

Dictamen Núm. 93/2025

**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 11 de junio de 2025, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de abril de 2025 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., dirigida al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en la sanidad privada a la que acudió para el tratamiento de un tumor cerebral.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 5 de abril de 2024, la interesada presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, dirigida al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en la sanidad privada para el tratamiento de un tumor cerebral.

Expone que “con fecha 11 de mayo de 2023”, ingresó en “el Hospital ‘X’, (por) ‘desviación comisura y dificultad en habla’./ Ante la clínica y

hallazgos en TAC se decide el ingreso en (Neurología) para completar estudio./ El diagnóstico emitido fue: 'lesión frontoparietal izquierda a estudio. Probable oligodendroglioma'./ Tras comentar dicho caso con el Servicio de Neurología" del Hospital "Y", "recomiendan traslado de la paciente, al mencionar que impresiona un tumor primario del (sistema nervioso central)./ En fecha 8 de junio de 2023 (...) ingresa para cirugía en el Hospital 'Y'./ La intervención (...) consistió en 'biopsia cerebral abierta de lesión frontoparietal izquierda'./ Se la cita para que acuda a su centro de salud el 14 de junio de 2023 para la cura de la intervención quirúrgica y el día 24 de junio para la retirada de puntos".

Refiere que "en fecha 19 de junio de 2023, se emite un informe (...) del Hospital "Y", en el que se recoge que 'se trata de un tumor glial de alto grado con rasgos morfológicos de células oligodendrogiales. El principal diagnóstico que se plantea es un oligodendroglioma anaplásico (grado 3 de la OMS) frente a un astrocitoma/glioblastoma con áreas *oligo-like* (grado 4 de la OMS)./ Se recomienda realizar estudio molecular". El Servicio de Oncología del Hospital 'Y' valora a la paciente "el día 23 de junio de 2023, y plantean (radioterapia) craneal 40 Gy. La envían a ONM para valoración de tratamiento sistémico". En dicho informe hacen constar que, "dada la evolución, edad de la paciente y estudio molecular desfavorable, plantean iniciar tratamiento (radioterapia) craneal" y, posteriormente, valorar si el estado general es adecuado para "tratamiento con Temozolamida secuencial". Explica que se informa a familiares del plan del tratamiento, "así como del mal pronóstico inherente a esa neoplasia" y se les cita para un mes tras la radioterapia craneal "para nueva valoración en el Servicio de Oncología".

Señala que "tras dicha información, y tras haber mantenido una charla con (una facultativa) del departamento de Neurología" del Hospital "Y" que le informa que "era mejor no operar porque estaba ramificado e iba a quedar en peores condiciones". El hijo de la afectada "decide pedir, ese mismo día 23-6-2023, una segunda opinión médica y para ello solicita ante el Servicio de Atención al Ciudadano (...), todos los estudios radiológicos desde el 20-04-2023./ Los familiares (...) solicitan otra opinión (a un centro médico privado)".

Una vez revisado su historial médico y las pruebas realizadas por el Hospital "Y", así como a las que fue sometida en dicho centro médico privado, "deciden realizar la intervención quirúrgica al considerar que su estado recomendaba realizarla (...) a la mayor brevedad, al observar que en el último estudio de perfusión realizado, muestra dos zonas de angiogénesis claramente incrementadas, siendo una de ellas de algo más de 1 cm en la región más anteroinferior y otra en la región central superior".

Manifiesta que "en fecha 8 de agosto de 2023 (...) ingresa en (un centro médico privado) para ser sometida a cirugía de glioma frontal izquierdo./ Tras dicha intervención, cuyo diagnóstico fue de glioma maligno, es dada de alta hospitalaria el día 12 de agosto de 2023./ A partir de dicha fecha (...) está siendo tratada por los Servicios de Oncología y Neurología, del Hospital 'Y' y del Hospital 'X', su esperanza de vida se ha alargado y la calidad de la misma a fecha actual es buena".

Sostiene que "como consecuencia de la negativa o en su caso de la tardanza, en realizar la intervención quirúrgica por la sanidad pública (...) se vio obligada a acudir a un centro privado, lo que le ocasionó un grave perjuicio económico al tener que sufragar todos y cada uno de los gastos ocasionados por los distintos tratamientos médicos a los que fue sometida (...). Estamos ante el caso de una lesión en los derechos de la reclamante, ya que para salvaguardar su salud debió acudir a un centro privado y soportar un coste que no se habría producido de proceder el servicio público hospitalario a realizar la intervención que finalmente se llevó a cabo".

