

Dictamen n^o: **108/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.04.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de abril de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.R.H. sobre responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su esposo A.P.E. que atribuye a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma epidermoide en el Hospital Clínico San Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 4 de marzo de 2013 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen firmada por el consejero de Sanidad el día 27 de febrero de 2013, referida al expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 83/13, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección I, cuyo presidente, el Excmo. Sr. Don Jesús Galera Sanz, firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por unanimidad

por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 3 de abril de 2013.

SEGUNDO.- El expediente de responsabilidad patrimonial remitido tiene su origen en la reclamación formulada por A.R.H., presentada en una oficina de Correos el 9 de septiembre de 2006 (folios 8 a 12 del expediente).

Según la reclamante, su esposo A.P.E. fue operado en el año 2002 de un tumor cancerígeno en el cuello y recibió con posterioridad tratamiento con radioterapia, siendo objeto además de revisiones periódicas.

Subraya que en el mes de marzo de 2005 acudieron a visita médica al tener su marido un fuerte dolor en la boca, pero sin embargo la doctora que atendió al paciente no apreció ninguna patología de gravedad. Sin embargo, según la reclamante, al mes siguiente le fue detectado un tumor en la lengua. Añade que desde que se advierte la patología oncológica en la precitada fecha resulta que su familiar no es operado hasta el mes de julio. La interesada alega que la ausencia de atención o prestación sanitaria por parte del Hospital Clínico San Carlos en el presente caso, en cuanto que retrasó la instauración de las medidas terapéuticas adecuadas para el tratamiento de la patología que presentaba el fallecido, supone la aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad.

Por ello solicita que se indemnice a la reclamante en cuantía que no concreta por los daños causados en base al reconocimiento de la relación de causalidad entre el fallecimiento de su esposo y el funcionamiento del servicio público.

Acompaña su escrito de reclamación del certificado de defunción de A.P.E.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior por el Servicio Madrileño de Salud, mediante escrito notificado el día 19 de octubre de

2006, se requiere a la reclamante para que, en virtud de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y el artículo 6 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial aprobado mediante el Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo (en adelante RPRP), aporte el libro de familia o acreditación del parentesco con el finado así como que concrete la cuantía indemnizatoria pretendida o los criterios en base a los cuales pretenden que sea fijada. Este requerimiento es atendido el día 27 de noviembre de 2006, mediante escrito en el que la reclamante concreta la indemnización en 100.000 euros y aporta copia del libro de familia del fallecido.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de A.P.E. remitida por el Hospital Clínico San Carlos (folios 32 a 190 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe preceptivo del servicio médico afectado. Así se ha incorporado al expediente el informe de 8 de noviembre de 2006 del jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos (folios 17 a 19 del expediente). También consta en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria (folios 24 a 28 del expediente) y un dictamen médico pericial de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud (folios 193 a 199 del expediente).

Igualmente se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante, tal y como establecen los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. No consta en el expediente que la interesada formulara alegaciones en cumplimiento del trámite conferido al efecto.

Finalmente, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio- se dictó propuesta de resolución en fecha 14 de

junio de 2012, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada, por entender que no existe relación de causalidad entre el fallecimiento y la asistencia sanitaria dispensada, y no apreciarse tampoco la pérdida de oportunidad pretendida por la reclamante.

CUARTO.-Del examen de la historia clínica de la paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

A.P.E., de 59 años de edad en el momento de los hechos, fue estudiado en Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos en el año 2002 por adenopatía laterocervical derecha, confirmándose mediante TC realizado en junio de ese año y PAAF positiva para metástasis ganglionar linfática de carcinoma indiferenciado de células intermedias. El día 2 de septiembre de 2002 se le realizó microcirugía laríngea con vaciamiento radical derecho extirpando masa adenopática derecha de 5 cm de diámetro máximo con esternocleidomastoideo, espinal y yugular interna con anatomía patológica de metástasis linfoganglionar de carcinoma pobremente diferenciado que no infiltra el tejido adyacente. Entre el 26 de noviembre de 2002 y el 28 de enero de 2003 recibe radioterapia en el Hospital Gómez Ulla. Posteriormente continúa con revisiones periódicas y constantes pruebas diagnósticas por imagen en el Servicio de Otorrinolaringología al pautarse en noviembre de 2003 “*vigilancia estrecha*”. En septiembre de 2004 se le realiza bypass aorto-bifemoral por isquemia crónica grado IIB.

