

Dictamen Núm. 89/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de junio de 2025, 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 abril de 2025 -registrada de entrada el día 4 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, atribuido al retraso en el diagnóstico y a la falta de tratamiento de un cáncer de páncreas.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 8 de mayo de 2024, un hijo de la paciente fallecida, que actúa también en representación del cónyuge viudo y de las dos hijas de aquella, presenta en el registro telemático de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento, que atribuye al retraso en el diagnóstico y a la falta de tratamiento de un cáncer de páncreas.

Expone que el día 22 de agosto de 2022 la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X" por una "una hemorragia gastrointestinal", describiendo su estado mediante una cita del informe clínico emitido para esa ocasión, en el que consta que "la paciente presentaba el siguiente cuadro clínico: / `mujer de 76 años traída a Urgencias por rectorragia esta mañana (...). Además, (...) refiere quejas difusas de dolor centrotorácico que no sabe describir´ (...) se realizó a la paciente una exploración física en la que refiere `molestias a la palpación en hemiabdomen inferior´ y una analítica en la que presenta valores alterados./ Como consecuencia de lo anterior el diagnóstico principal es de `rectorragia sin datos de alarma en el momento actual´./ Además, también se le realizó una radiografía de tórax, sobre la que se valoró que `no impresiona de alteraciones agudas significativas´".

Refiere que, el día 28 de agosto de 2022, "se produjo nuevamente el ingreso (...) en el Servicio de Cirugía General y (del Aparato) Digestivo del Hospital "X", ante el empeoramiento súbito (...) debido a un persistente e intenso dolor abdominal. Según consta en el informe que da cuenta de esta segunda asistencia (...), el cuadro clínico de la paciente era el siguiente: / `Paciente con traumatismo facial y abdominal el día 20. Remitida para valoración por Maxilofacial y Oftalmología por (fractura) de ambos senos maxilares y suelo órbita izqda. Acudió de nuevo por dolor abdominal y rectorragia franca sin anemización al día siguiente. Desde entonces persiste dolor abdominal difuso sin cortejo vegetativo. Ha normalizado las deposiciones sin objetivar sangrado. Tendencia a la hipotensión. Remitida por sospecha de (fractura) cadera izqda.´ (...). Previas las pruebas diagnósticas que se detallan en el citado informe (exploración física, analítica y tomografía computarizada de abdomen urgente, entre otras), el diagnóstico principal es de `traumatismo facial y abdominal´, a pesar de que la paciente no manifestó en ningún momento, ni ese día ni en días previos, que hubiera recibido un traumatismo en la zona abdominal./ A este respecto, debemos señalar (...) que el informe emitido con motivo de la asistencia realizada este día y al hilo de la tomografía computarizada, se recoge

un hallazgo significativo en cuanto se observa 'lo que parece corresponder con la cola del páncreas que se encuentra marcadamente aumentada de tamaño, hipodensa y heterogénea, apreciando a ese nivel un engrosamiento mural con hipercaptación del colon en el ángulo esplénico y colon descendente que se acompaña de reticulación de la grasa y pequeña cantidad de líquido libre asociado' (...). Esta anomalía en la cola del páncreas es compatible con la existencia de un tumor en el páncreas tal y como figura en el informe pericial de parte" que adjunta.

Continúa relatando que el día "28 de septiembre de 2022 (la paciente) acudió a su cita de revisión ante el Servicio de Cardiología del Hospital 'X'./ Según consta en (el) informe (...) refiere 'dolor torácico tipo pinchazo'./ El lunes 3 de octubre de 2022, se realiza (...) una segunda tomografía computarizada abdominopélvica para comparar el estado de la cola del páncreas en relación con la (...) del 28 de agosto de 2022. El hecho de que se repita esta prueba evidencia que los hallazgos realizados con respecto al páncreas eran relevantes y (...) que existían indicios significativos de una dolencia grave./ Es en el informe de dicha prueba, que consta (...) lo siguiente: 'Comparativamente con estudio previo se sigue observando aumento de tamaño del cuerpo y cola pancreáticos (con atrofia de la cabeza) de 6,3 x 3 cm en el plano axial, con captación heterogénea de predominio hipodenso presentando algún área quística/necrótica que probablemente engloba el conducto pancreático'./ En concreto, dicho informe se realiza el siguiente diagnóstico 'tumoración en cuerpo/cola pancreática, sin claro plano de clivaje con el bazo y alteraciones sugestivas de afectación del hilio esplénico' (...). Como se puede comprobar, en fecha 3 de octubre de 2022 el Hospital 'X' ya había diagnosticado a (la paciente) un tumor en el páncreas. Además, de cara a precisar el diagnóstico el Hospital 'X' recomendó la realización de una 'RM (resonancia magnética) pancreática complementaria para mejor valoración diagnóstica'./ Sin embargo, y a pesar de que dicha prueba fue solicitada, la resonancia magnética jamás tuvo lugar al ser negada por el Hospital 'Y' (...) en hasta dos ocasiones por motivos

que esta parte desconoce (...). Finalmente, debemos señalar que ni la paciente ni la familia fueron informados del resultado de esta tomografía computarizada abdominopélvica en la que se había detectado la existencia de una tumoración en el páncreas, no constando su existencia en los informes aportados a la familia hasta el día 28 de marzo de 2023 (...). En la información transmitida oralmente a la paciente y a la familia nunca se les comunicó la existencia de un tumor, ni tampoco se les suministró información por escrito que así lo reflejara, a pesar de constar en los informes médicos internos”.

