

Oviedo, 28 de junio de 2018

ADMON. PRINCIPADO DE ASTURIAS
Res. Salida No. 2018020707012850
02/07/2018 10:06:13

N/Ref.: SGR/lag
Expte. R. Patrimonial: 2017/42
Perjudicado/a: [REDACTED]
Reclamante/s: La misma

Le comunicamos que, con fecha 28 de junio de 2018 el Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad ha dictado la siguiente

RESOLUCIÓN

Expediente de Responsabilidad Patrimonial núm. 2017/42
[REDACTED] (Perjudicada y reclamante)

Visto el expediente de responsabilidad patrimonial número **2017/42** seguido a instancia de doña [REDACTED] por los daños y perjuicios derivados de lo que considera una deficiente asistencia sanitaria prestada por Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En el procedimiento, iniciado a instancia de la interesada, se han apreciado los siguientes:

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.-

Con fecha 21/3/2017, tuvo entrada en la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña [REDACTED]

Expone que en marzo de 2014 fue diagnosticada de adenocarcinoma de colon invasivo de tipo mucosecretor en estadio cT4, cN1-2. El 7/4/2014 realizó tratamiento quimioterápico en el Hospital [REDACTED] (en adelante [REDACTED]). Tras la administración de tres ciclos, el 4/6/2014 se realiza una TAC que "muestra progresión de la masa tumoral". Comentado el caso con el Servicio de Cirugía General del Hospital [REDACTED] (en adelante [REDACTED]) que "considera irreseccable la tumoración" y la consideran "una paciente terminal sin opción quirúrgica susceptible únicamente de tratamiento paliativo".

La reclamante acude a la Clínica [REDACTED], cuyo Servicio de Cirugía general "considera reseccable la masa tumoral (...) al informar que mi tumor no mostraba signos de infiltración a nivel duodenal". El 29/9/2014 fue intervenida quirúrgicamente, realizándose "hemicolecotomía derecha abierta con anastomosis latero-lateral manual, siendo el diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo coloide de colon derecho, pT3 pN0 (0/30), con márgenes quirúrgicos libres, sin

fenómenos de invasión vascular o perineural”.

Refiere que a la fecha de presentación de la reclamación se ha conseguido “la remisión total de la enfermedad”. El 26/11/2014 acude a la consulta del Servicio de Oncología Médica del [REDACTED] que “no indica tratamiento quimioterápico complementario y se da el alta a la paciente (...)”.

Considera que “aunque es un hecho notorio que según las sociedades científicas la ‘curación’ del cáncer se produce a los 5 años, en tanto, es en ese momento en el que se entiende que ha existido ‘una remisión completa de la enfermedad’ y, por tanto, momento en el que se entenderían estabilizadas las lesiones, y por medio del presente escrito y dado que podemos entender que ha transcurrido el tiempo necesario para entender que la dicente se encuentra libre de la enfermedad interponemos reclamación patrimonial en aras de interrumpir la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial”.

Solicita una indemnización de 35.000 euros.

Segundo.-

Iniciado un procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial, al expediente se han incorporado, entre otros, los siguientes documentos:

- **Historias clínicas de la reclamante existentes en el [REDACTED] y en el [REDACTED].**
- **Informe del Director del AGC de Cirugía General del [REDACTED]** de fecha 20 de abril de 2017, en el que se señala que la paciente “acudió a consulta (...), con fecha 20-03-2014 con el diagnóstico de adenocarcinoma invasivo tipo mucosecretor a nivel de colon derecho, que se extiende desde ciego hasta flexura hepática, con signos evidentes de infiltración de pared grasa pericecal y en meso de colon derecho. Infiltración de estructuras de vecindad, no existiendo plano de clivaje entre la tumoración y tercera porción duodenal. (...) se comenta el caso con Oncología Médica y se decide tratamiento quimioterápico previo a tratamiento quirúrgico. (...). Se remiten informes de TAC y anatomía patológica a Oncología Médica. (...). En ningún momento se manifestó que la paciente fuera terminal y se le administrara tratamiento paliativo, manifestando que en el momento en que el tratamiento fuera efectivo, con reducción de masa tumoral, se le realizaría tratamiento quirúrgico. La paciente acude a consulta externa de cirugía con fecha 25 de septiembre 2014, seis meses después de la primera consulta y 2 meses después del inicio de 2ª línea de tratamiento quimioterápico, manifestando que acudió a la clínica [REDACTED] donde le propusieron intervención quirúrgica que aceptó. (...). La paciente acude a consulta externa de cirugía, aportando informe médico de la Clínica [REDACTED] (...)”.
- **Informe del Servicio de Oncología Médica del [REDACTED]**, de fecha 19 de abril de 2017, en el que se indica que “la paciente fue remitida por el Servicio de Cirugía General del [REDACTED], “siendo atendida en primera visita el 07-04-14 (...) recibió 3 ciclos de tratamiento quimioterápico neoadyuvante CAPOX”. En la TAC realizada el 04-06-14 “se objetivó progresión de la masa tumoral primaria de colon derecho. Por el contrario, se objetivó una reducción del tamaño de las adenopatías localizadas en mesocolon y se seguían visualizando pequeñas lesiones focales hepáticas, sugestivas de quistes. Se comentó el caso con el Dr. [REDACTED] (Servicio de Cirugía General del [REDACTED], que consideró irreseccable la tumoración, por lo que se colocó pick, y se inició la administración de tratamiento quimioterápico de 2ª línea, FOLFIRI, el 16-06-14. (...). La TC realizada el 25-08-14 confirma la progresión a

FOLFIRI: masa en colon descendente y ángulo hepático, que ha aumentado de tamaño. Dicha masa comprime estructuras vecinas sin plano de divaje, aunque sin poder asegurar infiltración de las mismas. (...). Ha consultado en el Servicio de Cirugía General de la Clínica [REDACTED] aconsejándole realizar tratamiento quirúrgico. Le indico a la paciente (que) contraste opiniones consultando, de nuevo, con el Dr. [REDACTED] en el Servicio de Cirugía General del [REDACTED]. El 12/09/2014 "acude la paciente con muy buen estado general y aporta copia de un informe de la Clínica [REDACTED], (...). En el mismo, se describe la práctica de hemicolectomía derecha, el día 29-09-14. El informe patológico confirmó la presencia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de tipo coloide, de colon derecho pT3, pN0 (30 ganglios linfáticos libres de tumor). No se indica tratamiento quimioterápico complementario y se le da el alta a la paciente en este Servicio".

Concluye el informe afirmando que "el Servicio de Cirugía General del hospital de referencia de la paciente desestimó el tratamiento quirúrgico, habiéndose evidenciado por los hallazgos intraoperatorios y por el informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica practicados en un centro privado, que fue incorrecta la consideración de irresecabilidad de la tumoración (...). No obstante, esta valoración se sabe ahora errónea, pero fue realizada de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen que informaban de una gran extensión de la neoplasia y que podía acarrear a la paciente una laparotomía en blanco y una mayor morbi-mortalidad".

