

Expediente Núm. 426/2009
Dictamen Núm. 275/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
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 18 de noviembre 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 16 de noviembre de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños que atribuye al funcionamiento del servicio público de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 22 de julio de 2008, se presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, por daños atribuidos al funcionamiento del servicio público de salud.

El reclamante refiere que “a finales del año 2006 (...) comienza a padecer un dolor lumbar extendido por la pierna hasta la planta del pie derecho”; que acude “por primera vez” al Servicio de Traumatología del

Hospital en el mes de enero de 2007, donde se le diagnostica “una posible hernia discal en el lado izquierdo y le recomienda un tratamiento”; que “ante la ineficacia de los anteriores, se le receta Celebrex 200 (...) que no debería tomar con los antirretrovirales” y que “por el Servicio de Traumatología (...) se le suministran ingentes cantidades de antiinflamatorios (...) (y) corticoides en la columna una vez a la semana durante seis meses”. Añade que “había sido contagiado con VIH anteriormente por lo que seguía paralelamente la medicación precisa para su tratamiento”, que se le dio la baja laboral en febrero y que sufre efectos secundarios que hacen peligrar su vida, motivo por el cual el médico de cabecera le reduce la medicación.

Sigue relatando que el día 11 de mayo de 2007 “se realiza la prueba de escáner”, en la que no se podía ver el sacro, pues se pensaba que el dolor provenía de unas hernias discales. El día 24 de mayo de 2007, vuelve al Servicio de Traumatología, cuyos facultativos “no observan más que la horizontalidad del sacro y el dolor en la pierna derecha, por mínima protrusión L5-S1 izda. (...), sin darle importancia alguna al dolor ni hacerle radiografía, resonancia o escáner (...) de la zona afectada donde se estaba desarrollando un linfoma que luego se descubrió”. Dice que “por un escáner posterior (...), las hernias diagnosticadas no justificaban en absoluto su dolor”, lo que a su juicio revela el incumplimiento por los médicos de sus deberes de diligencia profesional. Aduce también negligencia ya que no se le vuelve a citar hasta el día 8 de junio de 2007, y un desarrollo erróneo de la función facultativa según la experiencia profesional, por la omisión de pruebas diagnósticas, “que es la causa verdadera del daño”.

Refiere el reclamante que el día 8 de junio de 2007, se le “solicita consulta a la Unidad del Dolor y la realización urgente de una resonancia”; que “durante todo este tiempo (...) acude todas las semanas (...) al Servicio de Urgencias para medicarse contra el dolor”. El día 22 de junio se le realiza una resonancia y el día 5 de julio una radiografía de las secuencias T1 y T2 e “insisten en la hernia discal a nivel L4 y L5 de localización medial izda., y en el sacro parcialmente horizontalizado”. Dice que “en dichas radiografías no sale el linfoma que le estaba comiendo los huesos”; que “cualquier traumatólogo

diligente hubiera sugerido en dicha radiografía la existencia de una neoplasia primaria (...), con metástasis en el sacro cresta iliaca, pero los (doctores) nada apreciaron siéndoles imputable una conducta omisiva". Afirma que los daños "podían haberse evitado con un mínimo de diligencia y exploración médica, como la que (...) se realizó en la Universidad", y que "se produce la relación de causalidad y el daño cierto necesarios para exigir la responsabilidad patrimonial de la Administración, de quien depende los servicios médicos que han actuado".

Consigna varias solicitudes de adelanto de fecha de consultas y pruebas.

Relata también que "el día 9 de julio acude al Departamento de Rehabilitación", donde una doctora "le exploró y diagnosticó una vez más las hernias discales" y le recomendó "la electroterapia", que resulta ser "totalmente perjudicial e incompatible para la curación de los linfomas". El día 16 de julio acude a la consulta de un especialista en Neurología de un centro sanitario privado, según el cual "no es posible que le duela la pierna derecha cuando la hernia discal la localizan en el lado izquierdo". Dice que en el mismo centro "le hacen (...) radiografía el 19 de julio, en la que se observa una lesión lítica blástica", que el día 26 de julio le informan que la lesión es sugestiva de neoplasia primaria (linfoma o síndrome de Edwin) y le recomiendan la realización de gammagrafía, que también le practican ante "la tardanza" del Hospital, Acude nuevamente al Servicio de Traumatología del Hospital, para pedir que se le adelante la resonancia magnética y que "ante la pretérita y retrasada resonancia, la familia (...) decide llevarlo con fecha 30 de julio de 2007 a la Clínica, (...). El día 31 de julio le realizan una radiología de pelvis (...). El 1 de agosto se le practica biopsia ósea por TAC (...). Con fecha 6 de agosto de 2007, se manifiesta el efecto lesivo de la pasividad del Departamento de Traumatología" del Hospital, al diagnosticársele "por el Servicio de Hematología de la Clínica, un linfoma de Burkitt, hepatoesplenomegalia, conglomerados adenopáticos retroperitoneales, perivasculares iliaca e inguinales derechas, afectación lítica de sacro y pala iliaca derecha con masa de partes blandas acompañante, con principios de angioma".