Señala que “con fecha 10 de octubre de 2022”, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “debido a una disnea, manifestando ‘sensación de opresión torácica que pone en relación con accesos de tos’ (...). Aunque ya constaba en la historia clínica la existencia de una tumoración en el páncreas en esta asistencia no se informa a la paciente de su existencia ni se valora su evolución, ni tampoco se le prescribe tratamiento médico alguno”. Con fecha 29 de diciembre de 2022 acude, de nuevo, al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “refiriendo ‘dolor torácico’ (...). Se concluyó como diagnóstico principal ‘dolor torácico que impresiona irradiado de col dorsal’ (...). El 28 de marzo de 2023, (...) acude al Servicio de Urgencias (...) del Hospital ‘X’, ingresando a las 12:45, refiriendo ‘dolor abdominal’ (...). En dicho informe se recoge (...) resultado ‘doloroso a la palpación profunda en hipogastrio MMII’./ Además, en el apartado de antecedentes personales, se especifica lo siguiente:/ ‘tac (03-23): tumoración en cuerpo/cola pancreática, sin claro plano de clivaje con el bazo y alteraciones sugestivas de afectación del hilo esplénico. Evolución radiológica favorable de las alteraciones en hemicolon izquierdo./ Se solicitó RMN complementaria, desestimada desde Centro de (Hospital ‘Y’) (sic), por lo que desde Cirugía (del Hospital) ‘X’ se interconsulta con Cirugía del (Hospital ‘Y’)’./ A pesar de que en la historia clínica figuraba el diagnóstico de un tumor de páncreas, para el cual no se estaba recibiendo tratamiento alguno, no se le realiza ninguna prueba complementaria al margen de una analítica, ni se informa a la paciente ni a su familia al respecto, siendo el diagnostico

principal 'infección del tracto urinario' tras el cual se le dio de alta a las 15:01 horas del mismo día./ Esta es la primera vez que consta en los informes aportados a la familia (...) la existencia de la citada tumoración y lo hace como un mero antecedente, no recibiendo la familia información alguna sobre dicho tumor ni indicaciones relativas al tratamiento médico/quirúrgico a seguir". El 7 de abril de 2023, acude, otra vez, al Servicio de Urgencias del Hospital 'X', ingresando "aquejada de 'dolor abdominal' (...). Nuevamente, la familia no recibe explicación alguna relacionada con el tumor de páncreas que sufría la paciente ni tampoco indicaciones relativas al tratamiento".

Explica que el 9 de abril de 2023, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X", "ingresando a las 18:28, refiriendo nuevamente 'dolor abdominal'", constando en el informe de alta "en estudio sospecha de masa pancreática, que se vio en TC de control. Se solicitó (resonancia magnética) que denegaron. No acudió a consulta. Dolor no controlado en domicilio". Continúa relatando la reclamación que "en el apartado de resumen de pruebas complementarias se establece:/ 'tac: Masa pancreática que no se puede descartar la invasión de bazo y tercera porción duodenal. Masa pélvica, impresiona de ovárica que condiciona ureterohidronefrosis. Sospecha de carcinomatosis'". Considera que "para esta fecha el tumor de páncreas, el cual no fue nunca tratado, había empeorado significativamente, existiendo indicios de metástasis en otros órganos./ Y buena prueba del empeoramiento es que directamente se prescribe a la paciente cuidados paliativos (...). En este informe, a diferencia de otros anteriores en los que la paciente presentaba un cuadro clínico similar, el diagnóstico fue 'masa pancreática, masa ovárica y carcinomatosis peritoneal', lo que evidencia la existencia de errores en los sucesivos diagnósticos de la paciente hasta resultar en una situación de metástasis./ El 11 de abril de 2023 se realiza a la paciente una exploración en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (...). Finalmente, a las 17:30 horas del día 12 de mayo de 2023, (...) falleció en su domicilio particular, a la edad de 77 años".

Sostiene que “a partir de los síntomas que (la paciente) presentaba, como tarde, la mañana del día 28 de agosto de 2022, cuando acudió al Hospital “X”, se debió haber establecido una hipótesis diagnóstica totalmente distinta a la alcanzada, que tuvo que haber derivado en la realización, en ese mismo momento, de las pruebas necesarias para corroborarla y, en concreto, de una resonancia magnética, la cual nunca se llegó a realizar por denegación” del Hospital “Y”, que “los meses que estuvo sin que los médicos completaran y le comunicaran el diagnóstico correcto y, por ende, sin el tratamiento médico adecuado provocaron el deterioro irreversible de su situación oncológica que desembocó en su fallecimiento”. Asimismo, manifiesta que “los facultativos interpretaron de forma incorrecta el resultado de las múltiples pruebas TC realizadas, confiando realmente en que sus resultados no eran tan preocupantes como realmente debían haberse considerado. O considerándolos importantes, negaron la resonancia magnética que procedía (...) y, lo que es más grave, cualquier tipo de información o tratamiento a la paciente./ No obstante, incluso aunque la primera TC solo presentase signos meramente preocupantes de una posible tumoración, se deberían haber adoptado en todo caso medidas tendentes a precisar tal resultado o bien a descartarlo”.

Cuantifica la indemnización solicitada en un total de doscientos dieciséis mil doscientos sesenta y ocho euros con sesenta y ocho céntimos (216.268,68 €).

Adjunta, entre otros documentos, copia de diversa información médica relativa al proceso de referencia, de la representación otorgada por comparecencia personal (con fecha 19 de abril de 2024), del Libro de Familia y del certificado médico de defunción. Asimismo, aporta una pericial médica, suscrita por un especialista en Oncología, en cuyo apartado de conclusiones indica que “1. El Servicio de Salud del Principado de Asturias (...) no puso a disposición de la paciente los medios necesarios para completar un proceso diagnóstico de una masa en cuerpo y cola pancreáticos sospechosa de malignidad identificada el 28 de agosto de 2022 (...), no se completó un estudio

diagnóstico a pesar de tratarse de una lesión altamente sospechosa de malignidad. De hecho, tras la TC abdominal de fecha 3 de octubre de 2022 el radiólogo que la informó del Hospital 'X' recomendó completar el estudio con una resonancia magnética (...) abdominal y dicha prueba no se llevó a cabo. La paciente tampoco tuvo un plan de seguimiento posterior de visitas médicas para evaluar la lesión pancreática y tomar medidas diagnóstico-terapéuticas *ad hoc*./

2. Esta omisión diagnóstica supuso, por ende, una omisión terapéutica del cáncer de páncreas que en octubre de 2022 presentaba (...) en un estadiaje localizado en la región del cuerpo y la cola./ Seis meses más tarde, en abril de 2023, el tumor se manifestó como un cáncer de páncreas diseminado (metastásico)./ La paciente no fue diagnosticada ni tratada en ningún momento de la dolencia que padeció durante un año, al menos (...).

