

Dictamen Núm. 76/2024

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

Secretaria:
de Vera Estrada, Paz,
Letrada Adjunta a la Secretaría
General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de abril de 2024, 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 16 de febrero de 2024 -registrada de entrada el día 21 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de la muerte de su familiar, que atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer metastásico de esófago.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de diciembre de 2022, una persona (madre del fallecido y a quien -afirman- se designa expresamente para que se entiendan con ella las actuaciones a que dé lugar el procedimiento) y un abogado (que a tenor del escrito asumiría la representación de todos los interesados -además de la madre del fallecido, de la esposa, la hija y el hermano de este-) presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial -frente a la Consejería de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la muerte de su familiar, que

atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer metastásico de esófago.

Exponen que el 10 de febrero de 2021 acude "al Servicio de Urgencias del Hospital `Y`" por presentar "hematuria, arrojando la impresión diagnóstica de `probable litiasis ureteral` (...). El 15 de febrero de 2021 regresa al Servicio de Urgencias (...) por dolor en fosa ilíaca derecha", siendo diagnosticado de "dolor abdominal, probable cólico renal derecho". Vuelve a dicho Servicio el 31 de marzo de 2021 por dolor lumbar, que se califica como "lumbalgia" y es remitido a Atención Primaria para control y seguimiento.

Señalan que acude de nuevo los días 3 y 22 de noviembre de 2021 "por lumbalgia no irradiada a las extremidades", cuadro que "se venía presentando con mayor intensidad desde finales de octubre, con diversas prescripciones y sin mejoría del dolor", descartándose el 22 de noviembre de 2021 "patología urgente". El 4 de diciembre de 2021 regresa "por dolor en fosa renal derecha con irradiación (...), con una semana de evolución. Se da alta con diagnóstico de `cólico renal derecho sin signos de complicación en el momento actual` (...). Vuelve (...) el 6 de diciembre de 2021 por `lumbalgia no irradiada sin signos de alarma en el momento actual`".

Refieren que "finalmente ingresa en 7 de diciembre de 2021" por "un cáncer metastásico de esófago con afectación vertebral T12-L1", recibiendo el 17 de diciembre de 2021 "radioterapia paliativa en el Hospital `X`" y siendo "alta domiciliaria" el 27 de diciembre de ese año. Precisan que, "valorado por el Servicio de Oncología (...) en 29 de diciembre de 2021, se resuelve desestimar el tratamiento activo, derivando a cuidados paliativos", y que el 5 de enero de 2022, a causa de las complicaciones del cáncer, se produce fallo multiorgánico y la muerte" del paciente.

Consideran que, a pesar de la buena salud de su familiar y de la sintomatología "extraña y grave", las asistencias sanitarias dispensadas a lo largo del año 2021 adolecieron de "profundidad diagnóstica", pues habría sido necesario ampliar las pruebas realizando una RMN o tac, prueba esta última que permitió establecer con toda precisión el diagnóstico.

Sostienen que se sitúa “la actuación origen entre febrero y mayo de 2021, cuando con ocasión de la sintomatología (hematuria, dolor lumbar y reflujo gastroesofágico) y la falta de profundidad diagnóstica puede considerarse que existe omisión de pruebas diagnósticas (RMN, tac), que llegaron de forma tardía cuando el fatal desenlace ya era inevitable. Es de destacar que estaba pendiente un urotac (...) según consta en la historia clínica (19-03-2021), sin que a la vista de este documento parezca haberse realizado ni incorporado su resultado”.

Afirman que “existe relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el hecho dañoso, toda vez que la acción extemporánea eliminó las posibilidades de pronta atención./ Una actuación más rápida podría haber dado un tratamiento encaminado a la curación del paciente o, cuando menos, a prolongar la supervivencia del enfermo. Al propio tiempo, supuso condiciones de penosidad al aumentar la morbilidad de la clínica, aumentando el padecimiento (...) y con ella reducir las posibilidades de paliación (...). En todo caso, es elocuente que el tac permitió obtener con presteza y claridad el fatal diagnóstico (...). Las pruebas complementarias de las que fue privado el paciente, tac o RNM, no son (...) complejas o de gasto exorbitante. Es más, con las reiteradas visitas su uso debió ser prescrito por los facultativos al no haber encontrado respuesta idónea a la grave sintomatología persistente”.

Cuantifican la indemnización solicitada, “según dictamen pericial” que aportan y referida únicamente al daño moral, en un total de cuatrocientos sesenta y cinco mil ciento veinticuatro euros (465.124,00 €).

Adjuntan copia de diversa documentación médica relacionada con el proceso de referencia, así como el informe suscrito por un facultativo máster en Valoración del Daño Corporal y Peritaje Médico y especialista en Bioquímica Clínica el 16 de octubre de 2022.

2. Mediante oficio de 12 de enero de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, y les requiere para que en el plazo de diez días acrediten debidamente la representación que pretenden conferir.

3. El día 16 de febrero de 2023, el representante de los interesados presenta un escrito en el Registro Electrónico al que acompaña los poderes otorgados por los reclamantes en su favor.

4. Mediante oficio de 22 de febrero de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Previa solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el 29 de marzo de 2023 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III incorpora al expediente una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de Medicina Interna y de Urgencias del Hospital "Y" y de la Médica de Atención Primaria.