Manifiesta que a pesar del efecto favorable que le produce el tratamiento de quimioterapia intensivo, y “a consecuencia de la tardanza en la aplicación del tratamiento adecuado, le queda (...) lesión ósea que afecta al iliaco derecho y sacro (...) debido al linfoma”, así como que no puede determinarse “el total alcance de las secuelas”.

Solicita indemnización que se determinará en un momento posterior.

Por otro lado, interesa el recibimiento del procedimiento a prueba, proponiendo, como documental pública, que se oficie a un centro de salud público y al Hospital para que informen de todos los trámites, historial clínico, reclamaciones, partes médicos y procedimientos que se siguieron en su curación; documental privada consistente en los documentos que adjunta; testifical del médico de cabecera y pericial médica, que en el momento procesal oportuno se aportará, consistente en informe de valoración médica de los daños, perjuicios y secuelas que padece.

Adjunta copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de Interconsulta desde el centro de salud al Servicio de Traumatología del Hospital, del día 10 de abril de 2007, por “presentar un cuadro compatible con h. disco lumbar”; y otra del día 19 de julio de 2007 al Servicio de Urgencias por “cuadro de dolores por MMII insoportable con patología del sacro”, solicitando sea tratado “lo más rápido posible”. b) Informe de consulta en el Servicio de Traumatología datado el 24 de mayo de 2007, por “lumbociatalgia dcha., que no cede con el tratamiento”. Consta exploración física; Rx de columna lumbar en la que se aprecia “rectificación de la lordosis fisiológica. Horizontalización del sacro”, TAC lumbar con el mismo resultado y “mínima protrusión L5-S1 izda.”, diagnóstico de “lumbociatalgia dcha. por mínima protrusión L5-S1 izda.”, así como tratamiento pautado. c) Informes del Área de Urgencias del Hospital, por dolor de espalda o lumbar, que irradia a MID, con parestesias: el primero del día 28 de mayo de 2007, en el que consta exploración física y tratamiento. En el segundo, datado el 10 de junio de 2007, figura exploración y tratamiento y la anotación de que refería estar aliviado sólo con corticoides. Un tercero, del día 15 de junio, por falta de respuesta al tratamiento; consta exploración y nuevo tratamiento. Un cuarto informe, de fecha 24 de junio de 2007, día en el

que el ahora reclamante refirió dolor intenso asociado a aumento de la actividad física. Figuran anotados los resultados de la exploración y recomendaciones. El quinto informe data de 15 de julio; el paciente refería pérdida de efecto de bloqueo epidural administrado el día 12; se realiza exploración física, en la que se aprecia impotencia funcional parcial y se pauta nuevo tratamiento. El sexto informe, fechado el 19 de julio de 2007, por reagudización del dolor de varios días de evolución, masa axilar izda. y adenopatías inguinales; consta exploración física, analíticas y Rx Tórax, tratamiento pautado, derivación al Servicio de infecciosas y control preferente por traumatólogo o neurocirujano. El Servicio de Traumatología examina al paciente el mismo día, y tras anamnesis y exploración, le remite al Servicio de Medicina Interna. Un último informe, fechado el día 4 de agosto de 2007, por retención urinaria, en el que consta que tras exploración, analíticas, pruebas y valoración por el Servicio de Medicina Interna, se decide alta e ingreso en planta en 48 h. d) Informe de consulta en el Servicio de Neurocirugía del Hospital, del día 26 de julio de 2007; se anota anamnesis, exploración física, resultado de RM, "que no justifica el dolor", y Rx que "expresa lesión mixta, lítico blástica del ala ilíaca derecha con masa en partes blandas, sugestivo de neoplasia primaria (linfoma o síndrome de Edwin)", y se deriva a Traumatología. e) Informes de Radiología relativos a C. Lumbar y hombro izdo., datados el 22 de febrero de 2007, con anotación de "discreta escoliosis de concavidad izquierda"; TC columna lumbosacra, informada el día 24 de mayo de 2007, en el que se aprecia "pequeña protrusión discal medial izda. a nivel de L5-S1" sin patología en articulaciones sacroilíacas; RM columna lumbosacra, realizada el 22 de junio de 2007 e informada el día 3 de julio, que muestra "sacro parcialmente horizontalizado, observándose alteración de la señal a nivel de sacro, probablemente debido a angiomas vertebrales" y "rotura de anillo fibroso con material discal protruido a nivel de L4-L5 de localización medial izda.". f) Pruebas analíticas de hematología, orina, coagulación y bioquímica del día 19 de julio de 2007. g) Informe de gammagrafía vascular y ósea de un centro privado, realizada el día 27 de julio de 2007, que muestra captación patológica o disminuida en varias zonas, y fractura de la misma. h) Informe