3. La omisión diagnóstico-terapéutica implicó una pérdida de oportunidad de opciones curativas para su tumor de páncreas ya que en octubre de 2022 las pruebas de imagen sugerían que se trataba de una enfermedad localizada al cuerpo y cola pancreática./

4. A falta de una (resonancia magnética) abdominal para completar el estudio diagnóstico, en la TC de fecha 3 de octubre de 2022 el tumor de páncreas podía estar localizado y ser resecable o en una situación más desfavorable, podía tratarse de un tumor de páncreas localmente avanzado-no resecable. No se detectaron metástasis en ese momento. Adicionalmente hay que tener en cuenta que los tumores pancreáticos detectados incidentalmente el pronóstico es más favorable que los diagnosticados por síntomas derivados de la invasión tumoral./ La estimación de la pérdida de oportunidad en esta paciente, de haber concluido el proceso diagnóstico sería la siguiente:/ Un tumor localizado resecable puede presentar supervivencia a los 5 años de 44 %; en caso de presentarse de forma localmente avanzada e irresecable puede presentar supervivencia a los 5 años del 16 %./ Cuando la paciente fue diagnosticada de un cáncer de páncreas diseminado (con metástasis) en el ingreso del 9 de abril de 2023 sus opciones de supervivencia eran prácticamente nulas (3 % a 5 años). En ese momento sólo podía optar a tratamientos

paliativos de quimioterapia./ Por lo antedicho, el diagnóstico y tratamiento correctos en un tiempo prudencial habría aumentado en términos estadísticos la esperanza de vida”.

2. Mediante oficio de 17 de mayo de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, la designación de instructor y su régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les requiere para acreditar el parentesco con la fallecida y la representación invocada a favor de uno de los hijos.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, la Gerencia del Área Sanitaria I le remite copia de la historia clínica de la paciente y los informes del Servicio de Cirugía General y Digestivo, y del Servicio de Urgencias del Hospital “X”.

El informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo, fechado a 6 de junio de 2024, señala que la paciente “es ingresada en el Servicio (...) por primera vez en agosto de 2022 por dolor abdominal secundario a traumatismo. Entre las pruebas realizadas destaca un tac que habla de masa abdominal que afecta a cola de páncreas y ángulo esplénico de colon y colon descendente. Se aplica tratamiento conservador con buena evolución de la paciente que es dada de alta el 2-9-2022 con la petición de nuevo tac de control (...), realizado el 20-10-2022 en el cual se habla de un aumento de tamaño de cuerpo y cola pancreática así como una mejoría radiológica de las lesiones cólicas, recomendando la realización de (resonancia magnética) pancreática para mejor valoración diagnóstica./ Al no contar con aparato de resonancia en este centro, es derivada en este caso al Centro, donde dicho estudio es rechazado./ Dada la respuesta, se cita en (la) consulta externa de Cirugía General para informarle del resultado de las pruebas y de que vamos a pasar su caso” al

Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" (Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática). La afectada es citada "para el día 22-11-2022 y según figura en la historia, no acudió a dicha consulta a petición propia./ La siguiente noticia que se tiene de la paciente es del 13-3-2023 en la que figura una nota clínica de consultas externas en la cual se menciona que la paciente no acude a consulta y que se reprograma./ El día 9-4-2023 es ingresada con carácter de urgencia por dolor abdominal. Durante su estancia se practica nuevo tac abdominal que es informado como masa pancreática y ovárica que condiciona ureterohidronefrosis bilateral aunque más en el lado izquierdo, sospecha de carcinomatosis peritoneal y de metástasis óseas./ La paciente es dada de alta hospitalaria para cuidados paliativos el día 19-4-2023".

El informe del Servicio de Urgencias, de 3 de junio de 2024, indica que "la primera atención (...) se produce el día 22 de agosto de 2022 (...). Tras la exploración y pruebas realizadas que consistieron en analítica de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y determinación seriada de enzimas cardíacos, al no existir signos de alarma en las mismas, se procede a alta con observación domiciliaria y control por su médico de Atención Primaria explicando signos de alarma por los que se debería reevaluar en el Servicio de Urgencias./ 6 días después, el 28 de agosto de 2022, la paciente acude de nuevo (...) por persistencia del dolor abdominal, aunque desaparición de la rectorragia. Tras la exploración y analítica realizadas, dada la persistencia sintomatológica, se decide realizar TC abdominal urgente en el que (...) se observa lo que parece corresponder con la cola del páncreas que se encuentra marcadamente aumentada de tamaño, hipodensa y heterogénea apreciando a ese nivel un engrosamiento mural con hipercaptación del colon en el ángulo esplénico y colon descendente que se acompaña de reticulación de la grasa y pequeña cantidad de líquido libre asociado. Dados los hallazgos se recomienda correlacionar estrechamente en el contexto clínico de la paciente'. Dado el resultado de la prueba de imagen, se comenta con el cirujano general de guardia y se procede al ingreso de la paciente a su cargo./ El día 10 de octubre

de 2022 (...) acude (...) por empeoramiento de su disnea habitual y dolor torácico. Dados los antecedentes respiratorios (...) y tras las pruebas realizadas en Urgencias objetivándose una insuficiencia respiratoria global y leve aumento de reactantes de fase aguda, se comenta con el Servicio de Medicina Interna que procede al ingreso (...) para tratamiento y evolución./ El día 29 de diciembre de 2022 (...) acude (...) por dolor torácico. Se realiza analítica de sangre completa (incluidas pruebas de función hepática, reactantes de fase aguda, enzimas cardiacos, hemograma y coagulación), electrocardiograma y radiografía de tórax que no muestran alteraciones, pautándose durante su estancia analgesia con mejoría de la clínica, por lo que se procede al alta con observación domiciliaria con ajuste analgésico./ El día 28 de marzo de 2023 (...) acude (...) por dolor abdominal hipogástrico, irradiado a zona posterior, de una semana de evolución y que no mejora con analgesia pautada en domicilio. Astenia e hiporexia. Tratada asimismo de una infección urinaria sin mejoría. Se realiza exploración y analítica completa con hemograma, bioquímica (incluidas pruebas de función hepática y reactantes de fase aguda), hemograma, coagulación, sistemático y sedimento de orina y se recoge urinocultivo. No alteraciones a excepción de signos de infección urinaria por lo que dada la ausencia de signos de alarma y tras administrar dosis parenteral de antibiótico, se procede al alta con tratamiento domiciliario para la infección en espera del resultado del cultivo./ En este momento se describe en antecedentes personales la existencia de una lesión pancreática en un TC previo, valorado por Cirugía General y pidiéndose una RMN para mejor estudio, que se desestimó realización por parte del Centro (centro en el que se debía realizar) por lo que desde el Servicio de Cirugía se pidió consulta a Cirugía del hospital de referencia (Hospital `Y´) para valoración y ampliar estudios, estando aún pendiente dicha cita./ El día 7 de abril de 2023 (...) acude de nuevo por dolor abdominal. En la exploración se describe palpación de posible masa epigástrica, que se pone en relación con resultado del TC previo descrito. Además, persisten signos de infección urinaria en analítica, así como elevación de reactantes de fase aguda

que se ponen en relación a la misma. Dado que ya consta antecedente de masa pancreática y que la paciente se describía estaba pendiente de valoración por Cirugía General” del Hospital “Y”, “y la falta de signos de alarma agudos en la exploración, se decide de nuevo alta con tratamiento antibiótico y ajuste analgésico. (...) dos días después, el día 9 de abril de 2023, ante la falta de mejoría y la persistencia del dolor la paciente acude de nuevo a Urgencias, decidiéndose tras la exploración y analítica ampliar estudios con prueba de imagen (TC abdominal) donde se objetiva empeoramiento franco de la masa pancreática, por lo que se comenta con Cirugía General para ingreso de la paciente y tratamiento adecuado”.

