

Expediente Núm. 263/2009
Dictamen Núm. 135/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de junio de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de abril de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia recibida en la red sanitaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 17 de abril de 2008, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada en la red sanitaria pública.

La reclamante inicia su escrito refiriendo que acude por primera vez al facultativo de Atención Primaria “el día 2 de junio de 2003 (...) por dolor en la espalda, siéndome diagnosticada simple contractura interescapular por

esfuerzo"; que le recetan analgésicos, y que, al no experimentar mejoría alguna, vuelve en varias ocasiones a lo largo del mismo mes "sin que se practicasen otras pruebas ni se revisase el diagnóstico, evidentemente erróneo, como a la larga se demostró". Desde esa fecha "fui aguantado los meses siguientes", paliando los dolores "con el ligero alivio que las pastillas e inyecciones me deparaban". Cuando los dolores se hacen "insoportables", el 24 de mayo de 2004, acude "a consulta por Urgencias", siendo entonces el diagnóstico de "espondilolistesis lumbar con dolor en dicha región, irradiado por piernas hasta las rodillas y hacia el abdomen". Ante la persistencia de los dolores consulta nuevamente en el centro de salud de referencia los días 7, 8, 9, 10 y 11 de junio, prescribiéndosele calor y un nuevo inyectable, que recibe "en su domicilio los días 6, 7, 8 y 9 de julio" de 2004, al resultarle imposible acudir al centro de salud. Su estado empeora, y el "día 30 de julio de 2004 es ya grave la pérdida de fuerza simétrica y progresiva en ambas extremidades inferiores", lo que, según indica la interesada, recoge su médico de cabecera en el informe de esa fecha, en el que se hace constar, "pese al origen tumoral de todos mis síntomas -luego hallado en Oviedo- y a su curso progresivo (...), importante componente funcional", remitiéndola a la consulta de Neurología "por primera vez".

Menciona, a continuación, diversas consultas al Servicio de Traumatología del Hospital "X", el día 13 de agosto de 2004, donde se le prescribe "calor, masajes, comprimidos y miorrelejante inyectable"; a Urgencias del Hospital "Y", el 3 de septiembre de 2004, en el que le aprecian contractura muscular importante y le pautan un tratamiento antiinflamatorio a altas dosis inyectables"; a Neurología, el 7 de septiembre de 2004, fecha en la que los dolores e impotencia le impiden acudir a inyectarse, recibiendo la dosis en su domicilio, y asistencia domiciliaria, el 15 de septiembre de 2006 (*sic*), reflejando el médico en su informe "pérdida de fuerza progresiva desde hace un año, que relaciono con un golpe con el coche por detrás. Desde hace 4 meses dificultad para caminar. Expone que acudió a Urgencias" del Hospital "Y", donde le diagnostican "ciatalgia" y le prescriben "diferentes (tratamientos)

antiinflamatorios”, presentando “espasticidad, Babynsky bilateral (y) sensibilidad conservada. Le recomiendo acudir a Urgencias para valoración neurológica antes de la cita el 5 de octubre y no quiere”, aclarando la perjudicada en su reclamación que su negativa se debió a que le parecía “inadmisible que todavía pretendiesen someterme a nuevas dilaciones para 20 días después”, por lo que “acudí a buscar remedio al Hospital “X” (...), donde estuve internada desde el día 16 hasta el (...) 19 de septiembre de 2004”. El Servicio de Neurología de este hospital comprobó “colapso completo del cuerpo vertebral T8 con destrucción de ambos pedículos vertebrales e invasión del canal medular con compresión de la médula, que aparece desviada posteriormente y con alteración de la señal del parénquima. El colapso vertebral condiciona angulación aguda de la columna torácica con cifosis”, e inmediatamente se dispuso “mi remisión para cirugía al Servicio de Traumatología del Hospital “Y”, donde fui intervenida el día 30 de septiembre de 2004”, practicándoseme “descompresión quirúrgica del cordón medular mediante laminectomía bilateral D8 y fijación vertebral (artrodesis) metálica entre D6 y D9”. Señala la reclamante que “las características invasivas de mi lesión hicieron sospechar su etiología metastásica a causa de un proceso maligno, por lo que preoperatoriamente se me hicieron varias punciones para extracción de tejidos (...) en busca de un tumor primario”, no pudiendo realizarse el estudio “por insuficiencia del material obtenido, por lo que se llevó a cabo una extracción intraoperatoria de muestras, cuyo examen descartó el cáncer, confirmando como causa de la lisis vertebral un angioma (*sic*) vertebral, que se había ido extendiendo hasta la 8ª vértebra dorsal desde niveles superiores, para acabar destruyéndola”.