Según el informe del jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos el paciente fue revisado y explorado en ese servicio en marzo de 2005 “*sin encontrarse signos de recaída ganglionar ni aparición de tumor primario*”. Consta en la historia clínica examinada que el 8 de marzo de 2005 se realiza al paciente un TC de cuello-tórax-

abdomen-pelvis con contraste en el que no se aprecian cambios significativos con respecto al control previo ni se evidencian signos de recidiva ganglionar o local.

En consulta del Servicio de Otorrinolaringología en abril de 2005 el paciente refiere dolor laterocervical derecho y mandibular. A la exploración se evidencia úlcera en pelvis lingual y suelo de la boca de aspecto neoplásico con bordes elevados (más de 4 cm).

El 27 de abril de 2005 se lleva a cabo biopsia con resultado de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

En TC de cuello con contraste realizado el 11 de mayo de 2005 se aprecia imagen de realce mal definido en suelo de la boca del lado derecho con obliteración de la grasa entre los músculos. Se anota que este hallazgo no se veía en estudio previo por lo que habría que considerar masa en esa localización.

Tras la realización de preoperatorio, el 5 de julio de 2005 se procede a cirugía bajo anestesia general realizándose traqueotomía reglada. Se extirpa glándula submaxilar en bloque junto con glándula sublingual y hemilengua derecha (la pieza presenta una tumoración ulcerada que afecta a los 2/3 medios y anterior de hemilengua derecha sin traspasar la línea media incluyendo celda submaxilar y hemimandíbula derecha). El resultado de anatomía patológica es “*carcinoma epidermoide bien diferenciado de lengua con bordes aparentemente libres*”.

Durante el postoperatorio se produce dehiscencia de sutura quirúrgica por lo que el 29 de julio de 2005, bajo anestesia general, se realiza reavivación de borde lateral de lengua que se sutura al colgajo y borde de mucosa yugal que se sutura al colgajo y al suelo de la boca. A nivel cervical se reavivan bordes de dehiscencia quirúrgicos y sutura con seda.

El 26 de agosto de 2005 se realiza nuevo TC de cuello donde se observa extensa recidiva postquirúrgica con masa que infiltra la mandíbula y llega a la base de la lengua. En serie ósea realizada en esa misma fecha se aprecia lesión dudosa en placa lateral de cráneo más áreas de disminución de densidad ósea de difícil valoración en arco posterior de 10^a costilla y arco anterior de 6^a costilla. Ante imposibilidad de control quirúrgico de la enfermedad se pauta quimioterapia paliativa en el Servicio de Oncología. Durante el ingreso el paciente presenta fiebre persistente en posible relación con catéter Drum vía periférica, que es retirado.

El día 9 de septiembre de 2005 el paciente presenta fiebre de 39 °C. Se saca hemocultivo, y se pauta iniciar vancomicina más fluconazol si hay un nuevo pico febril. El paciente permanece estable hemodinámicamente.

A las 5:00 horas del día 10 de septiembre de 2005 el paciente presenta sangrado masivo a nivel del cuello. Se intentan medidas de compresión que no resultan eficaces por lo que se pauta hemoC. El cuadro clínico transcurre con gran rapidez siendo imposible controlar el sangrado por lo que el paciente fallece a las 5:10 horas. Se entrega certificado a la familia y se ofrece autopsia clínica que los familiares rechazan.

A los hechos anteriores les son de aplicación las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la*

Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por la reclamante en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad-, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

SEGUNDA.- La reclamación se ha presentado por la esposa del paciente fallecido, cuya relación de parentesco ha quedado debidamente acreditada en el expediente mediante la presentación de fotocopia del libro de familia. En el caso que nos ocupa, la legitimación que correspondería a la reclamante para dirigirse frente a la Administración sanitaria vendría del hecho de haberse irrogado a aquella un daño moral, como consecuencia del fallecimiento de su familiar, daño que es resarcible, compensable económicamente. Resulta pues evidente que la reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufre el daño moral causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del Hospital Clínico San Carlos integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará

“desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil («*actioni nondum natae, non prescribitur*»).