El informe elaborado por el Jefe del Servicio de Medicina Interna el 20 de marzo de 2023 indica que el contacto de este Servicio con el paciente se limita a su ingreso en el hospital el 7 de diciembre de 2021. Asimismo, da cuenta del diagnóstico, cáncer de esófago en estadio IV; de los medios empleados en el mismo (gastroscopia realizada el 10 de diciembre de 2021 y tac para valorar la extensión de la enfermedad), y de las medidas adoptadas con posterioridad, consistentes en valoración por los Servicios de Cirugía, Oncología y el Comité de Tumores del Centro, siendo derivado a los Servicios de referencia de Radioterapia y Oncología del Hospital "X" para tratamiento paliativo. Tras afirmar que los síntomas que experimentó a lo largo de 2021 no eran sugestivos de un carcinoma de esófago, concluye que "desafortunadamente se diagnosticó un tumor muy invasivo en un estadio muy avanzado en una persona joven que evoluciona muy agresivamente y conduce rápidamente al fallecimiento del mismo", y que "sólo en las últimas semanas antes del ingreso aparecen los síntomas que permiten sospechar el diagnóstico de patología tumoral".

El informe del Jefe de la Unidad de Urgencias, de 16 de marzo de 2023, resume las asistencias efectuadas al referido Servicio en: “un cólico renal derecho, sin complicaciones, por lo que es visto en el mes de febrero con las pruebas complementarias e interconsultas habituales para este proceso, cuya fiabilidad diagnóstica es muy alta, y muy poco plausible secundaria al proceso que lleva al exitus al paciente./ Un dolor lumbar que inicialmente no tiene ningún criterio de alarma, por el que consulta el 31 de marzo y que es un proceso benigno, autolimitado, y que no plantea mayores dudas diagnósticas en un varón de 37 años”, subrayando que el tratamiento de la lumbalgia ha sido el correcto de acuerdo con las evidencias científicas a las que se remite. Con carácter general, indica que en su estancia en Urgencias se solicitaron todas las pruebas necesarias para descartar un proceso agudo, y que en el momento en que concurrieron los signos y síntomas de alerta se practicaron las pertinentes de inmediato.

El informe de la Médica de Atención Primaria, de 27 de marzo de 2023, explica que el paciente consultó por los procesos relativos a la reclamación en tres ocasiones (reflujo gastroesofágico el 27 de abril de 2021 y el 25 de noviembre de 2021, y por lumbalgia el 10 de noviembre de 2021), y señala que el seguimiento en cada uno de ellos fue acorde con los protocolos y guías clínicas.

6. Obra incorporado al expediente un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 8 junio de 2023 por dos especialistas, uno en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se concluye que “el paciente ha sido visto de forma estrecha y continuada por el Servicio de Urgencias y su médico de Atención Primaria de su patología de cólico renal, reflujo gastroesofágico y lumbalgia, realizando las recomendaciones y tratamientos habituales para este tipo de dolencia acorde a los protocolos y guías de práctica clínica (...). El cáncer de esófago es silente, y por este motivo 2/3 de los pacientes ya se diagnostican en una fase muy avanzada de la enfermedad (...). En este caso, la clínica y exploración no eran

patognomónicas de un cuadro digestivo (y mucho menos de un cáncer de esófago), existiendo en todo momento diagnósticos más plausibles acordes a la clínica del paciente (primero cólico renal y posterior lumbalgia) (...). Tras el diagnóstico de cáncer de esófago nada se puede reprochar a la actuación de los profesionales” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, “puesto que se indicaron y se realizaron las pruebas médicas necesarias (endoscopia, biopsia y tac toracoabdominal) en período de tiempo muy breve, pudiendo establecer de forma inmediata y sin demoras el mejor plan terapéutico para el paciente acorde a su estado de salud y el estadio tumoral de su cáncer de esófago”.

Sobre la pérdida de oportunidad, manifiestan que el diagnóstico de carcinoma de esófago en estadio IV en diciembre de 2021 “no ha generado ninguna pérdida de oportunidad terapéutica puesto que, dada la grave y extensa afectación de todos los órganos y sistemas al momento de su diagnóstico, 6-9 meses antes su situación clínica hubiese sido similar, sin posibilidad de optar por ningún tratamiento quirúrgico con intención curativa (...). Dada la historia natural del cáncer de esófago desde su inicio hasta que alcanza un tamaño mínimo suficiente para poder ser diagnosticado pasan años. En este contexto, y en el caso particular que nos ocupa, el tratamiento y situación clínica y progresión tumoral metastásica hubiese sido similar 6-9 meses antes impidiendo cualquier opción terapéutica con intención curativa (...). El diagnóstico de las metástasis óseas en abril-mayo del 2021 no hubiese modificado el plan terapéutico ni su pronóstico vital (supervivencia esperada)”.