Cuantifica la indemnización solicitada en veintisiete mil novecientos sesenta y cinco euros con cincuenta y un céntimos (27.965,51 €).

Adjunta a su escrito, entre otros documentos, copia de los informes médicos emitidos por el Hospital "Y", así como las facturas y los informes emitidos por el centro médico privado al que acudió.

**2.** Mediante oficio de 16 de abril de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la

interesada la fecha de recepción de la reclamación, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento aplicable, el plazo de resolución y notificación legalmente previsto y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 24 de junio de 2024 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite copia de diversa documentación médica relativa a la paciente, así como los informes de los Servicios de Neurocirugía y de Oncología Médica del Hospital "Y".

El informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía, fechado a 29 de mayo de 2024, expone que "tras realizar los estudios complementarios, se constata que el tumor infiltra un fascículo implicado directamente en el lenguaje (fascículo arcuato) y que tiene proximidad con el haz corticoespinal. Dichas consideraciones conllevan que no se puede realizar una exéresis tumoral completa sin producir un daño permanente al lenguaje. Por dicha razón se consideró adecuado el realizar una biopsia cerebral y así hacer un estudio histológico de dicha lesión (...), con estudio molecular completo./ Se explicó a la paciente y su familia la finalidad del mismo y se realizó la biopsia sin incidencias. El diagnóstico final fue de glioma de alto grado con características moleculares de glioblastoma y con factores de mal pronóstico (ausencia de metilación de MGMT, así como IDH no mutado)./ Tras realizar la biopsia y valorando edad, estado clínico y pronóstico se planteó por su médico responsable tratamiento médico a la paciente y su hijo, que (en) ese momento refieren entender y aceptan dicho planteamiento./ Tras solicitud de una segunda opinión se intervino en otro centro, donde se realizó una exéresis subtotal del tumor. En el posoperatorio inmediato presentó una pérdida de fuerza completa en hemicuerpo derecho y cuadro de afasia que recuperó progresivamente hasta permanecer con un déficit permanente del lenguaje. En las (resonancias magnéticas) cerebrales de control se constata la persistencia del componente tumoral profundo e infiltrativo (...). En las (resonancias

magnéticas) realizadas en el Servicio de Salud ya había evidencia de elevada angiogénesis, lo cual está en consonancia con el diagnóstico de glioblastoma que presenta la paciente, no era ese un dato desconocido./ Se optó por realizar una biopsia en función de las pruebas realizadas, dado que no había posibilidad de una exéresis completa con seguridad para la paciente y se plantearon los tratamientos complementarios oportunos”.

El informe del Servicio de Oncología Médica, de 28 de mayo de 2024, indica que la reclamante fue vista en primera visita “en el Servicio (...) el 23-6-23 con el diagnóstico de glioma 4 IDH *wild type* con ausencia de metilación MGMT y amplificación baja EFGR (sugestivo de glioblastoma) frontal izquierdo. El diagnóstico se realizó a través de biopsia cerebral, en nuestro centro con fecha 9-6-23./ Por nuestra parte, dada la edad de la paciente y el estudio molecular desfavorable, se decide (...) iniciar tratamiento con (radioterapia) craneal y posteriormente valorar, si (el) estado general (es) adecuado, tratamiento con Temozolamida secuencial./ El siguiente contacto con la paciente en nuestra consulta fue el 3-11-23, donde se nos refiere que tras solicitar una segunda opinión en centro privado se realizó cirugía de resección el 9-8-23 con diagnóstico: Glioblastoma IDH *wild type*. Posteriormente recibe (radioterapia) cerebral (...) que finaliza el 4-10-23./ Ante el buen estado general de la paciente, se plantea tratamiento complementario con Temozolamida x 6 ciclos. Recibe dicho tratamiento quimioterápico entre el 8-11-23 y el 2-4-24. La tolerancia al tratamiento fue adecuada, objetivándose en (resonancia magnética) cerebral 22-2-24 enfermedad estable sin datos de progresión. La paciente está pendiente de nueva (resonancia magnética) cerebral a realizar (a) finales (de) mayo 2024”.

**4.** Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 25 de junio de 2024, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la paciente.

5. A continuación obra incorporada al expediente una pericial, librada el día 6 de septiembre de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Neurocirugía.