Añade que en el mes de abril de 2006 acude a Atención Primaria por dolor creciente y paresia en las piernas; que “tras varias consultas, pruebas y reconocimientos”, el día 10 de agosto de 2006 reingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital “Y”, que “previamente había comprobado el fracaso de la artrodesis hecha dos años antes”, siendo operada el 21 de ese mes “para retirar el sistema Hartsh ILL”, y que sufre nuevas operaciones quirúrgicas: el 27

de septiembre de 2006 para descomprimir la médula, lo que no se puede lograr; en marzo de 2007 se consuma dicha descompresión, y el 20 de abril de 2007 se le practica una toracotomía para “extirpación de D8 y estabilización anterior D7-D9 mediante implante de titanio con injertos óseos y osteosíntesis de placa”. Al darle de alta en Traumatología se informa por dicho Servicio que la paciente deberá permanecer en el Servicio de Rehabilitación “un largo periodo de tiempo para obtener el máximo posible de recuperación funcional. La situación neurológica continúa estacionaria, precisando silla de ruedas para desplazarse”.

El día 21 de diciembre de 2007 es dada de alta por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación”, que hace constar en su informe que se le adaptaron férulas posteriores para realizar bipedestación en gimnasio, no siendo posible la marcha, ni siquiera la terapéutica en paralelas (...). No controla esfínteres. La evolución neurológica se ha estacionado. Presenta una paraplejía de nivel sensitivo y motor D11 muy espástica (...), hipercifosis dorsal (...) y se ha prescrito silla de ruedas. Seguirá tratamiento ambulatorio en gimnasio”.

Sostiene la interesada que “desde la primavera de 2003 hasta el otoño de 2004 mi mal fue evolucionando a la vista de mi médica, sin que esta se percatase (...) de ello. Nunca (...) me prescribió pruebas adecuadas (...). Por el contrario, se limitó a analgésicos, miorrelajantes y antiinflamatorios, calor y masajes” y añade que “cuando la gravedad fue ya extrema, afectando a mi capacidad para andar, informé de un importante componente funcional”, a pesar de que la causa era “objetivamente orgánica y sus efectos de destrucción quedaron patentes en cuanto alguien puso atención”, poniéndose entonces de forma inmediata “cuantos medios eran indicados para su abordaje, que desgraciadamente resultaron inútiles a tales alturas de retraso indebido e incomprensible”.

Solicita una indemnización por importe de novecientos mil euros (900.000 €).

2. Mediante escritos de 28 de abril de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a las Gerencias del "Y" y del Hospital de "X" una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del facultativo responsable del proceso asistencial en el primer hospital.

Con esa misma fecha requiere a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria V un informe sobre el objeto de la reclamación.

3. Con fecha 5 de mayo de 2008, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el mismo.

4. El día 6 de mayo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 9 de mayo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto reitera a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria V la petición de informe del facultativo del centro de salud responsable de la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada.

6. El día 16 de mayo de 2008, el Secretario General del Hospital "Y" traslada al Servicio instructor los informes médicos que figuran en la historia clínica de la interesada, manifestando que "no es posible informar sobre el contenido de la reclamación por no haber recibido ninguna copia de la misma".

Adjunta, entre otra, la siguiente documentación: a) Informe del Área de Urgencias, de fecha 2 de septiembre de 2004. b) Informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital "X", de 23 de septiembre de 2004. c) Informe del Servicio de Traumatología, de fecha 23 de septiembre de 2004. d) Informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 21 de enero de 2005. e) Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología II, de 4 mayo de

2005. f) Informe del Servicio de Oncología Radioterápica, de 20 de octubre de 2006. g) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 8 de noviembre de 2006. h) Informe de alta del Servicio de Traumatología, de 18 de diciembre de 2006. i) Informe de alta del Servicio de Traumatología, de 18 de mayo de 2007. j) Informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 21 de diciembre de 2007. k) Informe del Servicio de Traumatología, de 15 de enero de 2008.

