



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de noviembre de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 y D. yyy2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 30 de octubre de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 y D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada al esposo y padre de los reclamantes, D. vvvv, en el Hospital hhhh (xxxx1)*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 31 de octubre de 2018 se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 482/2018, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 30 de septiembre de 2016, Dña. yyy1 y D. yyy2 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada del fallecimiento de su

esposo y padre, D. vvvv, de 66 años de edad, debido a un retraso en el diagnóstico de cáncer de colon en el Hospital hhhh de xxxx1.

En su escrito exponen que D. vvvv, a finales del año 2011 y sobre todo en el año 2012, comienza a tener problemas para orinar y en su centro de salud de cccc se le diagnostica "meteorismo". El 22 de enero de 2013 se le ocasiona una rectorragia, dato que reviste una especial trascendencia en este caso puesto que es uno de los síntomas de cáncer de colon. El 14 de marzo se le diagnostica una hiperplasia benigna de próstata que es tratada con medicación. El 5 de septiembre se produce un episodio de hematuria macroscópica, por lo que es remitido al Servicio de Urología del Hospital hhhh de xxxx1 con el diagnóstico de "Clínica prostática y/o vesical en paciente HTA bien controlado con Vals". Se le practica una citoscopia y el 30 de octubre se procede a una resección transuretral de vejiga y a la instalación de una sonda vesical. El 5 de noviembre recibe el alta. El 21 de marzo de 2014 se constata una disuria. Debido a que continuaba con dolores para orinar, junto con diarrea y pérdida de peso, fue remitido nuevamente al Servicio de Urología, en el que fue ingresado el 16 de noviembre. El 17 de noviembre es intervenido quirúrgicamente de la próstata y se diagnostica una recidiva de tumor vesical. El 20 de diciembre ingresa en el Servicio de Digestivo después de acudir tres veces a Urgencias (siendo tratado con laxantes y edemas) con un cuadro de obstrucción intestinal. Tras practicarle un TAC abdominal se detecta un engrosamiento irregular de la pared con un segmento de 5 centímetros sugestivo de neoplasia, por lo que se procede a realizar una colonoscopia urgente el día 22 de diciembre en la que se descubre una neoformación estenosante infranqueable a 20 centímetros de margen anal y se le implanta una prótesis colónica metálica autoexpansible pendiente de intervención quirúrgica por neoplasia de recto, que se realiza el 27 de enero de 2015, observándose el uréter derecho aumentado de calibre respecto al izquierdo. La operación se limita a abrir y volver a cerrar ante la dificultad de disección. El diagnóstico se concreta en neoplasia de recto-sigma carcinomatosis peritoneal, adenocarcinoma colorrectal estadio IV (metástasis ganglioneras y carcinomatosis peritoneal). El 3 de febrero el TAC de abdomen refleja una extensa tumoración que se extiende hasta la proximidad de la unión vésico uretral derecha. Tras la recuperación quirúrgica inicia un tratamiento sistémico con la finalidad paliativa y se le trata en oncología con quimioterapia. El tumor progresa con afectación ósea. A consecuencia de la patología reseñada, el fallecimiento se produce el 20 de octubre de 2015.

Fundamentan su reclamación en el retraso de diagnóstico de carcinoma de colon, al no realizarse las pruebas previas de detección como son la colonoscopia o el examen de sangre oculta en heces, dada la edad y la sintomatología que presentaba el paciente, lo que le privó de cualquier oportunidad de superación, ya que cuando se diagnosticó se encontraba en un estadio muy avanzado.

Solicitan una indemnización de 185.541,75 euros para el cónyuge viudo y 25.400 euros para el hijo, calculada de acuerdo con lo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación y, subsidiariamente, conforme a la resolución de la Dirección General de Seguros de 5 de marzo de 2014, solicitan una indemnización de 94.904,26 euros para el cónyuge viudo y 10.444,88 euros para el hijo.

Adjuntan a su reclamación copias del certificado de actos de última voluntad, del testamento, del Libro de Familia, del certificado de defunción, de la Resolución de la Seguridad Social en la que consta la pensión de jubilación y factura de la funeraria "qqqq".