En él, expone que la paciente “presenta condiciones que, según la literatura médica actual, hacen imposible una resección quirúrgica total: infiltración de áreas elocuentes (fascículo arcuato) y otras que hacen desaconsejable una cirugía de citorreducción (resección total o subtotal): lesión en hemisferio cerebral dominante, de gran volumen, adyacente e infiltrante de estructuras elocuentes en una paciente mayor de 70 años (...). En este tipo de lesiones, con esta localización y en este tipo de pacientes, según la literatura médica actual, el procedimiento quirúrgico recomendado es una biopsia abierta, por lo que considero clara la correcta indicación de cirugía (...). El procedimiento y la técnica quirúrgica elegida ajusta a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica (...). Solicitar una segunda opinión es un derecho del paciente. Si bien, la realización de una cirugía de citorreducción, esto es, resección subtotal de la masa tumoral (como la que se realizó posteriormente), no contraindicada, tampoco es la opción terapéutica que se adecúa más a las recomendaciones actuales (...). La cirugía de resección tumoral total o subtotal implica un incremento importante de riesgos catastróficos y su resultado, según lo descrito en la literatura médica actual, en general, modifica solo ligeramente la supervivencia estimada de los pacientes: de 5 a 7 meses por sí sola, de 7 a 9 meses si se asocia tratamiento complementario, por el contrario, en caso de asociar complicaciones, puede reducir, de manera dramática, la supervivencia (1 a 3 meses) (...). El hecho de que (la paciente) acudiese a un segundo centro asistencial en el que se ofreciera otro tipo de tratamiento fue producto de una decisión propia de la paciente y no derivada de una mala praxis de los profesionales que le han atendido” en el Hospital “Y”, “quienes han realizado un tratamiento acorde a la *lex artis*”.

**6.** Mediante oficio notificado a la interesada el día 8 de enero de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 22 de enero de 2025, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que expone que “para determinar si hubo en este caso lesión efectiva en relación causal con funcionamiento de la Administración, debe comprobarse en primer lugar si fue correcta o no la decisión (...) de someterse a intervención quirúrgica en centro privado. El asunto es claro”, en el Hospital “Y” “no se recomendaba intervención quirúrgica por distintas razones y además se daba un plazo corto de supervivencia. Estando en juego la vida de la paciente, esta decide pedir otra opinión en centro privado donde sí se recomendó la intervención quirúrgica con posibilidad de buenos resultados, lo que así ocurrió realmente, estando viva después de 18 meses y con buenas expectativas de supervivencia. La situación (...) no admite otra lectura: la decisión de intervención en (el) centro privado fue totalmente acertada, la pura supervivencia lo acredita”.

**7.** El día 14 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, señala que “la intervención que se realizó en un centro privado no es curativa, ya que no se resecó totalmente el tumor. Incluso con la resección total del tumor la supervivencia media en este tipo de tumores es de 15 meses. En este caso se trata de un glioma de alto grado con características moleculares de glioblastoma y con factores de mal pronóstico (ausencia de metilación de MGMT, así como IDH no mutado)” y continúa su justificación apoyándose en los datos aportados por la pericial de su aseguradora.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 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”.

La interesada presenta su escrito el día 5 de abril de 2024, con la finalidad de obtener el resarcimiento de los gastos derivados de un tratamiento seguido en la sanidad privada durante el mes de agosto de 2023 (según la documentación remitida -concretamente, en el folio 17 del expediente- la intervención habría tenido lugar el día 9 de agosto de 2023); así las cosas, la reclamación resulta tempestiva, al haber sido formulada 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.

Finalmente, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que, en la fecha de entrada del expediente en este Consejo, se había rebasado ya el de seis meses 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 la interesada reclama el resarcimiento de los gastos satisfechos en un centro médico privado, relativos al tratamiento de un tumor cerebral.

La documentación incorporada al expediente acredita la realidad del daño por el que reclama, consistente en haber afrontado gastos en la medicina privada que guardan relación con el tratamiento de una enfermedad -sin perjuicio de la asistencia sanitaria posterior en la sanidad pública-. Asimismo, en las facturas consta que la paciente es atendida bajo la modalidad de "clientes particulares" y sin indicación de número de póliza alguno, por lo que ha de entenderse que se ha llevado a cabo al margen de la cobertura de un seguro privado.

Respecto al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema público sanitario, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración. En relación con los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que, el mismo, solo resulta procedente en los "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital", y "una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción". No consta que dicho procedimiento -que, por otro lado, y como recordamos en el Dictamen Núm. 13/2025, no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos.

En tales condiciones, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, comprensiva del importe de los

gastos en los que se haya incurrido a consecuencia del tratamiento en la medicina privada de una enfermedad, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

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

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

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, y, en particular, asume 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, 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*). Al respecto, debemos advertir que, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 67.2 de la LPAC, la solicitud de responsabilidad patrimonial deberá ir “acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”.