7. Mediante escrito de 20 de mayo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto reitera a la Gerencia del Hospital "Y" la emisión de un informe por parte del facultativo responsable del proceso asistencial.

8. Con esa misma fecha, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor la historia de la perjudicada obrante en el centro de salud al que está adscrita, así como el informe del facultativo que la atendió.

En el informe, suscrito el día 16 de mayo de 2008, se refiere que "el episodio (...) dio comienzo el 24-05-04 (...). El motivo de sus quejas era una lumbalgia irradiada a ambas extremidades, de características mecánicas, que fue tratada con calor, aines por vía intramuscular y analgésicos./ A los quince días la paciente refería ligera mejoría y quería aumentar la dosis de aines, por lo que le pauté (...) dosis de choque (...). Tras dos semanas más no notaba mejoría, por lo que cambiamos a inyectables con corticoides y complejo B1B6B12, más analgésicos./ El día 12-07-04 le pedí una Rx de raquis lumbar, que resultó normal, y mantuve la pauta de tratamiento con calor, masajes y relajantes musculares./ El día 20-07-04 pedí una interconsulta con Traumatología y como la paciente refería además pérdida de fuerza simétrica y progresiva en ambas EE.II. le pedí también con esa misma fecha consulta con Neurología./ El 13-08-04 acudió con el resultado de la consulta a Trauma, en la que se especificaba importante contractura a nivel dorso-lumbar y se pautaban calor, masajes, antiinflamatorios y relajantes musculares./ El 07-09-04 me enseña (...) un informe del Servicio de Urgencias de Oviedo (...), en el que se

describe de nuevo contractura muscular importante y se le pauta (tratamiento) con corticoides inyectables; pauta que iniciamos ese mismo día en nuestro centro de salud./ Pido de nuevo interconsulta con Neurología (no me consta si la paciente acudió a la anterior cita solicitada por mí en el mes de julio) y me la dan para el (...) 05-10-04./ Acude un compañero a verla a domicilio el 15-09-04, que constata su dificultad para caminar y cierta espasticidad, por lo que le recomienda (que) acuda a Urgencias para valoración neurológica sin esperar a la fecha prevista de consulta. La paciente no quiere./ El 18-10-04 me informan de que la paciente ha sido intervenida en Oviedo y sigue aún ingresada. Posteriormente me indican que fue intervenida el 30-09-04 tras una consulta con (...) Neurología en la que se evidenció algún problema de compresión medular a nivel D8./ Estuvo haciendo rehabilitación en Oviedo, por lo que acudió la familia para petición de transporte sanitario el 14-04-2005./ No tuve más información sobre la paciente hasta el 27-12-07, en que acudió su hija” a la consulta y me “informó de que su madre tuvo un hemangioma cavernoso a nivel D9, que tuvo que ser reintervenido en el 2007, estando (...) en el momento actual con paraplejia e incontinencia de esfínteres, precisando silla de ruedas para su traslado”.

9. Con fecha 23 de junio de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “del análisis de la reclamación cabe extraer que su fundamento estriba en una genérica vinculación de las gravísimas secuelas que padece a la deficiente asistencia médica que le fue proporcionada por la sanidad pública”. Sin embargo, “en absoluto se visualiza mala praxis en el proceso asistencial”, pues el cuadro clínico, “de extremada severidad y de difícil diagnóstico, fue encauzado en tiempo correcto, seguido, tratado y practicada cirugía en varias ocasiones, como primera opción”, y las secuelas que presenta “guardan relación con el hemangioma cavernoso padecido, que infiltraba (la) médula espinal”. Su proceso, a la vista de la sintomatología que presentaba, “fue enfocado al principio como contractura

mecánica (influyendo en este diagnóstico el antecedente de (un) accidente de tráfico sufrido con lesiones a nivel de espalda), iniciándose un estudio radiográfico de raquis lumbar con resultado (...) normal, por lo que siguió tratamiento similar al instaurado en principio, y a base de calor, antiinflamatorios y analgésicos, sumando luego masajes y relajantes musculares, al ser el síntoma más intenso referido las contracturas y espasmos locales". Además, la perjudicada "fue enviada a la medicina especializada a los dos meses de la primera sintomatología apreciada y consultada", por lo que no se evidencia "negligencia, mala praxis, ni asistencia sanitaria defectuosa"; tampoco "hubo demora o error en el diagnóstico", si bien al principio presentó "dificultad diagnóstica". Concluye el informe que "el lamentable y fatal desenlace no es producto de una deficiente asistencia sanitaria, sino más bien de la extraordinaria severidad del proceso sufrido, y que debido a la inespecificidad del cuadro clínico en el primer y segundo mes se detectó algo más tarde, pero siendo las posibilidades terapéuticas las mismas".