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica del paciente, informes del Médico de Atención Primaria del Centro de Salud cccc, del Jefe de Servicio de Urología del Hospital hhhh, informe médico pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora ssss por una doctora especialista en aparato digestivo e informe de la Inspección Médica de 21 de diciembre de 2016 en el que se concluye que "(...) No podemos admitir, la afirmación realizada por los reclamantes en el hecho 2º de su reclamación, en el sentido de que en este caso se ha producido una pérdida de oportunidad, debido al diagnóstico tardío del proceso oncológico colorrectal y que los reclamantes, consideran como síntomas sugerentes de este proceso colorrectal sintomatología producida por la tumoración vesical, que motivó el ingreso y tratamiento oportuno y correspondiente, que nada tiene que ver, con el proceso que finalmente determinó el fallecimiento del reclamante y más habida cuenta de la ausencia de sintomatología digestiva desde enero de 2013 a diciembre de 2014 y hallazgos en el TAC de 28 de enero de 2014. (...).

»A la vista de los hechos reseñados y de las anteriores consideraciones podemos razonablemente concluir que la asistencia sanitaria

que se presta a D. (...) tanto en el Centro de Salud (...) como en el Hospital (...) es correcta, no apreciándose negligencia médica alguna ni mala praxis médica en el proceso asistencial y se propone no se acceda a la indemnización solicitada”.

Tercero.- Obra en el expediente escrito de 6 de septiembre de 2017 del Jefe de Servicio de Inspección, en el que comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia, los interesados presentan alegaciones en las que se ratifican en lo expuesto en su reclamación inicial. Adjuntan informe médico pericial.

Quinto.- Consta en el expediente documentación acreditativa de haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León en Valladolid.

Sexto.- El 27 de agosto de 2018 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada al no quedar acreditada la relación de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento del servicio público.

Séptimo.- El 3 de octubre de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el

dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (30 de septiembre de 2016) hasta que se formula la propuesta de orden (27 de agosto de 2018). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, pues se presenta el 30 de septiembre de 2016 y el paciente fallece el 20 de octubre de 2015.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio

determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica

médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina “daños pasivos”, o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar “teoría de la pérdida de oportunidades” (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

El Consejo Consultivo de Castilla y León ha tenido la oportunidad de pronunciarse sobre la pérdida de oportunidades terapéuticas, -directamente en los Dictámenes 135, 481, 619 o 837/2013, 1/2014, 279, 290/2015, 260/2016, 19, 66/2017, 378/2018 y 462/2018 entre otros- e indirectamente en otros muchos asuntos.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos “daños pasivos” antes referidos. Así,

como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(...) ésta es una doctrina no sólo incipiente sino muy susceptible de debate público, ya que en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, la presente reclamación se basa en una negligencia médica, concretada en un retraso de diagnóstico de cáncer de colon, lo que supuso que en el momento en que éste se diagnosticó -el 22 de diciembre de 2014- se encontrara en un estadio avanzado, que provocó el fallecimiento del paciente, por no haber realizado con anterioridad, en el momento en que presentaba síntomas indicativos del tumor (rectorragia en enero de 2013) una colonoscopia o análisis de sangre en heces, pruebas de detección previa del cáncer de colon; y más atendiendo a que, dado la edad del paciente (mayor de 60 años), era susceptible de ser revisado en el programa de los servicios públicos de salud de detección precoz de cáncer de colon.

Respecto al retraso de diagnóstico alegado por la parte reclamante hay que tener en cuenta que en numerosos supuestos en los que se invoca la pérdida de oportunidad por error de diagnóstico o diagnóstico tardío (o simplemente por funcionamiento anormal de los servicios sanitarios ajenos a la asistencia médica propiamente dicha: derivados de la inevitable tramitación burocrática que todo

sistema sanitario complejo conlleva o de tratamientos que no obtienen el resultado previsto), en realidad lo que hay detrás de la reclamación es o bien una imposibilidad de probar la infracción de la *lex artis* o supuestos claros de falta de infracción de la misma y, ciertamente, el concepto y la funcionalidad de este instituto de la pérdida de oportunidad no puede ni debe convertirse en un instrumento alternativo para evitar el enjuiciamiento de si ha habido o no dicha infracción.