- **Informe de los peritos de la compañía aseguradora**, de fecha 25 de agosto de 2017, en el que se establecen las siguientes conclusiones:
 1. La paciente acude al Servicio de Cirugía del [REDACTED] tras el diagnóstico de adenocarcinoma de colon en el contexto del estudio de una anemia por parte de MI. Se realiza un TAC para estudio de extensión en el que se observa una tumoración grande en ciego-colon derecho con adenopatías patológicas y posible invasión duodenal. Se clasifica como estadio C de Dukes, T4N1-M0. Estadio IIIc. Ante esa situación la neoadyuvancia es absolutamente correcta.
 2. Tras una nueva evaluación de la paciente por parte de Oncología del [REDACTED] se aprecia progresión de la enfermedad con disminución de las adenopatías, sin claro plano de divaje con el duodeno. En las pruebas de imagen se aprecia que la tumoración contacta con órganos vecinos, pero no se aprecia claramente que exista invasión de los mismos. La indicación de persistir con la neoadyuvancia y una segunda línea de QT con FOLFIRI, para luego evaluar de nuevo la cirugía, se puede considerar correcta, esta segunda línea de tratamiento no es en absoluto paliativa.
 3. La paciente decide abandonar los Servicios de la Sanidad Pública y acudir a la [REDACTED] en donde en septiembre de 2014 le realizan un TAC en el que se descarta invasión del duodeno aunque no del todo puesto que en la CE de cirugía le advierten que es posible que en la cirugía pudiera existir invasión de órganos vecinos lo que haría la intervención más extensa.
 4. Días después acude a Oncología del [REDACTED] en donde manifiesta su intención de ser tratada en la [REDACTED]. En Oncología le recomiendan que contraste opiniones con el Servicio de Cirugía del [REDACTED].
 5. No existe constancia documental de que la paciente acudiera a la CGD en esas fechas. No existe constancia de que se la considerara a la paciente como terminal y que solamente se podría realizar tratamiento paliativo. Hay que considerar que la neoadyuvancia que estaba recibiendo en ningún caso era un tratamiento paliativo.

6. Es intervenida en la [REDACTED] realizándole una hemicolectomía abierta con anastomosis manual, no existía invasión del duodeno. La AP confirma el diagnóstico y de la pieza se analizan 30 ganglios linfáticos todos ellos sin evidencia de la enfermedad. Se trataría tras neoadyuvancia y cirugía de un estadio IIA, por lo que no haría falta QT posterior.
7. De acuerdo con estos resultados hay que considerar que el tratamiento con QT realizado en el HUCA fue eficaz, negativizando los ganglios, considerados tumorales tanto en los TAC del [REDACTED] como en la [REDACTED]
8. De acuerdo con la AP se trataría de un grado IIA con un índice de recidiva local del 2% y una supervivencia de 60-80% a los 5 años.
9. Tras las revisiones realizadas en la [REDACTED] hasta los 2 años, la paciente está libre de enfermedad.
10. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales en el [REDACTED] y en el [REDACTED] lo hicieron de manera correcta".

Tercero.-

Evacuado el preceptivo trámite de audiencia, con fecha 06/02/2018, la reclamante presenta el escrito de alegaciones en el que se ratifica íntegramente en el escrito inicial de reclamación. En apoyo de sus argumentos, adjunta copia de una sentencia "firme" del Juzgado de lo Social Núm. 1 de los de Oviedo (Autos 439/2017), en la que se estima parcialmente la solicitud de reintegro de gastos de la interesada y condena al Servicio de Salud del Principado de Asturias al pago de la cantidad de "dieciséis mil novecientos cincuenta y tres euros con noventa y seis céntimos (16.953,96 euros) en concepto de gastos médicos y de alojamiento abonados por la demandante" y que, en el apartado de "hechos probados", se hace constar que "por parte de la sanidad pública se había descartado la intervención quirúrgica, pautando, inicialmente tratamiento paliativo ante el aumento progresivo de la masa tumoral (...), por lo que nos encontramos ante una urgencia vital. (...). La paciente no acudió a la medicina privada por iniciativa propia sino que, ante la imposibilidad de tratarla dentro de la sanidad pública, intenta buscar una segunda opinión, poniéndolo siempre en conocimiento del especialista del Hospital Central de Asturias que la estaba tratando, quien le recomienda que contraste la posibilidad quirúrgica que se le había ofrecido en la Clínica de [REDACTED] con el Dr. [REDACTED] que la estaba tratando, lo que así hizo, pues así consta en su historia clínica, limitándose el doctor a consignar en la historia clínica que había aumentado la masa, que acudió a la Clínica de Navarra donde le ofrecieron intervención que aceptó. Es decir, la actora lo comunicó al mismo doctor que había considerado el tumor irreseccable y éste no varió ni modificó su opinión'. En el mismo sentido, en el informe emitido por el Servicio de Oncología Médica del [REDACTED] se aprecia que 'el Servicio de Cirugía del hospital de referencia de la paciente desestimó el tratamiento quirúrgico, habiéndose evidenciado (...) que fue incorrecta la consideración de la irreseccabilidad del tumor'; valoración que 'se sabe ahora errónea, pero fue realizada de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen'. Ciertamente, en el informe elaborado por el doctor que diagnosticó aquella 'irreseccabilidad' y en el librado a instancias de la compañía aseguradora se sugiere que el tratamiento de '2ª línea' dispensado no era paliativo, sino dirigido a la reducción de la masa tumoral con la finalidad de valorar después un abordaje quirúrgico, y en el emitido por el Servicio de Oncología Médica del [REDACTED] el 26 de noviembre de 2014 se constata que, a la luz".