4. El día 12 de junio de 2024, los interesados presentan un escrito en el que señalan que las copias del que acredita representación invocada (otorgada por comparecencia personal) y del Libro de Familia ya fueron aportadas junto con la solicitud inicial. Al escrito se adjuntan copia del Libro de Familia y del documento nacional de identidad de los interesados.

5. Previo requerimiento del Instructor del procedimiento, la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano del Área Sanitaria I informa de las razones por las cuales el Centro rechazó la realización de una resonancia magnética a la paciente tras los resultados del tac de control realizado el día 20 de octubre de 2022.

Señala que “el 15 de noviembre de 2022 se recibió llamada telefónica (de un médico del Centro que identifica) donde comunicaba la no realización de la resonancia magnética por no considerarla indicada”. Explica que “con el fin de comunicarle esta circunstancia a la paciente y solicitarle interconsulta” al Hospital “Y”, “se le cita en consulta el 22 de noviembre de 2022, cita que figura anulada a solicitud de la paciente. Posteriormente, la cita del 14 de marzo, generada a raíz de una petición de su médico de Atención Primaria, se reprograma por motivos institucionales desde el Servicio de

Citaciones para el 25 de abril de 2024, cita a la que ya no acudió por encontrarse ingresada”.

Al informe se adjuntan copias de la documentación de control de citas y de la historia clínica relativa a tales fechas.

6. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 30 de septiembre de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno en Oncología Médica, y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Exponen que “en la reclamación patrimonial se cuestiona la interpretación de la imagen observada en el cuerpo y cola de páncreas en tac llevado a cabo el día 28 de agosto de 2022, donde en el informe de Urgencias acudiendo por dolor abdominal se cita como diagnostico traumatismo facial y abdominal y no se refleja la imagen del tac. Si bien no se refleja en el apartado diagnóstico la imagen observada (...), sí queda reflejada en las recomendaciones la realización de un nuevo tac y la solicitud de consulta en el Servicio de Cirugía General, tac que se realiza el día 3 de octubre de 2022, al mes y una semana del (...) anterior” (...). En el tac realizado el día 3 de octubre de 2022 se recomienda la realización de resonancia magnética, que es denegada por no estar indicada. Según las guías, la resonancia magnética está indicada cuando hay dudas en la imagen radiológica del tac y/o las lesiones vistas en el tac son isodensas con el parénquima pancreático, no dándose ninguna de las dos condiciones en nuestro caso, donde el tac describe perfectamente la lesión (...) como hipodensa, habitual en el caso de tumores pancreáticos exocrinos. La literatura afirma que el tac presenta alta sensibilidad, similar a la resonancia, a la hora de ser capaz de definir correctamente las lesiones pancreáticas (...). Con el (...) del 3 de octubre de 2022, podemos definir que la lesión pancreática altamente sospechosa de origen neoplásico, no es una lesión localizada, sino, al menos, localmente avanzada, estudiándose como T4N0M0 (estadio III), por afectación de los vasos esplénicos que viene descrito en el tac (sin visualizar

correctamente la vascularización esplénica, con una arteria filiforme y una vena esplénica que se afila distalmente por posible compresión/trombosis de la misma. Tumoración en cuerpo/cola pancreática, sin claro plano de clivaje con el bazo y alteraciones sugestivas de afectación del hilio esplénico') (...). Las opciones terapéuticas del tumor de páncreas localmente avanzado no consideran la cirugía como tratamiento estándar, siendo la cirugía la única opción curativa en esta patología, motivo por el cual, en este estadio, el tratamiento tiene opciones paliativas (...). En la reclamación se habla de ausencia de tratamiento a una paciente aun sabiendo que presenta una determinada dolencia, y en este sentido, (...) (el) estudio anatomopatológico no pudo llevarse a cabo dado que la paciente no acude a la consulta prevista en el Servicio de Cirugía, donde se planteaba las siguientes actuaciones médicas, ante la no indicación de la resonancia magnética (...). En Oncología, dada la toxicidad de los tratamientos aplicados para el tratamiento de este tipo de enfermedades, la confirmación histológica es necesaria, por prevenir toxicidades a los pacientes (...) y búsqueda de las mejores opciones terapéuticas en un momento de alta disponibilidad de fármacos y ensayos clínicos (...). La supervivencia mediana de los pacientes con estadio III es de 14 meses con una supervivencia a 5 años de menos del 5 % de los pacientes, según las gráficas publicadas asociadas a la última clasificación de la (*American Joint Commission on Cancer*) (...). A la vista de estos datos, no podemos objetivar, en ningún caso, una pérdida de oportunidad terapéutica, dado que la curación en estos pacientes pasa por la cirugía, no indicada en nuestra paciente, por afectación de los vasos esplénicos, y, según la literatura, posible afectación metastásica (en tumores de más de 4 cm, más del 95 % de los pacientes presentaban afectación vascular, como viene descrito en nuestra paciente, y metástasis a distancia, aunque no necesariamente fueran visibles, como ocurre en un buen número de ocasiones con estos pacientes, donde al realizar la cirugía encuentras lesiones metastásicas no visibles en los estudios radiológicos) (...). El tratamiento en esta

paciente hubiera tenido fines paliativos, dado el estadio de la enfermedad, sin que exista ninguna minoración en la supervivencia esperada”.