A la vista de lo expuesto ha de valorarse si la asistencia prestada al paciente fue suficiente y ajustada a las exigencias de la *lex artis*, y si las omisiones producidas condicionan el resultado final, lo que comporta el análisis de la pérdida de oportunidad.

El informe de la Inspección Médica de 21 de diciembre de 2016, tras un estudio pormenorizado de la historia clínica y de los documentos aportados en el procedimiento, pone de manifiesto que en enero de 2013 el paciente presenta un episodio aislado de rectorragia, que tras la exploración física y analítica pertinente, no se evidencia patología, siendo las determinaciones normales con inclusión de los marcadores tumorales digestivos, sin que el paciente acceda a la realización de la colonoscopia que le propuso su médico de atención primaria por encontrarse subjetivamente bien en ese momento. En el citado informe se hace constar: "(...) que un episodio aislado de rectorragia sin otros datos clínicos y/o factores de riesgo que lo determinen no es indicación de realización de colonoscopia".

La actuación del médico de Atención Primaria fue correcta explorando al paciente, realizando analítica y ofreciendo la posibilidad de realizarse una colonoscopia que fue rechazada por el propio paciente, sin que existiera la necesidad de derivación al especialista.

Cuando en octubre de 2013 presenta el episodio de hematuria macroscópica es remitido al Servicio de Urología del Hospital hhhh, donde es diagnosticado de tumoración vesical, por lo que es intervenido el día 30. Durante el tiempo en el que el paciente fue tratado en el Servicio de Urología no expresó síntomas relacionados con el aparato digestivo que hicieran pensar en una derivación a otro Servicio. El TAC abdomino pélvico realizado el 28 de enero de 2014 mostraba la presencia de tumoración quística tipo Bosniak II en riñón derecho e hígado, vía biliar, suprarrenales, riñón izquierdo, páncreas y

bazo de tamaño y morfología normal, así como la no apreciación de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales en cadenas ilíacas e inguinales de tamaño significativo, ni indicios que permitiesen suponer la existencia de ningún proceso oncológico colorrectal y más en ausencia de sintomatología. La actitud del Servicio de Urología fue correcta.

Es el 16 de diciembre de 2014, cuando ante la persistencia de un cuadro de estreñimiento, se deriva al paciente desde Atención Primaria a atención especializada de aparato digestivo. El 20 de diciembre de 2014 ingresa por Urgencias. Tras la realización del TAC abdominal urgente y colonoscopia se objetivó la presencia de un tumor en el colon, iniciándose el proceso correspondiente y siendo intervenido quirúrgicamente el 27 de enero de 2015. Durante la intervención se objetivó una gran tumoración en recto-sigma con nódulos en peritoneo vesical y se le realizó una biopsia intraoperatoria informada como adenocarcinoma-carcinomatosis peritoneal. Ante la dificultad de disección de la cara izquierda de colon en la zona del tercio superior de la tumoración se decidió el cierre de la laparotomía. El TAC realizado el 29 de enero de 2015 mostraba sospecha de infiltración de la unión vesicoureteral y se comentó el caso con Urología, implantándose un catéter doble J derecho sin incidencias. El paciente evolucionó bien. El 9 de febrero se le valoró en el Servicio de Oncología y se acordó quimioterapia con intención paliativa. Recibió los ciclos de forma ambulatoria sin incidencias, ingresando finalmente por gran deterioro del estado general y comprobándose la progresión de la enfermedad mediante pruebas de imagen. El paciente falleció el 20 de octubre de 2015.

Debe recalcar que la doctrina de la pérdida de oportunidad se refiere a supuestos en que hay una concausa en la producción del desenlace final. Junto a la enfermedad hay una acción u omisión sanitaria que disminuye las posibilidades de curación, sin que pueda saberse con certeza si dichas posibilidades se habrían o no materializado en el caso de prestarse adecuadamente el servicio sanitario.

