidad de la acción. Ahora bien, consta que la paciente, por mediación de sus familiares -dado que no asiste a la cita diagnóstica- es informada acerca del tratamiento paliativo que le recomienda la sanidad pública y que cuestionan el día 8 de marzo de 2017, y que se le traslada seguidamente el contacto del "psicólogo de AECC" y se le ofrece "ser valorada en persona". En esa fecha ya estaban presentes todos los elementos definitorios de la reclamación, salvo la necesaria fundamentación de la supervivencia al fatal diagnóstico, debiendo advertirse que la paciente era conocedora de todas las circunstancias que rodean el caso y no consta que sufriera merma o limitación de sus facultades psíquicas que la imposibilitaran para formular una reclamación.

El único reproche formulado por los reclamantes para justificar el abandono de la sanidad pública y reclamar frente a ella so pretexto de una deficiente asistencia es que los servicios sanitarios públicos no ofrecieran a su familiar "un tratamiento médico curativo -no paliativo-", que por el contrario sí consideran que le fue prestado por la medicina privada, adonde acudieron voluntariamente y en la que fue intervenida, previo pago, el día 29 de marzo de 2017.

Pues bien, basta un detallado repaso tanto de los informes de los servicios afectados como del elaborado por dos especialistas en Oncología Médica a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, documentos que conocidos por los reclamantes en el trámite de audiencia no han sido cuestionados por su parte con pericia alguna de contraste, para concluir que la intervención que le fue realizada a la paciente en el ámbito de la medicina privada, además de no ser la indicada por las sociedades científicas, nunca tuvo el carácter curativo que los interesados sugieren.

Así se desprende del informe del Servicio de Oncología del Hospital "X" (folios 538-539) cuando señala que "no está recomendada una cirugía de la enfermedad metastásica R2, es decir, una cirugía con enfermedad macroscópica residual./ En este caso no se ofertó un tratamiento quirúrgico por no estar dentro de ninguno de los escenarios (...) descritos./ Según informe de la reclamación que nos han transmitido, la cirugía realizada el 29 de marzo de 2017 es una cirugía R2, en la que queda enfermedad residual macroscópica a nivel hepático. Por lo tanto, se trata de una cirugía no indicada y no avalada por las sociedades científicas".

En la misma línea, el Servicio de Cirugía General y Digestivo informa que "conoce a la paciente cuando se presenta el día 22 de febrero de 2017 en el Comité de Tumores de Colon, donde de forma consensuada y colegiada entre los distintos servicios médicos que forman dicho Comité, y siguiendo las recomendaciones de las distintas guías clínicas, se desestimó tratamiento quirúrgico, recomendando tratamiento sistémico por parte de Oncología Médica./ El día 8 de marzo 2017 fue citada en consulta de Oncología Médica para explicarle dicha decisión, acudiendo únicamente el marido (...). La paciente decidió ir a otro centro, en Madrid, para una segunda opinión, donde decidieron operarla./ De los informes aportados por la familia se deducen varias conclusiones (...): La cirugía realizada el 29 de marzo de 2017 en Madrid es una cirugía R2, o sea, no con carácter curativo, cirugía no indicada ni avalada por las sociedades científicas (...). La afirmación (...) sobre que la supervivencia de

la paciente fue mayor con dicho tratamiento que la que hubiese tenido con tratamiento quimioterápico solo se entiende desde un punto de vista especulativo, ya que no aporta ningún estudio científico que (la) avale”.

De manera coincidente, los especialistas en Oncología Médica que informan a instancias de la compañía aseguradora de la Administración concluyen que “el único causante del fallecimiento de la paciente es el tumor de colon que padecía en el estadio más avanzado posible. A pesar de la mejora de la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal, la enfermedad metastásica todavía representa un gran número de muertes relacionadas con el cáncer. Aproximadamente el 20 % de los pacientes presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico (...) y solo el 10 % de ellos (un 2 % del total) son candidatos para un tratamiento quirúrgico (...). En dicha situación (...) no existe tratamiento quirúrgico con intención curativa eficaz. De hecho, la cirugía que se reclama fue realizada y se ha podido comprobar que solo tenía carácter paliativo. No se consiguió extirpar ni controlar el tumor en su totalidad (como ya era previsible) (...). El propio (...) informe de alta señala que la cirugía no tiene una intención curativa y que así se informa a los familiares de la paciente antes de la intervención (...). La intervención no fue, en ningún caso, una cirugía curativa con acreditación de la persistencia de tumor residual durante la intervención y la posterior progresión del mismo. Al mes de la intervención la paciente ya presentaba metástasis pulmonares y progresión de la enfermedad sin control posible (...). No queda acreditada la supuesta mejora en la supervivencia de la paciente tras ser intervenida”.

En suma, cuestionada la legitimación de los reclamantes para ejercer la acción de responsabilidad patrimonial aquí examinada, tampoco el fondo de la pretensión resarcitoria podría prosperar, toda vez que los daños que se anudan a la omisión de un tratamiento curativo no traen causa de una mala praxis médica desde el momento en que se objetiva la procedencia de la indicación paliativa, sin que en el proceso asistencial denunciado se aprecien deficiencia

diagnóstica ni pérdida de oportunidad terapéutica imputables al servicio sanitario.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.