7. Mediante oficio notificado a los interesados el día 2 de enero de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 23 de enero de 2025, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que afirman, en relación con el tipo de tumor, que “a la vista del tac de fecha 3 de octubre de 2022, se podría hablar de un tumor T3N0M0 que corresponde a un estadio II y no un tumor T4N0M0 correspondiente a un estadio III (...). Esta diferencia es muy importante, pues un estadio II sería un tumor localizado candidato a cirugía y con mejores perspectivas”.

En relación con la no presentación de la afectada a las consultas de los días 22 de noviembre de 2022 y 13 de marzo de 2023, señalan que “la familia llamó al hospital para informar que la paciente se encontraba indispuesta para acudir desde su domicilio (...) por dolores torácicos, ante lo que dicho centro sanitario informó que la consulta no era urgente y no reprogramó la cita (...). La familia no vio extraño que no se reprogramase la cita puesto que no estaba informada de la enfermedad que padecía”.

En cuanto a que “el descubrimiento de una lesión altamente sospechosa de malignidad no es un diagnóstico definitivo (...), esta realidad sí supone una señal inequívoca de que deben ponerse en marcha los medios para confirmar o descartar la patología”.

Por otra parte, mantienen que existe “claramente la obligación de los profesionales sanitarios de informar a los pacientes sobre su estado de salud. Y así, en el caso que nos ocupa “eran los profesionales del Hospital ‘X’ (...) y, en última instancia”, el Servicio de Salud del Principado de Asturias, “quienes debían proporcionar información asistencial de la dolencia que padecía (...) siendo responsables de no haberlo hecho (...). En el presente caso no se

informó a la paciente y prueba de ello es que no consta en las historias clínicas./ Esta falta de información ha reducido las posibilidades de supervivencia de la paciente en tanto en cuanto se le ha privado de recibir un tratamiento médico adecuado y de buscar otras alternativas asistenciales”.

Por lo que se refiere a la no realización de la resonancia, sostienen que “la cuestión relevante” no es si la resonancia magnética habría cambiado “la sospecha diagnóstica de cáncer de páncreas que ya existía a la vista del tac, sino que, si se hubiera llevado a cabo la (...) sugerida por el radiólogo”, se habría confirmado la sospecha y se habrían puesto en marcha a continuación “el resto de pruebas”.

9. El día 19 de marzo de 2025 el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “no es cierto tal y como afirman los reclamantes que no se pusieron todos los medios (...) para tratar de llegar a un diagnóstico. Las imágenes de los tacs realizados en agosto y octubre de 2022 son sugerentes de tumoración pancreática, pero no es un diagnóstico definitivo por lo que se solicitó una RNM al Centro que no la consideró ‘indicada’ (probablemente por la inexistencia de lesiones quísticas que no la harían necesaria, según la literatura médica). No obstante, para establecer un diagnóstico de certeza se cita a la paciente en consulta el 15-11-2022 para informarla que iba a ser remitida a la Unidad de Cirugía Hepatobiliar” del Hospital “Y”, “suspendiéndose la misma por solicitud de la paciente./ Tampoco es cierto que haya existido una falta de información a la paciente o a sus familiares. La consulta del 15-11-2025 era para informarle de la necesidad de su derivación” al Hospital “Y” “y lógicamente se le explicaría el motivo, pero la paciente no acudió./ En los tacs de agosto y noviembre no se llega todavía a la confirmación diagnóstica, por lo que no parece adecuado alarmar a la paciente en ese momento hasta tener la confirmación diagnóstica y, por otra parte, la paciente tampoco la solicita./ Igualmente no ha existido una pérdida de oportunidad terapéutica. Las imágenes del tac del 3-10-2022 muestran una

lesión que no es localizada, sino que mide más de 4 cm con afectación del hilio esplénico (lesión de estructuras vasculares), que significa un tumor en estadio T4 según la clasificación TNM o estadio III, siendo imposible que la cirugía elimine el tumor por completo, según se reconoce en el informe pericial elaborado a instancia de los reclamantes”. Aporta la estadística de que en “los pacientes con un tumor pancreático en estadio III, la supervivencia mediana es de 14 meses y la supervivencia a 5 años es menor del 5 %”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de abril de 2025, 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 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), los

interesados están activamente legitimados, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 expediente aquí examinado, el escrito inicial de los reclamantes se presenta con fecha 8 de mayo de 2024 y el fallecimiento de su familiar tiene lugar el día 12 de mayo de 2023, por lo que, al interponerse dentro del plazo de un año, la reclamación resulta tempestiva.

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.

Dicho esto, 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 21.1 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 del fallecimiento de un familiar y que se atribuye al retraso en el diagnóstico y a la falta de tratamiento de un cáncer de páncreas.

El óbito de la paciente pone de manifiesto la efectividad de un daño, puesto que este Consejo viene sosteniendo que, acreditado el fallecimiento de una persona, cabe presumir el daño moral que ello supone para, en este caso, sus hijos o cónyuge (en este sentido y entre otros, Dictámenes Núm. 150/13, 29/2014 y 94/2014). No obstante, 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, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportarlo.

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, automáticamente, 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 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 dispensado 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 disponibles en el 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, *per se*, 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.

En el asunto sometido a nuestra consideración, el escrito de reclamación sostiene que “no se empleó la técnica médica correcta para (diagnosticar el cáncer de páncreas) con precisión y tratar de evitarlo, ni tampoco se (...) trató médicamente”, mantiene que “a partir de los síntomas (...), como tarde, la mañana del día 28 de agosto de 2022 (...) se debió haber establecido una hipótesis diagnóstica totalmente distinta a la alcanzada, que tuvo que haber derivado en la realización, en ese mismo momento, de las pruebas necesarias para corroborarla, en concreto, de una resonancia magnética, la cual nunca se llegó a realizar por denegación” del Hospital “Y”, y que los meses que estuvo sin que los médicos completaran y le comunicaran el diagnóstico correcto “provocaron el deterioro irreversible de su situación oncológica que desembocó en su fallecimiento”, habiendo sufrido una “pérdida de oportunidad de opciones curativas”.