El informe de la Inspección Médica señala que no existe pérdida de oportunidad en el diagnóstico de cáncer de colon, pues no puede considerarse como síntoma sugerente del proceso colorrectal la sintomatología producida por la tumoración vesical que motivó el ingreso y tratamiento oportuno, que nada tiene que ver con el proceso que determinó el fallecimiento del paciente, y más

habida cuenta de la ausencia de sintomatología digestiva desde enero de 2013 a diciembre de 2014 y hallazgos en el TAC de 28 de enero de 2014.

En cuanto a la participación por parte del paciente en el programa de detección precoz del cáncer en diciembre de 2014, el informe señala que la Junta de Castilla y León generalizó a partir de noviembre de 2013 la extensión del programa a todas las Áreas de Salud, tras las experiencias de pilotaje desarrolladas en las zonas de influencia del Hospital de xxxx2 y en el Área de Salud de xxxx3 y el acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El programa se inició con una horquilla poblacional de edad comprendida entre los 65 y 69 años, dado que en los grupos de mayor edad es en los que se concretan las tasas de incidencia más altas y es sanitariamente la más beneficiosa. Posteriormente se extendió el programa al resto de la población incluida entre los 50 y 69 años.

El dictamen médico pericial emitido por la aseguradora el día 1 de septiembre de 2017 afirma que el paciente recibe los cuidados y el tratamiento oportuno en función de su patología y es atendido por los diferentes especialistas correspondientes. Sin embargo, un cáncer metastásico con carcinomatosis peritoneal tiene un pronóstico pésimo.

Por todo ello se concluye que el Sistema Público de Salud dispuso de los recursos técnicos y humanos necesarios para la patología que presentaba el paciente, sin que se hallaran indicios de mala *praxis* a pesar del fatal desenlace.

No cabe hablar de pérdida de oportunidad, dado que la actuación médica ha sido adecuada y oportuna respecto a cada una de las sintomatologías presentadas por el paciente, por lo que el hecho de no realizarle las pruebas de detección precoz de cáncer de colon no le han privado de las posibilidades estadísticas que tenía de curación o de que su enfermedad hubiera evolucionado de forma distinta. A ello cabe añadir que cuando acude a su médico de Atención Primaria en enero de 2013, al presentar un episodio aislado de rectorragia, en el que tras las pruebas pertinentes no se evidencia patología, a pesar de ello, le propone realizarse una colonoscopia no accediendo el paciente en ese momento al encontrarse subjetivamente bien.

El informe de parte, sin embargo, considera que el cáncer colorrectal se podría haber detectado anteriormente tras la producción de la rectorragia, si se

hubiera realizado una colonoscopia. Añade el informe que “carecemos de la totalidad de las manifestaciones clínicas que debió presentar el paciente, lo que supone una dificultad para la emisión del presente informe pericial. (...).

»No sabemos cuál hubiera sido el resultado de su CCR de haber sido diagnosticado anteriormente o precozmente (incluso con pruebas de cribado poblacional). La detección precoz del cáncer colorrectal podría haber evitado su diagnóstico en un estadio evolutivo tan avanzado”.

Es postura constante de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que en la apreciación de la prueba pericial o informes técnicos, han de gozar de preferentes garantías en la estimación los emitidos por los técnicos de la Administración y los dictámenes periciales emitidos con las garantías de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dadas las condiciones de objetividad e imparcialidad de que gozan tales informes o dictámenes (Sentencias de 22 de abril de 1991 y de 25 de julio de 2003).

En virtud de lo expuesto, este Consejo considera que en el presente caso, a la vista de las afirmaciones unánimes de los informes médicos incorporados por la Administración, sus argumentaciones deben prevalecer sobre las efectuadas en el dictamen pericial aportado por los interesados.

Por todo lo expuesto este Consejo Consultivo considera que no se ha acreditado que haya existido mala *praxis* médica y que no se ha producido una pérdida de oportunidad pues las pruebas correspondientes se realizaron en el momento oportuno, según la sintomatología presentada por el paciente, por lo que la reclamación debe desestimarse.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores y al constar que los interesados han interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o, en otro, hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, este Consejo se ve igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de

responsabilidad patrimonial y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que se acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que hubieran hecho desistir de esta opción.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 y D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada al esposo y padre de los reclamantes, D. vvvv, en el Hospital hhhh (xxxx1).

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