En el presente caso, el *dies a quo* es el 10 de septiembre de 2005, fecha en la que se produjo el fallecimiento del familiar de la reclamante, por lo que la reclamación presentada por A.R.H. el día 9 de septiembre de 2006 se habría formulado en plazo legal.

En la tramitación del procedimiento, se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. Igualmente se ha recabado y evacuado el informe de la Inspección Sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a la interesada, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

De todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter

esencial o que resulte imprescindible para resolver.

No obstante, se ha superado con creces el plazo de seis meses que para la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial establece el artículo 42 de la LRJ-PAC, en relación con el artículo 13 del RPRP. La superación del plazo previsto no dispensa a la Administración de la obligación de resolver (artículo 43.1 de la LRJ-PAC) ni, en consecuencia, a este Consejo Consultivo de emitir su dictamen preceptivo.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución de 1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

Además, en materia de daños causados como consecuencia de la prestación de asistencia sanitaria, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que *“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”*, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debiendo éste reunir además la condición de antijurídico.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante dirige su reproche a la Administración Sanitaria, concretamente al Hospital Clínico San Carlos, al que imputa un retraso en el diagnóstico de la patología que padecía su familiar (carcinoma epidermoide) así como un retraso en el tratamiento de la enfermedad una vez detectada. Como consecuencia de la no instauración de las medidas terapéuticas, a su juicio, adecuadas, la interesada culpa a los servicios médicos de una pérdida de oportunidad de haber recibido un tratamiento oncológico más temprano. Por tanto, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, bien por la falta de

realización de pruebas y utilización de recursos o bien por ser los médicos que atendieron al familiar de la reclamante incapaces de llegar al diagnóstico acertado con las pruebas practicadas. Se convierte en la cuestión central a examinar la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad, y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del esposo de la reclamante valoraron adecuadamente los síntomas y resultados de las pruebas realizadas.

Con relación a la pérdida de oportunidad, recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010, lo siguiente:

“Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad” ... se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización, por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias”.

En cuanto a los presupuestos para la aplicación de esta doctrina, el Tribunal Supremo, así en la Sentencia de 13 de julio de 2005, como en la de 12 de julio de 2007, expresa que *“para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación*

contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”.

En el caso que analizamos, todos los informes médicos que obran en el expediente, que no han sido contradichos por prueba alguna en contrario aportada por la reclamante, ponen de manifiesto la corrección en la asistencia sanitaria dispensada a A.P.E. en el Hospital Clínico San Carlos. En este punto es relevante el informe de la Inspección Sanitaria cuando concluye que *“a la vista de los datos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, no se aprecian signos de negligencia ni mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a A.P.E.”*. En el mismo sentido se manifiesta el dictamen médico pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud cuando concluye que en este caso *“no se objetiva datos de mala praxis ni de pérdida de oportunidad”*.

Con relación al primer reproche de la interesada, relativo al retraso en el diagnóstico de la patología que afectaba a su familiar, la historia clínica muestra que A.P.E. fue objeto de una vigilancia estrecha por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos, con revisiones periódicas tras la detección en junio de 2002 de metástasis cervical de carcinoma de origen desconocido y la realización de vaciamiento ganglionar radical derecho con radioterapia postoperatoria. Consta en el expediente examinado la realización de múltiples pruebas diagnósticas por imagen, una de ellas en marzo de 2005, fecha en la que la reclamante considera que debió detectarse la enfermedad que aquejaba a su esposo, si bien en la mencionada fecha, el TC realizado no muestra cambios significativos con respecto al control previo ni existen signos de recidiva ganglionar o local. Cabe considerar, por tanto, en virtud de la documentación examinada y los informes médicos que obran en el expediente que en la fecha señalada por la reclamante, como momento en que debió detectarse la patología de su esposo no existía un signo relevante que hiciera sospechar su existencia.

Según la documentación examinada es en abril de 2005 cuando el paciente refiere una sintomatología evidente, con dolor laterocervical derecho y mandibular y en la exploración se evidencia úlcera en pelvis lingual y suelo de la boca de aspecto neoplásico. En el TC realizado tras ese hallazgo, en mayo de 2005, ya sí se evidencia una masa que no se veía en el estudio previo. No cabe pues apreciar el retraso diagnóstico reprochado.