Respecto a la insuficiencia de pruebas diagnósticas, afirman que “tampoco consideramos que hubiese sido indicada la realización de ningún tac ni RMN abdominal en abril-mayo del 2021 porque la clínica del paciente no era de un cáncer de esófago. No padecía síndrome constitucional, no tenía disfagia, la clínica de (reflujo gastroesofágico) no se asocia con el tipo de cáncer de esófago que padecía el paciente (escamoso), ni tampoco presentaba por edad ni por antecedentes personales factores predisponentes para el desarrollo del mismo (...). El paciente comenzó con sintomatología que podría relacionarse con un proceso oncológico vs. inflamatorio 1-2 meses antes del diagnóstico y no antes”.

7. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 29 de noviembre de 2023, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

8. El día 21 de diciembre de 2023, los interesados presentan a través del Registro Electrónico un escrito de alegaciones. En él manifiestan que “la cuestión es si se debió indagar y procurar dar respuesta o hallar la causa de las sintomatologías. Y si ello debe hacerse a la vista de la evidencia continuada de varias patologías, que se resumen en dolor en la zona abdominal y torácica, que se objetivaron en la multitud de asistencias médicas sin especificar la causa. Centrada así la cuestión, lo cierto es que: / a) Son múltiples y reiteradas las demandas de atención sanitaria. Y éstas no pueden tildarse de caprichosas visitas, dado lo recurrente del cuadro de síntomas ofrecido, superando la veintena de asistencias. / b) El cuadro recurrente de dolor localizado en el tronco (por diversas causas, dolor renal, lumbar, lumbalgia, etc.) se dejó sin explicación durante varios meses. / c) La indagación para intentar hallar las causas de la sintomatología y el dolor inexplicable (por lo recurrente) y sin objetivar causa podía haber abierto la puerta al diagnóstico. En este punto, merece crítica el dictamen de praxis, pues malinterpreta el (...) presentado con la solicitud inicial: este no dice que el tac debía haberse practicado a colación del carcinoma, sino que se debía haber practicado como parte de una conducta proactiva y tendente a explicar el porqué de esos dolores recurrentes y por qué, entre otras cosas, se orinaba sangre, cuando no se había concretado la causa. / Por lo demás, la consideración que hace la pericial de esta parte viene avalada por la jurisprudencia, toda vez que se ha considerado que tac o RNM son pruebas que no son complejas, ni de gasto exorbitante, y que deben utilizarse cuando existen situaciones críticas, persistentes y no resueltas (...). d) A pesar de lo afirmado en los diversos informes, la pronta intervención no carece de relevancia: aunque no hubiera posibilidad de prolongación de supervivencia (que la había, aunque fuera incierta), un diagnóstico anticipado, cuanto menos,

le hubiera supuesto (...) cierto alivio de sus dolencias vía otras alternativas sanitarias y que tanto el paciente como su familia pudieran afrontar esa recta final de forma distinta a como finalmente sucedió”.

9. Con fecha 15 de enero de 2024, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella manifiesta que con base en la documental obrante en el expediente “la asistencia ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, con los datos clínicos disponibles al momento de las asistencias efectuadas en abril/mayo de 2021, y posteriormente, tras el diagnóstico del tumor, indicando las opciones terapéuticas según las guías clínicas, sin objetivar pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de febrero de 2024, 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 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:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 27 de diciembre de 2022, y el fallecimiento del finado tiene lugar el día 5 de enero de 2022, por lo que es claro que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños derivados de la muerte de su familiar, que atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer metastásico de esófago.

Acreditado el fallecimiento del paciente -y, por tanto, la efectividad del daño-, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder 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 sólo 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada,

sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto analizado, los interesados parten de “situar la actuación origen entre febrero y mayo de 2021”, y enfatizan la circunstancia de que el fallecido era joven (37 años, en aquel momento) y gozaba de buena salud, habiendo acudido en escasas ocasiones al servicio de salud; sin embargo, “repentinamente tiene sintomatología extraña y grave, precisando de asistencia médica nada más y nada menos que en una veintena de ocasiones en el (...) año 2021”, presentando los siguientes síntomas: “hematuria espontánea, dolores lumbares, renales, abdominales persistentes, etc.”. Señalan que “es de destacar la falta de profundidad diagnóstica. A pesar de lo extraño y recurrente del cuadro médico, no llega a indagarse en la causa de la sintomatología del paciente. Ni su médico de (Atención Primaria), ni los demás profesionales intervinientes llegaron a investigar la clínica o pedir pruebas complementarias para dar un diagnóstico y explicación certera de las causas”, y que “en investigación de las patologías practicaron pruebas de imagen (ecografías y Rx) y de laboratorio que no resultaron suficientes. Además, estas contenían ya ciertas señales de alarma (proteína C elevada, hamartoma de riñón, ureterohidronefrosis sin objetivar causa obstructiva, etc.)”, advirtiendo que “en la indagación de las causas para dar explicación a los diversos episodios pruebas complementarias (...), como una RMN o tac, hubieran sido idóneas para profundizar en el diagnóstico”, y subraya también que en Atención Primaria “con ocasión del episodio” de reflujo gastroesofágico se “podía haber realizado una endoscopia digestiva que hubiera hallado el cáncer sin pretenderlo”. Con base en ello, sostienen que “existe relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el hecho dañoso, toda vez que la acción extemporánea eliminó las posibilidades de pronta atención”, y que “una actuación más rápida podría haber dado un tratamiento encaminado a la curación (...) o, cuando menos, a prolongar la supervivencia del enfermo”.