Sentado lo anterior, debemos recordar también que este Consejo viene manifestando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 267/2023) que, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, ha de atenderse a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique, objetivamente, esa pérdida de confianza y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca implícitamente una desconfianza, debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales. Para elaborar ese juicio hemos señalado (por todos, Dictamen Núm. 197/2024), que “constituye un indicio el hecho de si el paciente, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas”. En el procedimiento sometido a dictamen, bastaría con acudir al escrito por el que se interpone la reclamación, para constatar que es el mismo día 23 de junio de 2023 y, “tras haber mantenido una charla con (...) el departamento de Neurología del” Hospital “Y” -desde el cual se informa que “era mejor no operar porque estaba ramificado e iba a quedar en peores condiciones”-, cuando el hijo de la interesada manifiesta la intención de pedir “una segunda opinión médica y, para ello, solicita ante el Servicio de Atención al Ciudadano (...), todos los estudios radiológicos desde el 20 de abril de 2023”.

Por otra parte, y tal y como señalamos en nuestros Dictámenes Núm. 177/2024 y 197/2024, determinados casos permiten distinguir con total nitidez entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, en cuanto constituyen dos actos médicos claramente diferenciados a los que se imputa un coste y un correlativo perjuicio patrimonial, también perfectamente diferenciable e individualizado en esas ocasiones, plasmado incluso en conceptos separados en distintas facturas.

En el asunto que nos ocupa, la reclamante sostiene que “como consecuencia de la negativa o en su caso de la tardanza, en realizar la intervención quirúrgica por la sanidad pública (...) se vio obligada a acudir a un centro privado”, que en el Hospital “Y” “no se recomendaba intervención quirúrgica por distintas razones y además se daba un plazo corto de supervivencia” y que “la decisión de intervención en (el) centro privado fue totalmente acertada, la pura supervivencia lo acredita”.

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

El informe del Servicio de Neurología señala que “el diagnóstico final fue de glioma de alto grado con características moleculares de glioblastoma y con factores de mal pronóstico (ausencia de metilación de MGMT, así como IDH no mutado)”, que “tras solicitud de una segunda opinión se intervino en otro centro, donde se realizó una exéresis subtotal del tumor” y que “en el posoperatorio inmediato presentó una pérdida de fuerza completa en hemicuerpo derecho y cuadro de afasia que recuperó progresivamente hasta permanecer con un déficit permanente del lenguaje”; asimismo, refiere que “en las (resonancias magnéticas) cerebrales de control se constata la persistencia del componente tumoral profundo e infiltrativo” y que “en las (resonancias magnéticas) realizadas en el Servicio de Salud ya había evidencia de elevada angiogénesis, lo cual está en consonancia con el diagnóstico de glioblastoma que presenta la paciente, no era ese un dato desconocido”.

El informe del Servicio de Oncología Médica indica que “dada la edad de la paciente y el estudio molecular desfavorable, se decide (...) iniciar

tratamiento con (radioterapia) craneal y posteriormente valorar, si (el) estado general (es) adecuado, tratamiento con Temozolamida secuencial” y que “el siguiente contacto con la paciente en nuestra consulta fue el 3-11-23, donde se nos refiere que, tras solicitar una segunda opinión en centro privado se realizó cirugía de resección”; asimismo, señala que “posteriormente recibe (radioterapia) cerebral” en el Hospital “Y”, “que finaliza el 4 de octubre de 2023”, que “ante el buen estado general de la paciente, se plantea tratamiento complementario con Temozolamida” y que “recibe dicho tratamiento quimioterápico entre el 8 de noviembre de 2023 y el 2 de abril de 2024”, encontrándose la afectada a la espera de nueva resonancia magnética cerebral programada para finales de mayo de 2024.

La pericial promovida por la compañía aseguradora de la Administración, elaborada por un especialista en Neurocirugía, mantiene que la reclamante “presenta condiciones que, según la literatura médica actual, hacen imposible una resección quirúrgica total: infiltración de áreas elocuentes (fascículo arcuato) y otras que hacen desaconsejable una cirugía de citorreducción (resección total o subtotal): lesión en hemisferio cerebral dominante, de gran volumen, adyacente e infiltrante de estructuras elocuentes en una paciente mayor de 70 años” y que “la realización de una cirugía de citorreducción, esto es, resección subtotal de la masa tumoral (como la que se realizó posteriormente), no contraindicada, tampoco es la opción terapéutica que se adecúa más a las recomendaciones actuales”, puesto que “la cirugía de resección tumoral total o subtotal implica un incremento importante de riesgos catastróficos y su resultado, según lo descrito en la literatura médica actual, en general, modifica solo ligeramente la supervivencia estimada de los pacientes: de 5 a 7 meses por sí sola, de 7 a 9 meses si se asocia tratamiento complementario, por el contrario, en caso de asociar complicaciones, puede reducir de manera dramática, la supervivencia (1 a 3 meses)”.