médico de la Clínica, emitido el 7 de agosto de 2007 en relación con consulta del día 31 de julio. En anamnesis, consta "que comienza desde enero 2007 con dolor en sacro y posterior irradiación a pierna derecha (...), en radiografía del 19-07-07 se objetiva lesión lítica blástica de ala ilíaca derecha con masa en partes blandas, sugestivo de neoplasia primaria (linfoma o sarcoma de Edwing)"; consta exploración física, analítica, radiología de pelvis, biopsia ósea, TAC tórax cuello/Cavum y abdomen, informe anatomopatológico, y como diagnóstico "linfoma de Burkitt estadio IV-A asociado a HIV. IPI intermedio-alto"; en un informe complementario, fechado el 14 de agosto de 2007, emitido por el Área de Enfermedades Infecciosas y el Dpto. de Cirugía Plástica, constan juicios clínicos de adenopatía inguinal y axilar; infección VIH en tratamiento; lumbalgia crónica. A descartar posible discitis y posible proceso linfoproliferativo en estudio. Constan los informes de las pruebas realizadas, así como las correspondientes facturas. i) Informes del Servicio de Hematología. En el datado el 25 de septiembre de 2007, relativo a ingreso desde el día 6 de agosto del mismo año, consta que unos cinco meses antes (...) comenzó con dolor de espalda (...), se realizó una TAC y apareció una lesión lítica acompañada de masa de partes blandas en sacro y pala ilíaca derecha, además de nódulos (...) hepatoesplenomegalia, adenopatías. El paciente con estos datos acudió a la Clínica donde (...) fue diagnosticado de linfoma de Burkitt./ Mientras esperaba el diagnóstico (...) apareció la dificultad para orinar y deambular por lo que acudió a Urgencias y una vez recibido el diagnóstico pasó a nuestro servicio". Consta exploración física, analíticas incluso de médula ósea y biopsia ósea; TAC T-A; ECG y RNM columna. En el apartado "evolución" se registra que tras recibir dos tandas de tratamiento quimioterápico "han desaparecido todas las adenopatías, sólo persiste la lesión lítica de pala ilíaca (...). Los condilomas (...) han desaparecido". En el segundo, informe, relativo a consulta del día 14 de noviembre de 2007, consta que "presenta una necrosis ósea masiva (...) lo que le obliga a encamamiento permanente (...); se encuentra ingresado (...) recibiendo tratamiento quimioterápico intensivo". El tercer informe de este Servicio data del 13 de diciembre de 2007, por ingreso el día 8 de octubre del mismo año, para "recibir tratamiento"; consta exploración

“sin ninguna relevancia semiológica, salvo dolor muscular de tipo locomotor en zona lumbar que le imposibilita la deambulación”, así como analíticas y pruebas complementarias realizadas. En “evolución” se anota la respuesta del paciente a los tratamientos quimioterápico, antibiótico y antifúngico, y que fue valorado por la Unidad del Dolor y el Servicio de Rehabilitación, consignando diagnósticos de mucositis, hiperbilirrubinemia, fibrosis y necrosis ósea, impotencia funcional para deambular por dolor, neumonía, ITU, sepsis, septicemia, secundarios al de linfoma de Burkitt estadio IV, y se pauta tratamiento y recomendaciones. j) Quejas al Hospital del día 4 de mayo de 2007, solicitando la mayor brevedad en la realización de un escáner; del día 22 de mayo de 2007, solicitando anticipo de la fecha de consulta de Traumatología y el informe del escáner; otra fechada el 13 de junio de 2007 solicitando consulta al traumatólogo lo más pronto posible. La cuarta, del día 25 del mismo mes de junio, solicitando que “para el día 6 la resonancia esté informada (...) y una aceleración (...) en las consultas”. Hay una quinta, fechada el 27 de julio de 2007, en la que solicita “se adelante lo más posible la resonancia magnética (...); realización por parte del enfermo en un centro privado con cargo a la Seguridad Social”.

2. Mediante escrito de fecha 8 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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. Asimismo, le requiere para que en el plazo “de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de esta notificación, para proceder a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistido de su petición”.

3. Con fecha 19 de agosto de 2008, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito, en el que manifiesta estar

pendiente del “informe de sanidad” y de la formalización del informe de valoración del daño, lo que le impide cuantificar en ese momento el importe de la indemnización.