Para respaldar sus argumentaciones aportan, junto al escrito de reclamación, el informe elaborado el 16 de octubre de 2022 por un facultativo máster en Valoración del Daño Corporal y Peritaje Médico y especialista en

Bioquímica Clínica. En él se señala que el paciente “empezó a manifestar síntomas importantes que exigieron su consulta en Urgencias desde el 10-02-2021. Acudió a los médicos del servicio público de salud a nivel ambulatorio y hospitalario en repetidas ocasiones durante ese año, hasta que se le diagnosticó un cáncer de esófago con metástasis once meses más tarde, el 7-12-2021, por el dolor lumbar que padecía consecuencia de una metástasis ósea en la columna lumbar (...). En concreto, ese año 2021 acudió al servicio público de salud en 29 ocasiones. Contrastando este hecho con las pocas veces que había acudido al médico con anterioridad al año 2021, desde 2016: 4 visitas de enfermería (...). El servicio público de salud se basó en diagnósticos clínicos, con algunos parámetros de laboratorio inespecíficos para realizar sus diagnósticos puntuales, pero no ofreció una visión de conjunto del paciente que ya tenía un cáncer y no se le diagnosticó (...). No se diagnosticó porque no se emplearon pruebas diagnósticas suficientemente sensibles y específicas para profundizar en el diagnóstico de una clínica que se mostraba en superficie, pruebas económicas, fáciles de realizar y muy asequibles que se usan frecuentemente en Urgencias y en el ámbito hospitalario, como un tac abdominal o lumbar o una RMN (...). No se emplearon porque en ningún momento se valoraron las manifestaciones clínicas sucesivas y repetidas durante ese año como graves. Por tanto, no se consideraron merecedoras de mayor implicación asistencial ni por los médicos de Urgencias ni por su médico de familia. En opinión de este perito, era especialmente este último facultativo quien debía haber orquestado dicha profundización en el diagnóstico dado que era conocedor de la situación asistencial global que ocurría ese año y tenía toda su historia expuesta ante sí. De hecho, tuvo la llave para realizar el diagnóstico de un cáncer de esófago: realizar una endoscopia, ante una clínica de molestias digestivas compatibles con un reflujo gastroesofágico. No se realizó (...). El no ofrecer esos medios convencionales al (paciente) conllevó una falta de diagnóstico de una enfermedad muy grave, lo cual le condenó a una falta de tratamiento, existente y adecuado, contribuyendo a la morbilidad de su situación de forma definitiva y a una muerte precoz y sin cuidados paliativos”.

Vista la posición de los reclamantes con apoyo en este informe pericial, es preciso abordar el contenido más significativo de la restante documentación obrante en el expediente.

El informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "Y" refiere que "el diagnóstico de la enfermedad neoplásica esofágica se obtuvo mediante la realización de gastroscopia el día 10 de diciembre de 2021, y la valoración de su extensión se realizó mediante tac de cuello, tórax y abdomen", advirtiendo expresamente que "el diagnóstico del proceso se vio facilitado porque en el momento del ingreso" el día 7 de diciembre de 2021 "existían síntomas claves que no (...) consta que se hubieran referido previamente, un síndrome general con pérdida de peso y sobre todo disfagia, es decir, dificultad para la deglución, además se detecta en la exploración física la existencia de una zona sugestiva de infiltración tumoral supraclavicular y una afectación vertebral radiológica (aplastamiento) que no existía en estudios previos". Señala que "se procede a derivar al paciente a los Servicios de referencia de Radioterapia y Oncología del Hospital "X" para evaluación de las mejores opciones de tratamiento reales que, obviamente, son prácticamente inexistentes desde el punto de vista curativo y que se limitan a radioterapia y quimioterapia paliativa". En relación con los episodios sufridos por el paciente, indica que no existe una relación entre ellos y el diagnóstico final, subrayando que "una hematuria, una probable litiasis renal o un hamartoma de 8 mm o una ureterohidronefrosis no son problemas que sugieran en absoluto la existencia de un carcinoma de esófago. Un episodio de reflujo gastroesofágico aislado con buena evolución con tratamiento es extraordinariamente frecuente en la población, de modo que si estuviera justificado realizar una endoscopia a todos los que lo han padecido en alguna ocasión probablemente a todos nos habrían realizado una o más gastroscopias. Una PCR mínimamente elevada es totalmente inespecífica y mucho más común en procesos infecciosos e inflamatorios que tumorales", y advierte que "el síntoma que podría haber tenido más posibilidades de haber desencadenado un proceso diagnóstico que hipotética e indirectamente pudiera haber aportado un indicio que tal vez podría haber llevado al diagnóstico definitivo del paciente es la lumbalgia. En este sentido quiero resaltar que hay una atención en Urgencias

en el mes de marzo con ese diagnóstico en la que se dice textualmente que se le ofrece analgesia que rechaza, lo que hace suponer que no era un dolor muy intenso en ese momento y que no constan más atenciones en ese Servicio en los siguientes meses por ese motivo”, por lo que entiende que “el problema desapareció o se hizo poco importante. El paciente volvió a acudir a Urgencias el día 3 de noviembre, es decir, casi 8 meses después, donde se refiere textualmente que la lumbalgia es de una semana de evolución y, eso sí, a partir de ese momento hay varias atenciones en Urgencias por ese motivo, lo que desencadena que aproximadamente un mes después, el 7 de diciembre, se produzca el ingreso del paciente en nuestro Servicio y el diagnóstico del mismo”.