Afirma la interesada que "no podemos compartir la alegación efectuada por la

representación de Zurich de que la reclamación haya sido efectuada fuera del plazo anual de forma extemporánea, en tanto, no puede tenerse en cuenta como diez a quo el día 5 de octubre de 2014 (fecha de alta hospitalaria tras intervención quirúrgica con intención curativa). Ello porque, su enfermedad no estaba estabilizada en tal fecha, pues existía la posibilidad de recidiva tumoral, razón por la cual no se ha dado el alta en la Clínica [REDACTED], pues existe la necesidad de establecer controles evolutivos de la enfermedad. (...). En el presente caso no es hasta el transcurso de los 3 años desde la intervención quirúrgica cuando 'existen indicios fundados de la curación de la misma' y, por lo tanto, podemos hacer una presunción de estabilización por (...) la aplicación de la normativa de prescripción al caso que nos ocupa supondría admitir que sería al hacer el año de haber efectuado la intervención quirúrgica cuando se encontrarían 'estabilizadas' las secuelas, en tanto, si la intervención quirúrgica con intención curativa tiene lugar en fecha 29 de septiembre de 2014, y, habiendo interpuesto la reclamación el 18 de marzo de 2017 es evidente que la reclamación es interpuesta dentro del plazo legalmente establecido"

Cuarto.-

Con fecha 19 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formuló propuesta de resolución en sentido desestimatorio por considerar que "la negativa del servicio público sanitario a intervenir a la paciente, determinó que esta solicitase una segunda opinión en la Clínica [REDACTED] donde posteriormente sería intervenida con éxito, ya que fue dada de alta por el Servicio de Oncología Médica del [REDACTED]. No obstante lo anterior, no procede indemnizar en cantidad alguna a la reclamante toda vez que ya le han sido abonados los gastos en la medicina privada y los desplazamientos".