Al escrito de reclamación se acompaña una pericial, elaborada por un especialista en Oncología, en la que se sostiene que el servicio sanitario “no puso a disposición de la paciente los medios necesarios para completar un proceso diagnóstico”, puesto que “ante una masa sólida del cuerpo y cola pancreática detectada incidentalmente el 28 de agosto de 2022 no se completó un estudio diagnóstico a pesar de tratarse de una lesión altamente sospechosa de malignidad” y “de hecho, tras la TC abdominal de fecha 3 de octubre de 2022 el radiólogo que la informó (...) recomendó completar el estudio con una resonancia magnética (...) abdominal y dicha prueba no se llevó a cabo”; asimismo, señala que la omisión diagnóstica supuso “una omisión terapéutica del cáncer de páncreas que en octubre de 2022 presentaba la paciente en un estadiaje localizado”, lo que implicó una pérdida de oportunidad de opciones curativas para su tumor de páncreas, ya que en octubre de 2022 las pruebas de

imagen sugerían que se trataba de una enfermedad localizada al cuerpo y cola pancreática”.

Posteriormente, ya en el trámite de audiencia, manifiestan los reclamantes que “a la vista del tac de fecha 3 de octubre de 2022, se podría hablar de un tumor T3N0M0 que corresponde a un estadio II y no un tumor T4N0M0 correspondiente a un estadio III (...). Esta diferencia es muy importante, pues un estadio II sería un tumor localizado candidato a cirugía y con mejores perspectivas”. Insisten en que “no se informó a la paciente y prueba de ello es que no consta en las historias clínicas” y que la falta de información “ha reducido las posibilidades de supervivencia de la paciente en tanto en cuanto se le ha privado de recibir un tratamiento médico adecuado y de buscar otras alternativas asistenciales”.

Vista la posición de quien reclama, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo da cuenta de “un tac que habla de masa abdominal que afecta a cola de páncreas y ángulo esplénico de colon y colon descendente” y de que “se aplica tratamiento conservador con buena evolución de la paciente que es dada de alta el 2-9-2022 con la petición de nuevo tac de control”, el cual “es realizado el 20-10-2022 (...) se habla de un aumento de tamaño de cuerpo y cola pancreática así como una mejoría radiológica de las lesiones cólicas, recomendando la realización de (resonancia magnética) pancreática para mejor valoración diagnóstica”. En tales circunstancias, refiere el informante que “al no contar con aparato de resonancia en este centro, es derivada en este caso al Centro, donde dicho estudio es rechazado” y que “dada la respuesta, se cita en (la) consulta externa de Cirugía General (para el día 22-11-2022), (con la finalidad de) informarle del resultado de las pruebas y de que vamos a pasar su caso al Servicio de Cirugía General” del Hospital “Y” (Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática), pero “no acudió a dicha consulta a petición propia”. De seguido, indica que “la siguiente noticia que se tiene de la paciente es del

13-3-2023 en la que figura una nota clínica de consultas externas en la cual se menciona que la paciente no acude a consulta y que se reprograma” y que “el día 9-4-2023 es ingresada con carácter de urgencia por dolor abdominal”, practicándosele “nuevo tac abdominal que es informado como masa pancreática y ovárica que condiciona ureterohidronefrosis bilateral (...), sospecha de carcinomatosis peritoneal y de metástasis óseas”.

El informe del Servicio de Urgencias indica que el día 22 de agosto de 2022, la paciente acude al centro y que “tras la exploración y pruebas realizadas que consistieron en analítica de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y determinación seriada de enzimas cardíacos, al no existir signos de alarma en las mismas, se procede a alta con observación domiciliaria y control por su médico de Atención Primaria”. Seguidamente, señala que “el 28 de agosto de 2022, la paciente acude de nuevo (...) por persistencia del dolor abdominal, aunque desaparición de la rectorragia” y que “tras la exploración y analítica realizadas, dada la persistencia sintomatológica, se decide realizar TC abdominal urgente en el que (...) se observa lo que parece corresponder con la cola del páncreas que se encuentra marcadamente aumentada de tamaño, hipodensa y heterogénea apreciando a ese nivel un engrosamiento mural con hipercaptación del colon en el ángulo esplénico y colon descendente que se acompaña de reticulación de la grasa y pequeña cantidad de líquido libre asociado”, indicando, de seguido, que “dado el resultado de la prueba de imagen, se comenta con el cirujano general de guardia y se procede al ingreso de la paciente”. Continúa refiriendo que “el día 10 de octubre de 2022, la paciente acude (...) por empeoramiento de su disnea habitual y dolor torácico” por lo que “dados los antecedentes respiratorios de la paciente y tras las pruebas realizadas (...) se comenta con el Servicio de Medicina Interna que procede al ingreso”. Por último, señala el informe que los días 28 de marzo y 7 de abril de 2023 (...) acude al centro por dolor abdominal y que “el día 9 de abril de 2023, ante la falta de mejoría y la persistencia del dolor (...) acude de nuevo a Urgencias, decidiéndose tras la exploración y analítica ampliar estudios con prueba de

imagen (TC abdominal) donde se objetiva empeoramiento franco de la masa pancreática, por lo que se comenta con Cirugía General para ingreso (...) y tratamiento adecuado”.

La pericial incorporada a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, suscrita por un especialista en Oncología y otro en Cirugía del Aparato Digestivo, señala, en relación con el informe derivado del tac llevado a cabo el día 28 de agosto de 2022, que “si bien no se refleja en el apartado diagnóstico la imagen observada en el tac, sí queda reflejado en las recomendaciones la realización de un nuevo tac y la solicitud de consulta en el Servicio de Cirugía General, tac que se realiza el día 3 de octubre de 2022, al mes y una semana del (...) anterior”; asimismo, advierte que “en el tac realizado el día 3 de octubre de 2022 se recomienda la realización de resonancia magnética, que es denegada por no estar indicada”, aunque “según las guías, la resonancia magnética está indicada cuando hay dudas en la imagen radiológica del tac y/o las lesiones vistas en el tac son isodensas con el parénquima pancreático, no dándose ninguna de las dos condiciones en nuestro caso, donde el tac describe perfectamente la lesión y la describe como hipodensa, habitual en el caso de tumores pancreáticos exocrinos”, señalando, posteriormente, que “la literatura afirma que el tac presenta alta sensibilidad, similar a la resonancia, a la hora de ser capaz de definir correctamente las lesiones pancreáticas”. Por otra parte, afirma que “con el tac del 3 de octubre de 2022, podemos definir que la lesión pancreática, altamente sospechosa de origen neoplásico, no es una lesión localizada, si no al menos, localmente avanzada, estudiándose como T4N0M0 (estadio III), por afectación de los vasos esplénicos que viene descrito en el tac (sin visualizar correctamente la vascularización esplénica, con una arteria filiforme y una vena esplénica que se afila distalmente por posible compresión/trombosis de la misma. Tumoración en cuerpo/cola pancreática, sin claro plano de clivaje con el bazo y alteraciones sugestivas de afectación del hilio esplénico)” y que “las opciones terapéuticas del tumor de páncreas localmente avanzado no consideran la cirugía como tratamiento estándar,

siendo la cirugía la única opción curativa en esta patología, motivo por el cual, en este estadio, el tratamiento tiene opciones paliativas”. Seguidamente, asevera que el “estudio anatomopatológico no pudo llevarse a cabo dado que la paciente no acude a la consulta prevista en el Servicio de Cirugía, donde se planteaba las siguientes actuaciones médicas, ante la no indicación de la resonancia magnética”. Concluye la pericial afirmando que “el tratamiento en esta paciente hubiera tenido fines paliativos, dado el estadio de la enfermedad, sin que exista ninguna minoración en la supervivencia esperada”.