El informe de la Unidad de Urgencias indica que el paciente acude a consulta por hematuria el día 10 de febrero de 2021, y que en su analítica “aparece hematuria macroscópica e imagen en pelvis derecha compatible con litiasis”, pero “con función renal normal, y sin criterios de alarma para ese síntoma” se procede a darle el alta “con revisión por su Médico de Familia”. Vuelve posteriormente el 15 de febrero de 2021 por dolor intenso, cólico e irradiado a hemiabdomen derecho (dolor típico de un cólico renal), aunque “presenta una función renal normal, con creatinina de 1,12 y en la radiografía cree intuir el médico de Urgencias un aumento de la silueta renal”, por lo que, “con el diagnóstico de presunción de cólico renal derecho, y para descartar su complicación, que sería la obstrucción de la vía excretora, (se) le deja en observación para ver evolución y realizar ecografía”, en la que “se confirma que el uréter está un poco dilatado (sin gravedad)” y que el tamaño del riñón es normal”, siendo remitido “a su Médico de Familia y a Urología para revisión”. Refiere que el 31 de marzo de 2021 consulta en Urgencias por un proceso de lumbalgia que había comenzado la misma noche, y que “con una exploración rigurosa, incluida neurológica distal, y realizando radiografía por sospecha de proceso lumbar agudo (prueba que en puridad no estaría indicada en un proceso agudo en paciente joven) y sin hallazgos aparentes se remite con analgésicos y explicados los signos de alarma para este proceso a seguimiento

por su Médico de Familia”, volviendo el paciente a esta Unidad por la misma patología el día 3 de noviembre de 2021.

El informe de la Médica de Atención Primaria señala que “con fecha de 27 de abril del 2021 el paciente consulta por clínica compatible” con reflujo gastroesofágico, pero “sin datos de alarma (ardores de predominio nocturno al acostarse y sensación de reflujo. No síndrome general, disfagia ni otros datos de alarma)”, y que el “14 de mayo 2021 (se programó) una consulta telefónica con el paciente para vigilancia evolutiva del proceso, refiriendo buena evolución por lo que se suspende el tratamiento pautado y se le indica consultar de nuevo en caso de empeoramiento clínico o nueva sintomatología”, sin que volviese a consultar “por dicho motivo hasta el 25 de noviembre, 7 meses después de la primera consulta”. En cuanto a la lumbalgia, señala que consulta por primera vez el 10 de noviembre del 2021 -6 días después de haber sido valorado en Urgencias del Hospital “Y”-, y que ante la falta de mejoría se decide ajustar la medicación y solicitar analítica, indicando que el día 25 de noviembre al persistir la sintomatología se solicita interconsulta al Servicio de Traumatología. Asimismo, refiere que el 3 de diciembre 2021 se contacta con el paciente para informarle de la decisión de derivarle al Servicio de Reumatología para descartar proceso inflamatorio reumatológico, pero el 7 de diciembre 2021 este acude urgentemente a consulta por empeoramiento de su dolor lumbar por lo que lo deriva “nuevamente a Urgencias para una nueva valoración, siendo diagnosticado de aplastamiento vertebral e ingresado para completar estudios”.

Finalmente, la pericial incorporada a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sostiene que “el paciente ha sido visto de forma estrecha y continuada por el Servicio de Urgencias y su Médico de Atención Primaria de su patología de cólico renal, reflujo gastroesofágico y lumbalgia, realizando las recomendaciones y tratamientos habituales para este tipo de dolencia acorde a los protocolos y guías de práctica clínica”; que “el cáncer de esófago es silente y por este motivo 2/3 de los pacientes ya se diagnostican en una fase muy avanzada de la enfermedad”, y que “en este caso la clínica y exploración no eran patognomónicas de un cuadro digestivo (y mucho menos de un cáncer de esófago), existiendo en todo momento

diagnósticos más plausibles acordes a la clínica del paciente (primero cólico renal y posterior lumbalgia)”. Por otra parte, afirma que “el supuesto retraso diagnóstico (...) no ha generado ninguna pérdida de oportunidad terapéutica puesto que, dada la grave y extensa afectación de todos los órganos y sistemas al momento de su diagnóstico, 6-9 meses antes su situación clínica hubiese sido similar sin posibilidad de optar por ningún tratamiento quirúrgico con intención curativa”, y que “la clínica que se reclama es producto de la afectación ya metastásica por afectación de la columna vertebral lumbar, por lo que no sería posible y estaría totalmente descartada cualquier opción quirúrgica con intención curativa incluso en los meses de marzo-abril del 2021”. Refiere que “dada la historia natural del cáncer de esófago desde su inicio hasta que alcanza un tamaño mínimo suficiente para poder ser diagnosticado pasan años. En este contexto, y en el caso particular que nos ocupa, el tratamiento y situación clínica y progresión tumoral metastásica hubiese sido similar 6-9 meses antes impidiendo cualquier opción terapéutica con intención curativa”, y que “el diagnóstico de las metástasis óseas en abril-mayo del 2021 no hubiese modificado el plan terapéutico ni su pronóstico vital (supervivencia esperada)”. Concluye manifestando que “el paciente comenzó con sintomatología que podría relacionarse con un proceso oncológico vs. inflamatorio 1-2 meses antes del diagnóstico y no antes”.