Quinto.-

Remitido el expediente al Consejo Consultivo del Principado de Asturias, con fecha 7 de junio de 2018, emite su dictamen en el que se indica que "En el supuesto planteado se evidencia que el diagnóstico de irreseabilidad del tumor -en junio de 2014- era erróneo y condujo a la paciente a la medicina privada, que acertadamente -en septiembre de 2014- lo estimó susceptible de abordaje quirúrgico curativo. Así en la sentencia estimatoria de la pretensión de reembolso se concluye, a la vista de la historia clínica, que 'consta que en la sanidad pública se había desahuciado a la actora, no dándosele ninguna posibilidad de tratamiento, salvo el paliativo', y que 'tampoco existió abandono de la sanidad pública', pues la paciente tomo la decisión ante el 'resultado no efectivo' del segundo ciclo de quimioterapia, 'poniéndolo siempre en conocimiento del especialista' del [REDACTED] 'quien le recomienda que contraste la posibilidad quirúrgica que se le había ofrecido' con el doctor que 'la estaba tratando, lo que así hizo (...), limitándose el doctor a consignar en la historia que había aumentado la masa, que acudió a la Clínica [REDACTED] donde le ofrecieron intervención que aceptó. Es decir, la actora lo comunicó al mismo doctor que había considerado el tumor irreseable y este no varió ni modificó su opinión'. En el mismo sentido, en el informe emitido por el Servicio de Oncología Médica del [REDACTED] se aprecia que 'el servicio de Cirugía del hospital de referencia de la paciente desestimó el tratamiento quirúrgico, habiéndose evidenciado (...) que fue incorrecta la consideración de irreseabilidad de la tumoración', valoración que 'se sabe ahora errónea, pero fue realizada de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen'. Ciertamente, en el informe elaborado por el doctor que diagnosticó aquella 'irreseabilidad' y en el librado a instancias de la compañía aseguradora se sugiere que el tratamiento de '2ª línea' dispensado no era paliativo, sino dirigido a la reducción de la masa con la finalidad de valorar después un abordaje quirúrgico, y en el emitido por el Servicio de Oncología Médica del [REDACTED] el 26 de noviembre de 2014 se constata que, a la luz de 'la TC realizada el 25-08-14', la masa tumoral 'comprime estructuras vecinas sin plano de clivaje, aunque sin poder asegurar

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General
de Política Sanitaria

infiltración en las mismas', por lo que 'se solicita estudio de mutación', pero, también se aprecia que el tumor 'ha aumentado de tamaño', que cuando la paciente comunica -el 12 de septiembre de 2014- su intención de acudir a la medicina privada el 'estudio de mutación' que podría alterar el diagnóstico de la sanidad pública aún no está disponible y que cuando contrasta su decisión en el [REDACTED] -el 25 de septiembre, dos meses después del inicio de la 2ª línea de tratamiento quimioterápico- el doctor que la atiende tampoco modifica su anterior valoración. Constando con nitidez en el informe del servicio de Oncología Médica del [REDACTED] de 1 de julio de 2014 que el referido doctor 'considera irresecable la tumoración', y que las pruebas de imagen revelan un aumento de la masa tumoral que reduce las probabilidades de supervivencia en tanto no se aborde mediante la cirugía que la sanidad pública deniega o posterga, debe concluirse que en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico desacertado y el alta en la clínica privada tras la intervención exitosa se coloca a la paciente en una situación de zozobra o desasosiego que ha de causarle unos padecimientos resarcibles".

Continúa el dictamen señalando que "Ahora bien, el mero error diagnóstico no entraña *per se* una vulneración de la *lex artis* sin perjuicio de que deba la Administración probar que se emplearon los medios adecuados con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. En el caso examinado consta que aquel juicio se forma, en junio de 2014, 'de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen'. Aunque se objetiva después que con ellas no se alcanza a 'asegurar infiltración', e incluso que en las realizadas en la medicina privada no se descarta totalmente 'Invasión de órganos vecinos, lo que haría la intervención más extensa'. En este contexto, y ante el desarrollo de la masa tumoral que reclama una respuesta urgente, el servicio público -que había deducido un diagnóstico terminal de una pruebas imprecisas- se limita a solicitar un 'estudio de mutación' cuyos resultados se retardan postergando injustificadamente el abordaje efectivo de la patología, por lo que se aprecia tras el fatal diagnóstico no se dispensa a la perjudicada un tratamiento adecuado, con infracción de la *lex artis ad hoc*. Advertido esto, se repara en que el daño cuyo resarcimiento se impetra es el *pretium doloris* derivado de la percepción de la enferma de hallarse en fase terminal, lo que ha de provocarle un cuadro de angustia o desazón de una entidad reseñable que se prolonga hasta el momento en que, a resultas de su propia iniciativa, obtiene un juicio favorable acerca de su evolución clínica. Reconocida la dificultad de valorar ese daño moral, debe ponderarse que el padecimiento se anuda a la actitud omisiva del servicio público no puede imputarse liviano cuando la paciente se enfrenta a un diagnóstico demoledor, en el curso de una patología cuyo abordaje se pospone mientras el tumor avanza con riesgo para su vida. En consideración a estas circunstancias, unidas a la necesidad de reconocer la inadecuación del tratamiento dispensado, se estima que el perjuicio descrito merece un resarcimiento de diez mil euros (10.000 €)".