4. Por oficios de fecha 26 de agosto de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita al Hospital copia de la historia clínica del reclamante e informe de los médicos del Servicio de Traumatología que intervinieron en el proceso asistencial, y a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV, copia de la historia clínica del reclamante en el centro de salud, así como informe de su médico de cabecera.

5. Mediante escritos datados el 4 y el 26 de septiembre de 2008, el Secretario General del Hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del paciente e informe del Servicio de Traumatología.

La historia clínica está integrada, además de por los documentos aportados por el reclamante, cuyo contenido coincide con el de los incorporados a la misma, por los siguientes documentos: a) Informe de consulta en el Servicio de Infecciosas, datado el 19 de abril de 2007, en relación con infección VIH, categoría clínica A2 y lúes tardía asintomática, por la que había iniciado tratamiento antirretroviral el día 4 de mayo de 2006; se hace constar que “en la última revisión efectuada por el paciente el pasado mes de marzo, refería la aparición de condilomas genitales y anales, por lo que se ha recomendado la visita a Dermatología. Refiere realizar correctamente el TAR, sin efectos secundarios importantes”. b) Hoja de Interconsulta desde el centro de salud al Servicio de Traumatología del Hospital del día 23 de enero de 2007, por “lumbalgia (sin irradiación) (...) posiblemente motivado por alteración L5-S1”. c) Varios documentos relativos a consultas en Traumatología. Según la primera anotación, del día 13 de febrero de 2007, se aprecia “lumbalgia de esfuerzo que ha remitido a tratamiento (...). Ahora, clínica residual”; consta exploración, pruebas realizadas y tratamiento pautado. Otra anotación, de consulta del día 19 de abril de 2007, por “dolor de hace aprox. 2 meses en región lumbar derecha hasta planta del pie derecho”; consta exploración y pautación de

pruebas y tratamiento. Una tercera anotación, relativa a consulta del 24 de mayo de 2007, también por lumbociatalgia, en la que consta exploración, los resultados de pruebas realizadas, tratamiento y derivación a otros Servicios; el diagnóstico anotado es "lumbociatalgia D. por mínima protrusión L5-S1 izquierda". En la anotación de la consulta del día 6 de julio de 2007, el paciente refiere "mejoría", hallazgo en RNM de rotura anillo fibroso L4-L5 y que "volverá cuando precise y lo necesite". El día 27 de julio se anota que "en enero 2007 empezó a notar dolores en la hemipelvis dcha. irradiados por el muslo D hasta la rodilla./ Fue diagnosticado de protrusiones discales y rotura fibrilar, pero no mejoró con los tratamientos./ En estudios (...) recientes se apreció amplia lesión en hemipelvis D./ Tiene dolores intensos (...) mueve la cadera con dificultad. No edema (...). Camina con 1 bastón"; en la exploración presentaba "dolor a la presión en la reg. supraacetabular D., palpándose tumoración de consistencia elástica./ Movilidad de cadera D. dolorosa y casi imposible" y petición de RNM preferente. El día 23 de agosto se anota que "el paciente anuló la cita de RNM por motivos desconocidos (...), tratamos de contactar con él, sin conseguirlo". También consta la anotación "paciente diagnosticado de linfoma por S. de Hematología. Sigue tto. por su parte". d) Alta voluntaria del día 20 de abril de 2007, a petición del ahora reclamante "en contra de la opinión del médico (...) que estima debe continuar la hospitalización por dolor lumbar en hernia discal a seguimiento por Traumatología". e) Hoja de historia clínica en la Unidad del Dolor en la que consta anotación de consulta del día 13 de junio de 2007, "enviado por S. Traumatología, por lumbalgia que no mejora con tto. médico", el paciente refiere que "hace 6 meses comienza con un cuadro de lumbalgia 2ª al levantar un peso, a partir de ahí, lumbociatalgia dcha. de características neuropáticas (parestesias y calambres)", que "empeora con el decúbito supino y mejora en sedestación"; consta exploración clínica y pauta de tratamiento. En la anotación del día 11 de julio de 2007, se refiere que "presenta rotura anillo fibroso con protrusión discal a nivel de L4-L5", que Trauma "recomienda hacer BEA" y que está mejor. El día 16 de julio se anota que "viene nervioso, dice que no quiere más bloqueos por consejo de su médico. Que sigue teniendo dolor. (Que se va a la privada)". f) Informes de