Planteada en estos términos la controversia, con carácter previo a cualquier consideración resulta inevitable destacar que los reclamantes, de forma expresa, circunscriben temporalmente los hechos con relevancia para este asunto a los acontecidos dentro del período comprendido “entre febrero y mayo de 2021”. Ciertamente, a tenor del informe de Urgencias antes referido, el paciente acude a dicha Unidad por hematuria el día 10 de febrero de 2021 y, según el informe de Atención Primaria, el 14 de mayo 2021 se programa una consulta telefónica con él para vigilancia evolutiva de la clínica de reflujo gastroesofágico que presentó el 27 de abril del 2021 (en la que, ante la buena evolución, se suspende el tratamiento pautado y se le remite a una nueva consulta en caso de empeoramiento o nueva sintomatología). Siendo ambas fechas (10 de febrero de 2021 y 14 de mayo 2021) las dos referencias del

intervalo temporal de acontecimientos propuesto por los interesados -aunque el 30 de mayo de 2021 el enfermo acude a Urgencias del Hospital “Y”, lo hace por molestias en el ojo derecho (en el que había padecido úlcera corneal en marzo de 2021), por lo que no se trataría de ninguna de las patologías relevantes para este procedimiento-, no cabe orillar que entre la última de estas fechas (14 de mayo 2021) y el mes de noviembre de 2021 (momento en el que vuelve a consultar con el servicio público sanitario público) deja de acudir a consultas y, por tanto, de referir problemas de salud a los facultativos que le venían atendiendo; esto es, durante prácticamente 5 meses los médicos responsables de su tratamiento no tuvieron referencia de problema alguno relativo a las patologías que había mostrado.

En otro orden de cosas, y dada la existencia de confrontación entre las periciales, cabe recordar que la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes (por todas, Sentencias del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª, y del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de mayo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1298-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). En el caso examinado, lo anterior significa contraponer el informe de los servicios implicados (Medicina Interna, Urgencias y Atención Primaria), así como el de un especialista en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo que intervienen por cuenta de la compañía aseguradora, frente al informe elaborado por un facultativo máster en Valoración del Daño Corporal y Peritaje Médico y especialista en Bioquímica Clínica.

Sentado lo anterior, procede entrar sobre el fondo del asunto analizado.

En primer lugar, el paciente fallece -a tenor del informe de alta por exitus, de 27 de enero de 2022, de la Fundación Hospital “Z”- diagnosticado de “carcinoma escamoso esofágico metastásico (grado IV)”, y los reclamantes mantienen que “una actuación más rápida podría haber dado un tratamiento

encaminado a la curación (...) o, cuando menos, a prolongar la supervivencia del enfermo". Teniendo esto en cuenta, y también que el período temporal al que los interesados circunscriben tal falta de actividad es el que media entre los meses de febrero y de mayo de 2021, únicamente existen tres episodios clínicos con relevancia para el caso que nos ocupa: hematuria, acompañada de dolor intenso, cólico e irradiado a hemiabdomen derecho; reflujo gastroesofágico, y lumbalgia.

Siendo esto así, deviene inexcusable el análisis de una posible vinculación de tales episodios con el diagnóstico final de cáncer de esófago, cuyo eventual retraso sirve de fundamento a la pretensión resarcitoria aquí examinada.

En cuanto a la hematuria con dolor irradiado a hemiabdomen derecho, el informe del Servicio de Medicina Interna señala con claridad que "una hematuria, una probable litiasis renal, o un hamartoma de 8 mm o una ureterohidronefrosis no son problemas que sugieran en absoluto la existencia de un carcinoma de esófago". Por su parte, el informe de Urgencias indica que el paciente acude a consulta los días 10 y 15 de febrero de 2021, primero por hematuria y después por "dolor (intenso, cólico e irradiado a hemiabdomen derecho)"; no obstante, su analítica arroja "hematuria macroscópica e imagen en pelvis derecha compatible con litiasis" -el dolor se mostraría como "típico de un cólico renal"- y se diagnostica como "probable cólico renal derecho" (folio 32), constatándose una "función renal normal" y ratificando la ecografía que se le practica "que el uréter está un poco dilatado (sin gravedad)" y que "el tamaño del riñón es normal", por lo que se remite "a su Médico de Familia y a Urología para revisión". Para finalizar, el Jefe de la Unidad de Urgencias advierte de la incorrección efectuada en la pericial aportada por los interesados, según la cual el informe de resultados de la prueba de imagen de 15 de febrero de 2021 establece el diagnóstico de "leve ureterohidronefrosis sin causa obstructiva" cuando lo que realmente señala es "leve ureterohidronefrosis derecha sin objetivar la causa obstructiva" (folio 33), lo que resulta muy diferente puesto que no indica el informe del radiólogo que "se dude de que

sea obstructivo, sino que no se ve el cálculo, algo nada excepcional en las ecografías de litiasis renal”.