10. Mediante escritos de 26 de junio de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

11. Con fecha 25 de octubre de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Neurocirugía. En él se concluye que no se han "evidenciado actuaciones médicas negligentes o constitutivas de mala praxis (...). Previamente a la aparición de pérdida de fuerzas la sintomatología exclusiva de dolor no indicaba de forma absoluta la realización de RM de columna (...). Al referir por primera vez sensación de pérdida de fuerzas en miembros la paciente fue remitida por el médico de cabecera a la consulta de Neurología (...), lo que nos parece correcto. La paciente no acudió a esta consulta y en su lugar fue a una de medicina alternativa, en donde fue tratada con acupuntura y tracciones, empeorando su cuadro clínico (...). Hay un periodo de un mes y medio desde el

comienzo de los síntomas de pérdida de fuerzas hasta el diagnóstico, motivado por la inasistencia de la enferma a la consulta de Neurología, en el que la paciente fue valorada por Traumatología y en Urgencias del (Hospital "Y") sin que se haya diagnosticado ninguna focalidad neurológica (...). La primera evidencia documental de exploración neurológica con focalidad es del facultativo que (la) atendió (...) en su domicilio el día 15-09-04. Entonces se remitió a Urgencias del hospital de forma inmediata, lo cual era lo correcto (...). Debido a las numerosas intervenciones fallidas realizadas a la paciente, que han determinado en gran medida el pronóstico final de su enfermedad, no puede demostrarse en este caso una relación causal directa del intervalo de demora en el diagnóstico de su lesión con las secuelas sufridas finalmente".

12. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 6 de febrero de 2009, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

13. Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, con fecha 31 de marzo de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se afirma que "no se evidencian actuaciones médicas negligentes o constitutivas de mala praxis a lo largo del proceso asistencial./ Previamente a la aparición de pérdida de fuerzas, la sintomatología exclusiva de dolor no indicaba de forma absoluta la realización de resonancia magnética de columna./ Al referir por primera vez la sensación de pérdida de fuerzas en miembros (...) fue remitida por su médico de cabecera a consulta en Neurología, no acudiendo la paciente" a la cita y sí "a la medicina alternativa, donde fue tratada con acupuntura y tracciones que empeoraron su cuadro clínico./ Desde la aparición de síntomas específicos hasta el diagnóstico sólo hay un periodo de mes y medio, siendo valorada por Traumatología y Urgencias del (Hospital "Y"), no encontrando focalidad neurológica./ La primera evidencia de esta fue el 15 de septiembre de 2004, cuando fue explorada en su domicilio

por (el) médico de Atención Primaria, que la remitió de forma inmediata al Servicio de Urgencias del hospital./ Debido a la complejidad del proceso sufrido, las múltiples intervenciones realizadas, unas fallidas (y) otras no, no puede demostrarse una realación causal directa del intervalo de demora en el diagnóstico de su lesión con las secuelas finalmente sufridas”, por lo que propone desestimar la reclamación presentada.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de abril de 2009, registrado de entrada el día 4 de mayo del mismo año, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 17 de abril de 2008, habiendo quedado fijadas definitivamente las secuelas en el informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de fecha 21 de diciembre de 2007, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 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 producción de aquéllos, 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.- La reclamante interesa una indemnización por el “estado de miseria fisiológica” en que se encuentra y por las secuelas derivadas “de los duros y prolongados sufrimientos padecidos durante los últimos casi cinco años, todo ello a causa de las desatenciones, negligencias y errores cometidos por la sanidad pública”.

Sostiene que las actuaciones de los profesionales de Atención Primaria, singularmente de la médica de adscripción, demoraron el diagnóstico del tumor que padecía, pues entiende que durante su “larga historia de visitas al facultativo de Atención Primaria y a los Servicios de Urgencias” acaecieron “errores y dilaciones indebidas” que “promovieron los ulteriores desastres derivados de la evolución que (...) experimentó (su) mal -seguramente conjurable mediante el adecuado diagnóstico a (...) tiempo y la consiguiente intervención, que entonces habría sido oportuna y eficaz, al menos para conservarme con la capacidad autónoma que a la sazón tenía-”.