Radiología. Uno, de pelvis antero-posterior, realizado el día 19 de julio de 2007 -emitido el 20- según el que “se observa extensa lesión mixta lítica blástica del ala iliaca dcha. con masa de partes blandas. El aspecto es muy sugestivo de neoplasia primaria, a descartar linfoma versus S. de Edwin”. Otro, del día 24 de julio de 2007, relativo a columna lumbar, pelvis y articulaciones sacroiliacas, en el que consta “escoliosis lumbar de concavidad izquierda./ Articulaciones sacroiliacas conservadas, sin anomalías./ El ala iliaca derecha, desde cresta ilíaca hasta el acetábulo presenta una discreta pérdida de densidad ósea en forma no homogénea, debiendo valorarse su posible relación con lesión lítica a dicho nivel, compatible con probable proceso neoplásico primitivo o metastásico, debiendo valorarse mediante estudios complementarios (TC, RM, estudio isotópico, etc.) sus características para un mejor diagnóstico diferencial (linfoma, sarcoma de Edwin, etc.)./ Espacios articulares coxofemorales conservados”. g) Hoja de consulta médica en el Servicio de Medicina Interna del día 4 de agosto de 2007. En la anamnesis se anota “lumbociatalgia D (...) a estudio y seguimiento por Traumatología, Neurocirugía y Unidad del Dolor; en estudio de imagen del 20-7-07 se ve extensa lesión mixta lítica y elástica del ala ilíaca dcha. con masa de partes blandas, sugerente de linfoma versus sarcoma de Edwin; se fue a Pamplona donde se le realizó biopsia de lesión intraaxilar izda. de masa pélvica, así como marcadores tumorales; pendiente de resultados (no quiere hacerse nuevas biopsias)”; en la exploración se aprecian adenopatías. h) Orden de ingreso en el Servicio de Hematología del día 6 de agosto de 2007, por “sospecha linfoma Burkitt”. i) Informes de anatomía patológica. Uno, del día 21 de agosto de 2007, con diagnóstico de “médula ósea hiper celular con infiltración focal por linfoma B de alto grado compatible con Burkitt”. El segundo, del 28 de agosto de 2007 sobre una preparación de la clínica, con diagnóstico compatible con linfoma de Burkitt. El tercero, del día 6 de septiembre de 2007 con diagnóstico de LCR negativo para malignidad. Otro, emitido el día 12 de septiembre, con el mismo diagnóstico. j) Hoja de intervención quirúrgica del día 31 de octubre de 2007, relativo a biopsia iliaca. k) Hojas de consulta médica de los Servicios de Neurología, Dermatología, Psiquiatría, Nutrición, Rehabilitación y Oftalmología, durante los ingresos

hospitalarios para la administración del tratamiento de quimioterapia. I) Informes de consultas externas en el Servicio de Hematología. Uno de fecha 18 de marzo de 2008, en el que consta que el paciente “logra mantener deambulación” y se mantiene sin dolor, sin clínica neurológica ni locomotora. También se hace constar respuesta completa al tratamiento del linfoma. El segundo, relativo a consulta del día 7 de mayo de 2007, en el que se refiere que el paciente “tiene dolor en la cadera y pierna dcha”. Tras exploración y analítica normales, se comenta que “no hay ningún signo de recidiva. El dolor puede ser secundario a la lesión antigua”.

En el informe del Servicio de COT, de fecha 15 de septiembre de 2008, tras el relato de la asistencia sanitaria dispensada al paciente, se efectúan las siguientes “consideraciones sobre la evolución del paciente: (...) Fue visto intermitentemente por los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología I, y II, Medicina Interna (Unidad de Infecciosas), Neurocirugía, Unidad del dolor y Hematología del Hospital/ Dejó de acudir espontáneamente a los Servicios de COT-I a partir del 19-07-2007 y a COT-II a partir del 27-07-2007 (...) y de que se le habían solicitado pruebas que no realizó./ La pauta diagnóstica, con la secuencia de solicitud de pruebas, es la recomendada en la bibliografía (...). En espera de los resultados de las pruebas, el enfoque terapéutico y solicitud de consultas, ha sido el oportuno (...); en la bibliografía consultada se hace hincapié en que los linfomas no Hodgkin primarios del hueso, especialmente en pacientes con VIH, son casos poco frecuentes y habitualmente de diagnóstico tardío debido a la escasa sintomatología y pocas alteraciones radiográficas./ Este tumor es poco frecuente, menos de un 5% dentro de los tumores malignos primarios del hueso, ya de por sí raros lo que hace que su diagnóstico presente una mayor dificultad, sobre todo si se asocian a infecciones víricas o bacterianas como es el caso que nos atañe de VIH positivo”. Asimismo, puntualiza que “el informe de la RNM indica que se aprecia rotura de anillo fibroso con material discal protruido a nivel de L4-L5, de localización medial izquierda. Sin embargo, en la bibliografía se recoge la circunstancia de que en algunos casos un proceso raquídeo de un lado (sobre todo si es central) puede

dar dolor o pruebas positivas para el otro lado, como fue inicialmente (y durante muchos meses) el que nos ocupa”.