Por último, en la propuesta de resolución se sostiene que “las imágenes de los tacs realizados en agosto y octubre de 2022 son sugerentes de tumoración pancreática, pero no es un diagnóstico definitivo por lo que se solicitó una RNM al Centro, que no la consideró ‘indicada’ (probablemente por la inexistencia de lesiones quísticas que no la harían necesaria, según la literatura médica)”, pero que “no obstante, para establecer un diagnóstico de certeza se cita a la paciente en consulta el 15 de noviembre de 2022 para informarla que iba a ser remitida a la Unidad de Cirugía Hepatobiliar” del Hospital “Y”, “suspendiéndose la misma por solicitud de la paciente” y que dicha consulta “era para informarle de la necesidad de su derivación” al Hospital “Y” “y lógicamente se le explicaría el motivo, pero la paciente no acudió”; asimismo, mantiene que “en los tacs de agosto y noviembre no se llega todavía a la confirmación diagnóstica, por lo que no parece adecuado alarmar a la paciente en ese momento hasta tener la confirmación diagnóstica y, por otra parte, la paciente tampoco la solicita”. Por otra parte, afirma que “no ha existido una pérdida de oportunidad terapéutica. Las imágenes del tac del 3 de octubre de 2022 muestran una lesión que no es localizada, sino que mide más de 4 cm con afectación del hilio esplénico (lesión de estructuras vasculares), que significa un tumor en estadio T4 según la clasificación TNM o estadio III, siendo imposible que la cirugía elimine el tumor por completo, según se reconoce en el informe pericial elaborado a instancia de los reclamantes”.

Planteada en tales términos la controversia, procede advertir que este Consejo viene insistiendo en 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 otros términos, 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). Tal 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), “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, despejar si la decisión fue o no correcta”.

Asimismo, resulta forzoso no perder de vista que estamos en presencia de una paciente pluripatológica y que, dada la existencia de divergencias entre las periciales, procede 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), posición compartida por este Consejo de forma reiterada en multitud de dictámenes (por todos, el reciente Dictamen Núm. 5/2025).

Sentado lo anterior, se advierte en primer término, respecto al reproche de no haber puesto a disposición de la paciente los medios necesarios, que la *lex artis* asistencial aplicable a la fase de diagnóstico no impone al servicio público la obligación de alcanzar un juicio cierto e inmediato sobre la enfermedad, sino que tan solo obliga a que se empleen los medios, humanos y materiales disponibles en cada momento para llegar al diagnóstico preciso, en función de los síntomas que los pacientes manifiestan en ese instante.

El reproche se concreta sustancialmente en la no realización de una resonancia magnética, omisión que avala la pericial que aporta la compañía aseguradora de la Administración (suscrita por dos especialistas, uno en Oncología y otro en Cirugía del Aparato Digestivo) puntualizando que “según las guías, la resonancia magnética está indicada cuando hay dudas en la imagen radiológica del tac y/o las lesiones vistas en el tac son isodensas con el parénquima pancreático, no dándose ninguna de las dos condiciones en nuestro caso, donde el tac describe perfectamente la lesión y la describe como hipodensa, habitual en el caso de tumores pancreáticos exocrinos”, añadiéndose de seguido que “la literatura afirma que el tac presenta alta sensibilidad, similar a la resonancia, a la hora de ser capaz de definir correctamente las lesiones pancreáticas”. Estos extremos no resultan refutados por la pericial promovida por los reclamantes que, más bien, apunta hacia una valoración de la trascendencia de la prueba omitida a partir del devenir posterior del proceso clínico y, al mismo tiempo, se ven corroborados por lo manifestado en su día por el Centro (centro de titularidad privada, no por el Hospital “Y” como afirman erróneamente los reclamantes) para justificar su rechazo a realizar la prueba diagnóstica solicitada. Aquí procede traer a colación lo afirmado por los peritos intervinientes a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, quienes refieren que, cuando el día 22 de agosto de 2022 la paciente acude a Urgencias, lo hace por hemorragia digestiva y esta no es un síntoma del cáncer de páncreas, de la misma forma que las deposiciones oscuras tampoco se hallan relacionadas con una lesión pancreática localizada en

cuello y cola (folios 273 y 274). En definitiva, el nudo de la cuestión no radica en si la resonancia hubiese confirmado o no las sospechas, sino si, ante la situación que la paciente manifestaba en aquel momento concreto, se hallaba o no indicada. Así las cosas, y teniendo en cuenta lo expuesto, estimamos que no ha quedado justificado que la negativa a practicar una resonancia magnética contraviniese la *lex artis ad hoc*.

En segundo lugar, la omisión terapéutica que invocan los reclamantes se halla en íntima conexión con la concreción de un diagnóstico definitivo, extremo ya analizado en líneas precedentes, de tal forma que, admitiendo que se han puesto a disposición de la paciente todos los medios adecuados para completar una correcta diagnosis, difícilmente cabría efectuar reproches acerca del marco temporal de una fase vinculada y subsiguiente a aquella, como lo es la del tratamiento de la enfermedad.