En relación con el reflujo gastroesofágico, el informe de la Médica de Atención Primaria reseña que cuando el paciente acude por este motivo (27 de abril del 2021) no existían datos de alarma (literalmente, “no síndrome general, disfagia ni otros datos de alarma”), y que el 14 de mayo 2021 se consulta telefónicamente con aquél y refiere una buena evolución, “por lo que se suspende el tratamiento pautado y se le indica consultar de nuevo en caso de empeoramiento clínico o nueva sintomatología”, destacando la circunstancia de que “el paciente no volvió a consultar por dicho motivo hasta el 25 de noviembre” de 2021. Por otra parte, el informe del Servicio de Medicina Interna advierte que “un episodio de reflujo gastroesofágico aislado con buena evolución con tratamiento es extraordinariamente frecuente en la población, de modo que si estuviera justificado realizar una endoscopia a todos los que lo han padecido en alguna ocasión probablemente a todos nos habrían realizado una o más gastroscopias”.

Respecto a la lumbalgia, resulta significativo el informe del Servicio de Medicina Interna cuando advierte que es el síntoma que “podría haber tenido más posibilidades de haber desencadenado un proceso diagnóstico que hipotética e indirectamente pudiera haber aportado un indicio que tal vez podría haber llevado al diagnóstico definitivo del paciente”, para destacar posteriormente que en la consulta de Urgencias efectuada en el mes de marzo de 2021 por dicha patología se ofrece una analgesia que el paciente rechaza, de lo que colige que el dolor no era intenso en ese momento; extremo que podría verse corroborado por el hecho de que no constasen más atenciones por dicho motivo hasta el 3 de noviembre siguiente. Asimismo, el informe de Urgencias señala que el 31 de marzo de 2021 el enfermo consulta por un proceso de lumbalgia que había comenzado esa misma noche pero, “con una exploración rigurosa, incluida neurológica distal, y realizando radiografía por sospecha de proceso lumbar agudo (prueba que en puridad no estaría indicada en un proceso agudo en paciente joven), y sin hallazgos aparentes, se remite con analgésicos y explicados los signos de alarma para este proceso a

seguimiento por su médico de Familia”, subrayando que la siguiente ocasión en la que consulta por esa patología es el día 3 de noviembre de 2021. A partir de ese momento, consta en la historia clínica el seguimiento específico de esta dolencia; así, el 10 de noviembre de 2021 el paciente consulta por este motivo por primera vez, al médico de Atención Primaria, que teniendo en cuenta la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias ajusta el tratamiento y solicita diversas pruebas, además de prescribir “vigilancia evolutiva” (folio 6 de la historia clínica de Atención Primaria). Es el día 22 de noviembre de 2021 cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias del hospital y refiere un dolor que, según informa el Jefe de este Servicio, “orienta a dolor mixto, empezando con características inflamatorias (le duele tumbado por la noche). Siguen sin aparecer signos de alarma para el dolor lumbar y, por tanto, para patología urgente. Con el diagnóstico de dolor lumbar (ya no habla de lumbalgia aguda) el médico de Urgencias remite al paciente a su médico a fin de hacer un seguimiento (y, ajustándose al protocolo de dolor lumbar para AP, remitir a consulta según proceda). El Servicio de Urgencias del Área 3 no remite a estudio estos procesos sin el concurso del médico de Familia que conoce mejor la evolución del proceso. Por la edad e inicio de clínica inflamatoria podría tratarse de un proceso reumático. Valorado por su (médica de Atención Primaria) solicita consulta al Servicio de Traumatología en la consulta del día 25. El día 3 de diciembre se inicia consulta con el Servicio de Reumatología. El paciente había tenido aftas bucales (un signo más que puede orientar a patología inflamatoria) y su médico el 10 de noviembre ya había indicado la realización de estudios y serologías, que rechaza el propio paciente porque habían desaparecido al retirar los antiinflamatorios”. El día 6 de diciembre de 2021 acude a Urgencias porque el dolor lumbar no remite a pesar del tratamiento analgésico, si bien consta en la historia que “refiere haber tenido numerosos antecedentes traumáticos (accidentes de moto, trabajo cargando mucho peso...), sin secuelas hasta ese momento. Niega irradiación a miembros inferiores”, diagnosticándosele tras la exploración “lumbalgia no irradiada, sin signos de alarma en el momento actual” (folios 39 y siguientes de la historia clínica del Hospital “Y”). Si bien es al día siguiente tras ser derivado a Urgencias

por su médica de Familia, tal y como señala el Jefe de la Unidad, cuando “cuenta por primera vez dolor con claras características inflamatorias, síndrome general y dificultad para deglutir, criterio para realizar una gastroscopia que lleva al diagnóstico”. Se constata, por tanto, que la atención y seguimiento ante este episodio de dolor lumbar se acomodó a los signos y síntomas que presentaba el paciente en cada momento. Y en el instante en que se detectaron datos de alarma se emplearon los medios de diagnóstico adecuados y se inició de forma inmediata el tratamiento indicado.