6. Con fecha 16 de septiembre de 2008, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor la documentación facilitada por el médico de cabecera del reclamante, entre la que se encuentra el historial de episodios. Figuran, entre otros, “infección VIH (sin SIDA)”, desde el 1 de octubre de 2006; “lumbalgia sin irradiación”, abierto el día 23 de enero de 2007, en el que figura solicitud de interconsulta y tratamiento pautado; “ciática”, con consulta el día 31 de marzo de 2007, en el que figura exploración y tratamiento; uno nuevo de “lumbalgia”, iniciado el 26 de abril de 2007, en el que figura anamnesis y tratamiento, y con consultas los días 3 de mayo -con tratamiento pautado-; 13 de mayo, en el que consta que el paciente “dice estar diagnosticado de hernia discal y tiene dolor intenso que no cede con Aines” y que se le pauta tratamiento; 21 de mayo, en la que refiere seguir con molestias y que un medicamento no le va bien. Consta administración de medicamento intramuscular los días 18, 20, 21, 22, 24, 25 y 27 de junio, 3, 5, 6, 8 y 10 de julio de 2007, porque el paciente “refiere dolor, hasta el 11 que le ponen epidural, le seguimos con Inzitan ya que no cede con Aines orales”. El día 14 de julio de 2007 se registra otra consulta por “recaída de dolor de características ciáticas, tras bloqueo epidural el miércoles (...). Pérdida de fuerza y sensibilidad en pierna dcha. desde ayer con hormigueo, no incontinencia de esfínteres”. Se refiere la exploración y la derivación a Urgencias Generales. Constan intervenciones de enfermería, consistentes en la administración intramuscular de fármacos, los días 16, 17, 18, 19 de julio, día en el que había sido derivado a Urgencias Generales, y 26 y 28 de julio de 2007. El día 24 de julio, figura solicitud de interconsulta a oncología médica.

7. Con fecha 23 de enero de 2009, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que le resulta imposible valorar el daño, al no haberle sido notificada “la resolución sobre el expediente de incapacitación que se está tramitando”.

El día 2 de marzo de 2009, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias otro escrito en el que manifiesta haberle sido notificada Resolución de 16 de enero de 2009, “por la que se declara la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo” y cuantifica el daño en doscientos sesenta y cuatro mil euros (264.000 €).

8. Con fecha 20 de abril de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración: “Se trata de un hombre de 29 años de edad, que estaba a tratamiento por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y lúes tardía asintomática desde el año 2006 y, que consultó por dolor en sacro con irradiación a pierna derecha en el segundo trimestre del año 2007, administrándole dos bloqueos epidurales y antiinflamatorios, previa realización de varios estudios, como Resonancia Nuclear Magnética lumbar, estudios radiográficos varios (...), diagnosticado de linfoma o sarcoma de Edwing o linfoma de Burkitt./ Una vez que el virus productor de la enfermedad de base de este reclamante (VIH) entra en el cuerpo (...), aparecen las llamadas ‘enfermedades oportunistas’ aprovechando la caída de las defensas. Las más frecuentes son las pulmonares, de la piel y diversos tipos de cáncer, así ocurrió en el caso analizado, (en) que aparece (...) el linfoma de Burkitt (...), un tipo de linfoma no Hodgkin con una tasa de crecimiento exponencial, comportamiento agresivo y localización típicamente extranodal, relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)”.

Considera que ha sido, por tanto, “ajeno al hacer facultativo (...) el desarrollo de este tumor, que fue diagnosticado en tiempo y tratado según protocolos operativos y universales”. Finaliza diciendo que “no hay Servicio clínico del Hospital que no haya atendido al enfermo y con alta calidad” y que “la decisión de acudir a (un) centro privado fue por voluntad y decisión propia, no pudiendo imputarse a la Sanidad Pública negligencia alguna, ni restricciones en pruebas diagnósticas practicadas y tratamientos pautados”.