Aparte de no apreciarse infracción de la *lex artis* en el diagnóstico o tratamiento, se descarta incluso la misma pérdida de opciones curativas. Se enfrentan sobre esta cuestión las opiniones de tres especialistas, ubicados a ambos extremos del debate jurídico que subyace a lo clínico, uno de los cuales aboga por lo factible de la curación (la pericial aportada por los reclamantes señala -como puede comprobarse acudiendo al folio 217 del expediente- que “la omisión diagnóstico-terapéutica implicó una pérdida de oportunidad de opciones curativas para su tumor de páncreas, ya que en octubre de 2022 las pruebas de imagen sugerían que se trataba de una enfermedad localizada al cuerpo y cola pancreática”), mientras que los otros dos la niegan la pericial promovida por la compañía aseguradora expone -como puede comprobarse en el folio 281 del expediente- que “con el tac del 3 de octubre de 2022, podemos definir que la lesión pancreática, altamente sospechosa de origen neoplásico, no es una lesión localizada, si no al menos, localmente avanzada, estudiándose como T4N0M0 (estadio III), por afectación de los vasos esplénicos que viene descrito en el tac” y que “las opciones terapéuticas del tumor de páncreas localmente avanzado no consideran la cirugía como tratamiento estándar, siendo la cirugía la única

opción curativa en esta patología, motivo por el cual, en este estadio, el tratamiento tiene opciones paliativas”. Contextualizados ambos criterios, ante una paciente de 77 años y pluripatológica, con un amplio historial médico de dolencias, parece cuestionable una actuación curativa, máxime teniendo en cuenta que la cirugía no resultaba procedente para el concreto caso de esta enferma. Así lo advierte la pericial aportada por la aseguradora, al afirmar que “no podemos objetivar, en ningún caso, una pérdida de oportunidad terapéutica, dado que la curación en estos pacientes pasa por la cirugía, no indicada en nuestra paciente, por afectación de los vasos esplénicos” (folio 282), extremo no contradicho con claridad, a nuestro entender, por los reclamantes (particularmente, en las afirmaciones que figuran en el folio 294), dado que no confrontan su argumentación con la insuficiencia venosa crónica, diagnosticada tiempo atrás a la afectada. Desde la sana crítica, se aprecia aquí mejor fundado y más contundente el criterio de los peritos de la compañía aseguradora de la Administración.

Por último, en lo que atañe a la falta de información a la enferma y a sus familiares, debemos detenernos en el qué y el cuándo se debió, en su caso, informar. Partiendo de que la información que ha de suministrarse al paciente se refiere al diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas -con sus riesgos y beneficios-, en este caso todo apunta hacia que, si bien no hubo intención alguna de ocultación (el informe clínico de alta del Servicio de Cirugía General y Digestivo de 2 de septiembre de 2022 ya refleja el resultado de la tomografía computarizada de abdomen realizada el 28 de agosto, en relación al aumento de tamaño de la cola del páncreas, se advierte que, tras constatarse un evidente agravamiento de la situación del páncreas en la segunda TC practicada el de 3 de octubre del mismo año (dirigida precisamente a ratificar las sospechas que se derivaban del resultado de la primera), resulta que, por circunstancias diversas, no es hasta seis meses más tarde cuando se informa a la paciente sobre la situación de su enfermedad. En este contexto -ya ocho meses después de la primera sospecha diagnóstica y, tratándose de una

paciente que acude en múltiples ocasiones al servicio médico-, se le informa de “lesión pancreática, altamente sospechosa de origen neoplásico (...) (estadio III)”, no susceptible de cirugía, por lo que este Consejo entiende que los profesionales actuantes desatendieron, en el presente caso, las obligaciones legales en materia de derecho a la información asistencial.

En relación con el daño moral, venimos declarando (por todos, Dictámenes Núm. 1/2023 y 191/2024) que cabe presumir o deducir “la realidad del daño moral en atención a la gravedad de las circunstancias concurrentes en cada caso concreto (...) sin necesidad de prueba específica”. Así lo hemos estimado en supuestos en los que el abordaje tardío de un tumor no sustrae al enfermo un tratamiento curativo pero le priva “del conocimiento de su verdadero estado de salud en tiempo real e inmediato al momento de habersele realizado las pruebas analíticas correspondientes” y de un eventual “adelanto del tratamiento aconsejable”, pues la praxis adecuada hubiera evitado la zozobra y angustia que la familia del enfermo enfrenta cuando tiene conocimiento de que un tumor irreversible debió haberseles comunicado tiempo atrás, con todas las implicaciones que ello entraña. Tal retraso deriva en “una situación de zozobra e incertidumbre en la paciente y su familia, impidiendo tener conocimiento de la situación real, y por ello afrontarla con tiempo para asumirla, estrechar los vínculos, e incluso prestar especial dedicación y cuidado a (su familiar) en los últimos meses de su vida. A ello, hay que añadir que se podría haber aplicado el tratamiento paliativo, evitando así episodios de dolor, con el daño anímico y moral que para su familia generaba” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 29 de junio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:169- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Singularmente, en el procedimiento examinado, al inclinarnos por estimar que el tumor era ya irreseccable al objetivarse las primeras sospechas -decantándonos por el criterio de los especialistas de la aseguradora-, queda investida de la correlativa gravedad la patología que, prolongadamente, se sustrae al conocimiento de la enferma y su familia.

Este Consejo, aplicando a estos efectos el criterio seguido por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en las Sentencias de 17 de noviembre de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:2937- y de 22 de julio de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2590- (ambas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), y de 22 de julio de 2022 ECLI:ES:TSJAS:2022:2420- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), para supuestos en los que el daño indemnizable, de naturaleza estrictamente moral, no es consecuencia de una defectuosa práctica médica sino de un déficit informativo, considera apropiado acudir a un prudente arbitrio para fijar la compensación procedente (por todos, Dictámenes Núm. 240/2022 y 113/2023). Así lo reconoce en una caso similar al que nos ocupa el Tribunal Superior de Justicia de Asturias en la Sentencia de 14 de septiembre de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:4219- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), al decir que, “por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, tratándose de un daño soportado por falta de la debida información (...) la misma ha de determinarse aplicando criterios de equidad y ponderación, como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2008”.

En este mismo sentido, tal como razona la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 24 de enero de 2024 -ECLI:ES:TSJAS:2024:169- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) desestimatoria del recurso interpuesto frente a la resolución de la Administración coincidente con lo sostenido en nuestro Dictamen Núm. 225/2022 en un caso análogo, resulta difícil valorar el daño moral en estos casos, lo que nos obliga a fijar la indemnización en términos de lo razonable y proporcionado, tomando en cuenta como referencia lo resuelto en supuestos similares.

Proyectados tales criterios sobre el presente procedimiento, este Consejo entiende adecuada una indemnización de diez mil euros (10.000 €) para el viudo y de cinco mil (5.000 €) para cada uno de los tres hijos de la fallecida.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada, y, en consecuencia, debe estimarse la reclamación presentada por en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

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.