Finalmente, la propuesta de resolución sostiene que “la intervención que se realizó en un centro privado no es curativa, ya que no se resecó totalmente el tumor”, que “la cirugía de resección tumoral total o subtotal implica un

incremento importante de riesgos catastróficos y su resultado, según lo descrito en la literatura médica actual, en general modifica solo ligeramente la supervivencia estimada” y que “en caso de asociar complicaciones, puede reducir de manera dramática la supervivencia”.

Planteada en tales términos la controversia, procede entrar sobre el fondo del asunto.

En primer lugar, a tenor de la información a la que ha tenido acceso este órgano consultivo, no cabe dar por acreditado que en el proceso diagnóstico y en la proposición de tratamiento se produjese una infracción de la *lex artis ad hoc*, que hubiese justificado, objetivamente, una pérdida de confianza de la paciente. De hecho, dicho tratamiento quimioterápico propuesto por el sistema sanitario público fue, finalmente, seguido (según el informe del Servicio de Oncología Médica, con posterioridad a la intervención efectuada en el centro médico privado, “se plantea tratamiento complementario con Temozolamida” que se lleva a efecto “entre el 8 de noviembre de 2023 y el 2 de abril de 2024”), por lo que, el único punto que la reclamante podría reprochar al sistema público sanitario es la no recomendación de la cirugía de resección (literalmente, refiere la interesada que en el Hospital “Y” “no se recomendaba intervención quirúrgica de la cirugía de resección”). Por añadidura, no resulta descartable la circunstancia de que a la superación de las expectativas de supervivencia de la afectada haya contribuido, en mayor o menor medida, la quimioterapia propuesta, desde un primer momento, por los facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En segundo lugar, la mera supervivencia de una paciente no acreditaría, como sostiene la reclamante, que la opción de llevar a cabo la cirugía de resección fuese la más adecuada -opinión, por otra parte, refutada tanto por los especialistas del sistema público sanitario como por el neurocirujano que suscribe la pericial promovida por la compañía aseguradora (quien, sin considerarla contraindicada, advierte que “tampoco es la opción terapéutica que se adecúa más a las recomendaciones actuales”)-, sino que únicamente evidenciaría que, en el marco del proceso decisorio comprensivo de la diagnosis

y la propuesta de tratamiento, la valoración de las expectativas de supervivencia se mueve en el plano de las probabilidades, tratándose, como apunta la propuesta de resolución, de un mero dato estadístico susceptible, como tal, de resultar contradicho por la realidad del caso concreto. Y es que, como hemos venido señalando, la medicina no es una ciencia exacta, puesto que existe siempre un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos enfermos pueden tener ante idéntico tratamiento (por todos, Dictámenes Núm. 274/2021, 119/2022 y 193/2024). La búsqueda por parte de una paciente de cualesquiera alternativas y la toma de riesgos por encima de lo que, ordinariamente, se estaría dispuesto a asumir se comprenden sin ambages en el contexto de un diagnóstico como el que aquí se presentaba; ahora bien, cuestión muy distinta es el que tales riesgos puedan llegar a ser recomendados por parte del facultativo, en su necesariamente objetiva y no menos difícil posición, que tiene la obligación de aconsejar a sus pacientes, en términos estrictamente médicos y con base en el criterio riesgo-beneficio, acerca de la que, a su entender, constituye la mejor alternativa.

En tercer lugar, la voluntaria decisión de recibir asistencia en un hospital privado no podría, en este caso, vincularse a una pérdida de confianza, en tanto en cuanto, y como se ha apuntado líneas atrás, la reclamante regresó al circuito público para continuar con su proceso asistencial, recibiendo, por cierto, el mismo tratamiento previamente propuesto por los facultativos del sistema público sanitario.

En definitiva, nos encontramos con un caso en el no quedan acreditados ni que en el diagnóstico ni en la asistencia en el proceso decisorio de la interesada se produjese una infracción de la *lex artis ad hoc* y tampoco que se hubiese originado una pérdida de confianza en un sistema público sanitario, a cuyas indicaciones aquella, posteriormente, se somete y cuya positiva aportación a la superación de sus expectativas de supervivencia no resulta, en modo alguno, descartable. Todas estas razones abocan a considerar que la pretensión resarcitoria no debería prosperar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada, y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,