La realidad de las graves secuelas relacionadas con el tumor padecido por la perjudicada ha quedado acreditada con la documentación que integra la historia clínica de la misma obrante en los centros hospitalarios públicos en que fue atendida, con independencia de la cuantificación o valoración económica que deba efectuarse en caso de estimar la pretensión ejercida.

Probada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos.

Por tanto, 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.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada al paciente, sino también en la de diagnóstico, sin que ello comporte el derecho de este a que se le proporcione un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas para su determinación. En estos supuestos la

declaración de responsabilidad se vincula a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente tiene derecho a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

La interesada considera en su reclamación que existió demora en el diagnóstico correcto de la gravedad del cuadro que presentaba (hemangioma cavernoso), confirmado el día 30 de septiembre de 2004, tras la primera intervención quirúrgica que se le practicó, a pesar de que, según afirma, venía siendo atendida desde el año 2003 por el padecimiento de diversos dolores en la espalda.

Así, señala que “desde la primavera de 2003 hasta el otoño de 2004 mi mal fue evolucionando a la vista de mi médica, sin que esta se percatase siquiera de ello”, reiterando a lo largo de su escrito de reclamación la imputación concreta de los males que padece a los servicios de Atención Primaria, sin cuestionar la atención recibida en los diferentes centros hospitalarios durante el largo proceso que se inició a partir del 16 de septiembre de 2004.

Pese a que la prueba del nexo causal esgrimido incumbe a la reclamante, esta se limita en su solicitud a exponer los hechos, sin desarrollar actividad probatoria alguna, ni efectuar tampoco ninguna alegación durante el trámite de audiencia, por lo que este Consejo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, la cual no ha sido discutida.

A la luz de la misma, conviene precisar tres aspectos relativos a la acreditación de los hechos que son relevantes para la determinación del nexo causal, ya que existen ciertas divergencias entre el relato que efectúa la perjudicada y el que resulta de los distintos informes que se encuentran integrados en el expediente. El primero de ellos se refiere al periodo durante el

cual se desarrolla la asistencia cuestionada por la paciente; el segundo, a su remisión a los servicios hospitalarios especializados a fin de realizar las pruebas oportunas una vez que aparece la sintomatología indicativa de la posible existencia de un tumor, y el tercero, a la constancia del conocimiento por el sector público sanitario de la antigüedad de esa sintomatología.

Atendiendo a los elementos de juicio disponibles, debe entenderse que la atención sanitaria objeto de valoración a fin de determinar el respeto de la *lex artis* se inicia a raíz de la prestada el día 24 de mayo de 2004, y no en el mes de junio de 2003. Durante ese periodo de once meses, comprendido entre el último episodio de "dolor de espalda", diagnosticado como "contractura interescapular", y el del mes de mayo de 2004, la paciente, según se deduce de su declaración y de la documentación obrante en el expediente, no requiere asistencia en Atención Primaria por dicho motivo, y ello a pesar de que estima que este tiempo es crucial para la emisión del diagnóstico, pues, a tenor de su relato, durante el mismo "el mal fue evolucionando a la vista de mi médica, sin que esta se percatase (...), pese a la agravación gradual y continua que experimentaba". Tampoco consta en el expediente referencia alguna a la atención sanitaria que, sin duda, debió recibir con ocasión del accidente de circulación que tuvo lugar durante aquel periodo (septiembre u octubre de 2003) y que "produjo un traumatismo en la columna", según se refleja en el informe del Servicio de Neurología.

Los distintos informes emitidos ponen de relieve que el cuadro clínico padecido era "de extremada severidad y de difícil diagnóstico", y que su sintomatología "varía (...), al igual que las complicaciones, en función de su localización y tamaño", concluyendo que la praxis fue correcta desde el momento inicial y que el tratamiento prescrito en la primera asistencia, la del 24 de mayo de 2004 se ajustaba a la sintomatología que presentaba la paciente y a sus antecedentes (entre los que destaca el citado accidente). Pese a la complejidad de la patología subyacente, la presencia de debilidad en las extremidades -uno de los síntomas neurológicos con los que el hemangioma cavernoso puede debutar, junto a otros no manifestados por la perjudicada,

tales como “problemas de equilibrio, de memoria o concentración, de jaquecas, y posibilidad de ataques epilépticos, todo asociado a la parte del cerebro o médula espinal afectada por el angioma cavernoso”-, origina la inmediata derivación al Servicio especializado, el de Neurología, con carácter preferente, como reconoce la propia reclamante, además de la petición de consulta en el de Traumatología.