9. Mediante escritos de 30 de abril de 2009, 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.

10. Con fecha 2 de julio de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Medicina Interna. En él establece las siguientes conclusiones: "Los linfomas no Hodgkin en los pacientes VIH+ son raros, en la mayoría de los ocasiones (75-100%) la forma de presentación es extranodal (...), como en este paciente, lo que hace más difícil llegar al diagnóstico ya que no se piensa en estos procesos./ Se presentan en estadios avanzados en el 70-90% de los casos./ Los primeros síntomas que presentaba el paciente no hacían pensar en esta enfermedad y la localización del dolor a nivel lumbar no se traducía en alteraciones radiográficas en esa localización, pues las radiografías son normales./ El estudio que sí se inició en abril de 2007 que es cuando el paciente va de forma continuada a las consultas del hospital y la radiografía que da finalmente la pista de la enfermedad se realizó en julio de 2007, es decir, 3 meses de intervalo que no es un tiempo alto para este tipo de procesos tan difíciles de diagnosticar./ La radiografía que da la pista se realizó en un centro público, no en uno privado y se remitió al paciente a consulta de Traumatología. La decisión de acudir a un centro privado fue exclusivamente del paciente y cuando ya se tenía la pista sobre la enfermedad, por lo que en el centro privado sólo tuvieron que seguir esta pista para llegar al diagnóstico, proceso que es el menos complicado./ Sí se hicieron radiografías para ver el sacro (resonancia magnética de junio de 2007) pero no se vio ninguna alteración significativa en ese momento./ No hubo demora excesiva en las citas, se siguió un protocolo que parece bastante razonable./ Las secuelas que padece son secundarias a la lesión ósea por el tumor (...). No podemos saber si estas secuelas no se hubieran producido en el caso de que el tumor se hubiera diagnosticado 1 ó 2 meses antes, que es el tiempo máximo de adelanto posible en el diagnóstico./ Desde mi punto de vista, no hubo mala praxis en la atención al paciente".

11. Mediante escrito de fecha 20 de julio de 2009, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 30 de julio el reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por doscientos ochenta y ocho (288) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 12 de agosto de 2009, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que da por reproducidas las alegaciones formuladas. Se opone al informe técnico de evaluación y al informe aportado por la compañía aseguradora, "debido a las contradicciones". Manifiesta que "siendo el linfoma una de las enfermedades más frecuentes en enfermos de VIH, resulta inconcebible que (...) padeciera dolor desde diciembre de 2006, sin que se le diagnosticara el linfoma que padecía", y que "existió un error de diagnóstico y tratamiento, habiéndose orientado siempre a una clínica de dolor, sin pensar cual era la causa del mismo".

13. Con fecha 9 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se afirma que "no se encuentran en la documentación analizada (...) indicios de mala praxis" y que "la actuación de los profesionales intervinientes en su proceso asistencial, se considera correcta y acorde a `la lex artis ad hoc´".

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de noviembre de 2009, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, 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 el interesado activamente legitimado 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 22 de julio de 2008, habiéndose confirmado el diagnóstico de linfoma el día 7 de agosto de 2007 (fecha del informe médico de la Clínica), por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente

determinado, sin necesidad de atender al momento posterior de determinación del alcance de las secuelas.

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 43.4, 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.- El reclamante interesa indemnización por daños que atribuye a funcionamiento del servicio público de salud, al que imputa un retraso diagnóstico.

Como consecuencia del mismo alega secuelas -que no especifica- de una lesión lítica en sacro en relación con un linfoma de Burkitt. Constan en el expediente la lesión a que el interesado alude y el diagnóstico de linfoma de Burkitt, por lo que debemos considerar acreditada la realidad de unos daños, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

También consta que el interesado estaba diagnosticado de infección por VIH a tratamiento con antirretrovirales desde mayo de 2006, y que presenta varios episodios de dolor lumbar, por los que fue atendido en su centro de salud, en Urgencias, y en consultas de los Servicios de COT, Traumatología, Rehabilitación, Unidad del Dolor, Neurocirugía y Medicina Interna.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a que se le garantice un resultado concreto, sino a que se le apliquen las técnicas

precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado refiere el inicio del dolor lumbar a diciembre de 2006, y afirma que hubo un desarrollo erróneo de la práctica médica, según la experiencia profesional, lo que a su juicio es la causa verdadera del daño. También formula reproches concretos a la asistencia sanitaria que le fue dispensada en los centros sanitarios públicos: demora en las consultas y omisión de pruebas diagnósticas del sacro, pues no era posible que le doliera la pierna derecha por una hernia discal en el lado izquierdo. Por último, afirma que los daños podían haberse evitado con un mínimo de diligencia y exploración médica como la que se realizó en la Universidad, en la que se le diagnosticó el linfoma de Burkitt el día 7 de agosto de 2007.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado prueba alguna de la relación de causalidad que afirma existe entre los daños y el funcionamiento del servicio público de salud, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su criterio en relación con la misma, con base en los informes incorporados al expediente por la Administración. El reclamante se ha opuesto a los mismos, alegando contradicciones, pero no ha especificado ninguna y no se aprecia evidencia de ellas.

Por lo que se refiere a la relación de causalidad, el informe técnico de evaluación señala que el desarrollo del tumor es ajeno al hacer facultativo, y el informe del Especialista en Medicina Interna afirma que no es posible saber si las secuelas no se hubieran producido en el caso de que el tumor se hubiera diagnosticado 1 ó 2 meses antes, "tiempo máximo de adelanto posible en el diagnóstico".

La comparación de la asistencia dispensada en la red pública con la prestada por la clínica privada a la que acudió voluntariamente no revela el desarrollo erróneo de la función facultativa que postula el reclamante.