Por lo que se refiere al retraso en la realización de la intervención quirúrgica alegado por la interesada, la historia clínica revela que la sospecha de lesión neoplásica se produce en abril de 2005, y es confirmada a finales de mayo de ese mismo año tras la obtención de los resultados de las pruebas diagnósticas oportunas, consistentes en una biopsia, que se realiza el 26 de abril de 2005 y TC de cuello, realizado el 11 de mayo siguiente. Confirmada la patología, se efectúa estudio preoperatorio y el paciente es intervenido el 5 de julio de 2005. Todos los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar que no existe retraso en la instauración del tratamiento terapéutico adecuado. En este punto el informe del servicio médico implicado en el proceso asistencial de A.P.E. subraya lo siguiente:

“el tumor muestra evidencia a finales del mes de abril y es operado a principios del mes de julio. Entre las dos fechas se ha realizado un estudio radiológico, una biopsia y un estudio preoperatorio, estudios que lleva su tiempo interpretar para programar una cirugía de semejante envergadura, acompañados de la necesidad de coordinar el tratamiento de un tumor que requiere la intervención de cuatro servicios médicos (ORL, Radiología, Oncología médica y Oncología radioterápica) ”.

En el mismo sentido se manifiesta el dictamen médico pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud cuando señala que: *“toda cirugía y más de una región tan compleja como el cuello y el suelo de la boca precisa de un estudio previo que lleva un tiempo realizar”.* En parecidos términos se pronuncia la Inspección Sanitaria para

quien las fechas desde la sospecha de la patología hasta la realización de la intervención no pueden considerarse *“indicativas de retraso injustificado alguno en la asistencia prestada al paciente”*. En este sentido recalca que *“el tiempo desde la aparición de sintomatología hasta la intervención fue aproximadamente dos meses tiempo en el que el enfermo fue estudiado, diagnosticado y preparado para la intervención”*. En términos comparativos subraya que *“tiempo parecido (dos meses) fue también el transcurrido en el año 2002 entre el diagnóstico y la intervención, donde en junio se le diagnosticó metástasis cervical de carcinoma de origen desconocido y en septiembre de 2002 se realiza la intervención de vaciamiento ganglionar”*.

Finalmente, de los informes médicos que obran en el expediente, es posible colegir que no hubo pérdida de oportunidad en el caso del paciente que ahora examinamos, pues en este punto se subraya que estamos ante un tumor de un alto grado de mortalidad, cuyo mal pronóstico no se habría modificado de haberse instaurado de una manera más temprana el tratamiento terapéutico como demanda la reclamante. En este sentido el dictamen médico emitido a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud es ilustrativo sobre el pronóstico del paciente. Señala que la supervivencia a los 5 años de pacientes sometidos a cirugía por carcinoma de lengua es de alrededor del 33,4% y, según los estadios en la clasificación TNM, suele ser del 13,1% en el estadio 4 que era el del esposo de la reclamante en el momento de su detección. Además se lamenta de que alrededor del 75 % de las lesiones se diagnostican, dada la dificultad de su detección, con tumor de estadio T2 o superiores con compromiso frecuente de los linfáticos cervicales. Incide en que el pronóstico del paciente no habría variado si se hubiera adelantado la intervención quirúrgica debido al estadio diagnóstico de la enfermedad.

De todo lo dicho puede concluirse que la actuación de los servicios sanitarios durante la asistencia del paciente en el Hospital Clínico San Carlos fue conforme a la *lex artis*, practicándose las pruebas diagnósticas precisas en función de la sintomatología que presentaba A.P.E. No existe en

el caso examinado pérdida de oportunidad terapéutica, tomándose en consideración la totalidad de los informes médicos obrantes en el expediente, todos ellos conformes con la ausencia de mala praxis y de retraso diagnóstico y terapéutico. A la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, cabe concluir que la atención médica prestada al esposo de la reclamante fue constante y adecuada a la práctica médica de manera que el fatal desenlace no es imputable a la asistencia sanitaria dispensada, ni en el diagnóstico ni en el tratamiento de la patología, sino el resultado de una enfermedad de una gran agresividad.

En mérito a cuanto antecede solo cabe deducir que no concurren los requisitos precisos para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

A la vista de todo lo anterior, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial al no apreciarse el retraso de diagnóstico y de tratamiento alegado, así como tampoco la pérdida de oportunidad reprochada por la reclamante.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 3 de abril de 2013