En definitiva, a tenor de la documentación clínica remitida y teniendo en cuenta que en la valoración de los informes médicos resulta inexcusable atender a su fundamentación y coherencia internas y a la especialización de quien los formula, no cabe concluir que la hematuria con dolor irradiado, el reflujo gastroesofágico, ni tampoco la lumbalgia, en la forma y momento en los que se manifestaron y a la vista de la sintomatología presentada y referida por el propio paciente hubiesen resultado indicativos de la eventual presencia de un carcinoma de esófago, como apunta el informe elaborado a instancias de la entidad la aseguradora, suscrito por un especialista en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En este caso, la clínica y exploración no eran patognomónicas de un cuadro digestivo (y mucho menos de un cáncer de esófago), existiendo en todo momento diagnósticos más plausibles acordes a la clínica del enfermo (primero cólico renal y después lumbalgia), y que “el paciente comenzó con sintomatología que podría relacionarse con un proceso oncológico vs. inflamatorio 1-2 meses antes del diagnóstico y no antes”.

En este sentido, debemos recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, y como venimos señalando de forma constante, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictamen

Núm. 269/2023). Como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), “lo cierto es que el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post* una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento” saber si “la decisión hubiera sido o no correcta”.

En segundo lugar, tanto el escrito de reclamación como la pericial que se adjunta al mismo destacan la importancia que cobraría el número de ocasiones en que el paciente acudió al servicio público sanitario en 2021 (veintinueve) en relación con períodos anteriores. No obstante, resulta pacífico admitir que las veces en que un usuario precisa de atención médica depende de múltiples factores, sin que de tal circunstancia quepa extraer, como inmediata derivada lógica, que todas ellas, en conjunto, sean indicativas de la presencia de una única enfermedad grave, si es que a esto no llevan los datos externos y objetivos. En este sentido, resulta claro el informe del Servicio de Medicina Interna cuando señala que en la reclamación “se describen pormenorizadamente todos los episodios de atención desde febrero de 2021 tratando de sugerir que existe una relación clara entre todos ellos con el diagnóstico final del paciente, cuando no es así”, razonando a continuación que “una hematuria, una probable litiasis renal, o un hamartoma de 8 mm o una ureterohidronefrosis no son problemas que sugieran en absoluto la existencia de un carcinoma de esófago. Un episodio de reflujo gastroesofágico aislado con buena evolución con tratamiento es extraordinariamente frecuente en la población (...). Una PCR mínimamente elevada es totalmente inespecífica y mucho más común en procesos infecciosos e inflamatorios que tumorales”. En el mismo sentido, la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora destaca que “el paciente ha sido visto de forma estrecha y continuada por el Servicio de Urgencias y su Médico de Atención Primaria de su patología de cólico renal, reflujo gastroesofágico y lumbalgia, realizando las recomendaciones y tratamientos habituales para este tipo de dolencia acorde a los protocolos y guías de práctica clínica”.

En tercer lugar, resulta incontrovertible la afirmación contenida en la pericial aportada por los interesados de que un tac o una endoscopia digestiva hubiesen sido pruebas adecuadas para detectar un cáncer de esófago, pero el nudo gordiano de la cuestión aquí debatida no es la idoneidad de las pruebas a realizar para detectar el carcinoma, sino la necesidad de haber acudido a cualesquiera de ellas ante la sintomatología que presentó en cada momento el paciente. En este sentido, la pericial aportada por la entidad aseguradora señala que “tampoco consideramos que hubiese sido indicada la realización de ningún tac ni RMN abdominal en abril-mayo del 2021 porque la clínica del paciente no era de un cáncer de esófago. No padecía síndrome constitucional, no tenía disfagia, la clínica de (reflujo gastroesofágico) no se asocia con el tipo de cáncer de esófago que padecía el paciente (escamoso), ni tampoco presentaba por edad ni por antecedentes personales factores predisponentes para el desarrollo del mismo”. Aclarado esto debemos recordar que, como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible en el Servicio de Urgencias es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios (...) y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”.

Aun cuando se haya descartado el retraso diagnóstico, debe también señalarse lo indicado en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora sobre la falta de pérdida de oportunidad terapéutica, según el cual, “el diagnóstico de las metástasis óseas en abril-mayo del 2021 no hubiese modificado el plan terapéutico ni su pronóstico vital (supervivencia esperada). En contra de lo manifestado en el informe pericial respecto a una eventual posibilidad de tratamiento quimioradioterápico y posterior cirugía (esofagectomía) según respuesta, en este caso no es posible ni estaría indicada en ningún caso, dada la existencia de metástasis óseas y diseminación tumoral por todo el organismo (diseminación ganglionar, hemática y

peritoneal). En este caso, desafortunadamente, no existía ninguna posibilidad quirúrgica ni siquiera en los meses de abril-mayo del 2021”.

En suma, el fallecimiento del paciente no se puede vincular, en una necesaria relación de causa a efecto, a una mala praxis, sin que conste un error o retraso diagnóstico ni una deficiencia en los tratamientos empleados que hayan sido determinantes de tan lamentable resultado. La actuación del personal sanitario resultó acompasada a la evolución de la clínica del paciente y conforme a la *lex artis*, según se desprende del conjunto de la documentación obrante en el expediente, por lo que el daño no resulta antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada, sin que pueda entenderse acreditada una pérdida de oportunidad terapéutica.

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.