Concluye el dictamen afirmando que "en mérito a lo expuesto, (...) dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a doña [REDACTED] en los términos expuestos en el presente dictamen".

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.-

En materia objeto del presente expediente viene determinada la competencia en el Estatuto de Autonomía para Asturias, la Ley 6/1984, de 5 de julio, del Presidente y del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, la Ley 8/1991, de 30 de julio, de la Organización de la Administración del Principado de Asturias, la Ley 2/1995, de 13 de

marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias y el Decreto 67/2015, de 13 de agosto, por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Segundo.-

En la tramitación del expediente se han seguido las prescripciones previstas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Tercero.-

El apartado 1 del artículo 34 de la mencionada Ley 40/2015, establece que "sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquellos, todo 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que no haya transcurrido el plazo de prescripción; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

Es criterio reiterado de la jurisprudencia y la doctrina del Consejo Consultivo del Principado de Asturias que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no pueden imputarse sin más a la Administración sanitaria la falta de curación del paciente en un plazo determinado siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico utilizado para efectuar este juicio imprescindible responde a lo que se conoce como *lex artis*. Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiéndose por tal "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991). En materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada de asistencia médica, se considera que las conductas conformes a *lex artis*, o rompen el nexo causal porque no hay relación entre actuación médica y el daño, o bien este no es antijurídico y por tanto no ha lugar a la existencia de una responsabilidad. También es reiterado el criterio jurisprudencial de que para estimar las reclamaciones de indemnización

por daños derivados de intervenciones médicas o quirúrgicas, no resulta suficiente con que la existencia de la lesión se derive de la atención de los servicios sanitarios, pues ello llevaría a configurar la responsabilidad administrativa en estos casos de forma tan amplia y contraria a los principios que la sustentan que supondría una desnaturalización de la institución. Esta doctrina exige acudir a la citada *lex artis* como parámetro, de modo que tan sólo en caso de infracción de ésta cabría imputar a la Administración la responsabilidad por los perjuicios causados.

En el presente caso, según señala el Consejo Consultivo del Principado de Asturias, "ante el desarrollo de la masa tumoral que reclama una respuesta urgente, el servicio público -que había deducido un diagnóstico terminal de una pruebas imprecisas- se limita a solicitar un 'estudio de mutación' cuyos resultados se retardan postergando injustificadamente el abordaje efectivo de la patología, por lo que se aprecia tras el fatal diagnóstico no se dispensa a la perjudicada un tratamiento adecuado, con infracción de la *lex artis ad hoc*".

Vistos los antecedentes referenciados, de conformidad con lo previsto en el artículo 88 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y de acuerdo con el Consejo Consultivo del Principado de Asturias, vengo a dictar la siguiente

RESOLUCIÓN

Primero.-

ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación presentada y, consecuencia, proceder a indemnizar doña [REDACTED] en la cantidad de 10.000 euros.

Segundo.-

La presente resolución pone fin a la vía administrativa y contra la misma cabe interponer recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal superior de Justicia del Principado de Asturias en el plazo de dos meses, contados desde el día siguiente a su notificación, sin perjuicio de la posibilidad de previa interposición del recurso potestativo de reposición ante el mismo órgano que dictó el acto, en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su notificación, no pudiendo simultanearse ambos recursos, conforme a lo establecido en el artículo 28 de la Ley 2/1995, de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias, y en el artículo 123 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.



EL COORDINADOR DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL
Y REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Fdo: [REDACTED]