Ahora bien, a la vista de la información disponible, no puede precisarse la materialización de esa remisión al Servicio de Neurología, pues, si bien consta la existencia de una “cita programada” en el mencionado Servicio para el día 10 de agosto de 2004, la paciente “falló”, desconociéndose los motivos de dicha ausencia, es decir, si esta fue voluntaria o la cita fue cancelada “por problemas de lista de espera”, como recoge el informe técnico de evaluación. No obstante, la determinación de este extremo no resulta imprescindible, ya que todos los informes incorporados al expediente sostienen que el diagnóstico y el tratamiento al que finalmente hubo de ser sometida la paciente habrían sido idénticos aunque aquel se hubiese alcanzado con antelación; aspecto este que será abordado con posterioridad con un mayor detenimiento.

Previamente, debemos examinar otro elemento en el que la perjudicada apoya en parte su argumentación sobre la existencia de nexo causal: el relativo a la antigüedad de los síntomas neurológicos característicos de la existencia de un tumor del tipo del detectado. En relación con ello, sostiene que en la atención domiciliar prestada el día 15 de septiembre de 2004 un médico distinto a la de cabecera consigna en su historia “pérdida de fuerza progresiva desde hace un año, que relaciono con un golpe con el coche por detrás. Desde hace cuatro meses dificultad para caminar”, recomendándole, además, acudir a Urgencias de forma inmediata para valoración neurológica. Sin embargo, no ha quedado acreditado en el expediente que hubiese manifestado estos síntomas a su médico de adscripción con anterioridad al 30 de julio de 2004; en cambio, sí se deduce del examen del mismo que la pérdida de fuerza en las piernas es tenida en cuenta por los facultativos intervinientes en esta fase del proceso y

que, en cuanto primer síntoma asociado a un eventual tumor, fue objeto de una adecuada respuesta en ese momento.

Al margen de lo anterior, para que este Consejo pudiera reconocer relevancia jurídica a un posible retraso diagnóstico habría que acreditar que aquel ha influido en alguna medida en el curso de la enfermedad, empeorando, en esencia, sus posibilidades de tratamiento y curación. Al respecto resulta concluyente el informe técnico de evaluación, que afirma que “el cuadro clínico (...) fue encauzado en tiempo correcto, seguido, tratado y practicada cirugía en varias ocasiones, como primera opción”, añadiendo que “el lamentable y fatal desenlace no es producto de una deficiente asistencia sanitaria, sino más bien de la extraordinaria severidad del proceso sufrido, y que, debido a la inespecificidad del cuadro clínico en el primer y segundo mes, se detectó algo más tarde, pero siendo las posibilidades terapéuticas las mismas”. En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido por los especialistas en Neurocirugía al estimar, “en cuanto a las secuelas definitivas de la paciente”, que “resulta imposible determinar el grado de causalidad que ha supuesto (el) intervalo de un mes y medio entre el inicio de la pérdida de fuerza y su diagnóstico definitivo”, asociándolas sobre todo “a la imposibilidad de resección de la masa tumoral en las primeras intervenciones” y al “fracaso de la primera instrumentación de la columna (...), que también ha contribuido a la imposibilidad de recuperación medular”.

En definitiva, este Consejo entiende que no ha quedado probado que el daño alegado por la interesada fuese consecuencia de un retraso en el diagnóstico de su enfermedad. Desde la aparición de los primeros síntomas significativos, y durante la evolución del proceso tumoral, la actuación de los diferentes profesionales sanitarios que la asistieron, y singularmente la de los de Atención Primaria, a quienes reiteradamente responsabiliza de la eventual demora, se ajustó a la *lex artis ad hoc*, como destacan todos los informes obrantes en el expediente, aplicándose en cada momento los medios diagnósticos y terapéuticos acordes a la patología que presentaba la enferma. Por tanto, no cabe atribuir, como pretende la reclamante, a la falta de un

diagnóstico precoz -carencia debida a un funcionamiento a su juicio defectuoso del servicio público de salud- el desarrollo del tumor y la gravedad de sus secuelas.

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,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.