En efecto, el diagnóstico por la Clínica del linfoma de Burkitt que padece el interesado no prueba la incorrección de la asistencia sanitaria dispensada por el Principado de Asturias. Al contrario, el reclamante acudió a dicha clínica tras conocer el resultado de dos pruebas radiológicas, una de pelvis antero posterior, y otra de columna lumbar, pelvis y articulaciones sacro-iliacas, realizadas en el servicio público entre los días 19 y 24 de julio de 2007, que mostraron hallazgos sugestivos de proceso neoplásico primario y en las que se indicaba la necesidad de otras pruebas complementarias para determinar su naturaleza y establecer un diagnóstico diferencial. El ahora reclamante conoció dichos resultados en la consulta de Neurocirugía del día 26 de julio de 2007, y el día siguiente, en la de Traumatología, e interrumpió la asistencia en ese momento para acudir a la Clínica, que confirmó la sospecha del Hospital

El informe externo, emitido por un Especialista en Medicina Interna, refiere que en la resonancia magnética realizada en junio de 2007 se podía ver el sacro, pero que no mostraba ninguna alteración significativa en ese momento. Por su parte, el Servicio de Traumatología, remitiéndose a la bibliografía que cita, sostiene que en algunos casos un proceso raquídeo de un lado (sobre todo si es central) puede dar dolor o pruebas positivas para el otro lado, como sucedió en el supuesto que analizamos.

Además, el informe técnico de evaluación rechaza la imputación de negligencia y el Especialista en Medicina Interna niega en su informe la existencia de mala praxis en la atención al paciente.

Según este mismo informe, los primeros síntomas que presentaba el ahora reclamante no hacían pensar en esta enfermedad. De hecho, aunque el interesado indica en su escrito de reclamación que los síntomas empezaron en diciembre de 2006, cuando acudió a consultas especializadas en febrero de 2007, solamente refirió clínica residual, sin dolor. Además, se le realizó prueba radiológica que mostraba protrusión discal. En marzo, cuando acude a revisión

en el Servicio de Infecciosas, no comentó el dolor ni interacciones de los medicamentos pautados para el mismo y el tratamiento antirretroviral que tomaba.

Los síntomas reaparecen en abril de 2007, y en ese momento se le indicó la necesidad de hospitalización para el estudio del dolor, lo que el ahora reclamante rechazó, según se desprende del alta voluntaria firmada el día 20, que obra en el expediente.

A partir de esa fecha, acudió a consultas en los Servicios de Traumatología, COT, Unidad del Dolor y Neurocirugía y desde finales de mayo, como el propio reclamante reconoce, al Servicio de Urgencias casi semanalmente. De hecho, como prueba su historial clínico y recuerda el informe técnico de evaluación, no hay servicio clínico del Hospital que no haya atendido a quien ahora reclama, y con alta calidad.

En dichas consultas se le realizaron las exploraciones físicas y las pruebas diagnósticas que los síntomas exigían. Así, el día 19 de julio en urgencias, el paciente refiere reagudización del dolor de varios días de evolución y presenta masa axilar y adenopatías inguinales, por lo que fue derivado a los Servicios de Infecciosas, Traumatología y Neurocirugía. En los 5 días siguientes se le realizaron las pruebas radiológicas que mostraron los hallazgos sugestivos del linfoma y que exigían pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico.

Según informa el Servicio de Traumatología, la pauta diagnóstica, con la secuencia de solicitud de pruebas, es la recomendada en la bibliografía. Además, los plazos para su atención en las consultas y las pruebas radiológicas fueron los más breves posibles, atendiendo a las solicitudes que, en ese sentido, realizaba el ahora reclamante. Según señala el Especialista en Medicina Interna, 3 meses de intervalo no es un tiempo alto para este tipo de procesos tan difíciles de diagnosticar.

Una vez confirmado el diagnóstico en la clínica privada, el paciente acudió nuevamente a la red sanitaria pública, en la que recibió tratamiento de quimioterapia y la atención especializada de varios servicios, alcanzando mejoría de sus dolencias. Así, en la revisión del 18 de marzo de 2008 se

apreciaba respuesta completa al tratamiento del linfoma, y que el paciente lograba mantener la deambulaci3n y permanec3a sin dolor. De hecho el reclamante no formula reproche a la asistencia sanitaria posterior al diagn3stico.

En definitiva, no cabe apreciar relaci3n de causalidad entre el da3o alegado y la asistencia sanitaria que se prest3 al interesado, que ha sido conforme con la *lex artis ad hoc*.

En m3rito 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 reclamaci3n presentada por

V. E., no obstante, resolver3 lo que estime m3s acertado.

Gij3n, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.