

Expediente Núm. 54/2016
Dictamen Núm. 114/2016

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de mayo de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de abril de 2015, un abogado, en nombre y representación del interesado y como mandatario verbal de su esposa, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un hospital público.

Expone que “en el mes de abril de 2014 (...) comenzó a tener fuertes dolores en la zona inguinal y vómitos, por lo que acudió a Urgencias del

Hospital "X" el día 16 de abril de 2014", precisando que "el día 17 de abril de 2014 fue ingresado en el Servicio de Urología, según se menciona, 'por cuadro de prostatitis aguda que comienza con disnea súbita', permaneciendo ingresado hasta el día 23 de abril de 2014".

Manifiesta que "durante el ingreso presentó un episodio de dolor precordial con cortejo vegetativo, por lo cual se decidió su traslado a Cardiología./ El 17 de abril de 2014 le fue realizado un TC de las arterias pulmonares (...) en el que no fueron identificadas claras imágenes de trombo en la orejuela izquierda (...). El 22 de abril de 2014 (...) fue emitido informe que concluía con la existencia de 'irregularidades angiográficas no significativas' (...). Por ello, el día 23 de abril de 2014 le fue dada el alta hospitalaria".

Señala que se estableció el diagnóstico principal de "angor inestable./ Arterias coronarias sin lesiones significativas./ Función sistólica de VI normal./ Dilatación de aorta ascendente a nivel de los senos de valsalva./ Prostatitis aguda./ Los previos", y que se le recomendó "dieta pobre en grasas y sin sal" y "actividad física que tolere (...), con incremento progresivo de la intensidad", pautándosele "Ramipril como venía haciendo antes del ingreso./ Suspender Indapamida./ Adiro 100 un comprimido a la comida./ Plavix 75 un comprimido a la comida durante un año y luego suspender./ Omeprazol 20 mg un comprimido al desayuno./ Enconor 2.5 un comprimido al desayuno./ Cardyl 80 mg un comprimido a la cena./ Nitroplast 10 mg un parche al levantarse que retirará antes de acostarse (9:00 a 23:00 horas aprox.)", además de otras recomendaciones de Urología, como "Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas hasta completar 6 semanas./ Realizar urinocultivo de control una semana después de finalizar el tratamiento antibiótico./ Control por su urólogo de cupo./ Control por su médico de cabecera y cardiólogo de área".

Reseña que a pesar del ingreso su "estado de salud (...) estaba cada vez más deteriorado. Por ello, el día 1 de mayo de 2014 acudió nuevamente a Urgencias al persistir los fortísimos dolores, presentando dolor torácico irradiado a la espalda, igual que el que tenía cuando estuvo ingresado y estudiado por Cardiología. En el informe de Urgencias de ese día, como impresión diagnóstica,

se menciona un `dolor torácico de características osteomusculares. Componente de ansiedad asociada´./ Es decir, la insistencia (...) por los dolores que presentaba y la total falta de respuesta por los servicios” del Hospital “X”, “insistiendo los facultativos en el diagnóstico de prostatitis aguda, evidencian el claro sufrimiento y daño moral sufrido por el reclamante, al punto de que le fuese pautada medicación para el control de la ansiedad (Enantiyum y Orfidal)”.

Refiere que el 31 de mayo de 2014, ante la falta de mejoría, los dolores y las fuertes hemorragias con heces manchadas con sangre desde la introducción del Plavix, acude nuevamente al Servicio de Urgencias (...), siendo nuevamente la impresión diagnóstica la `prostatitis aguda recidivante´”, solicitándose “consulta preferente con Digestivo y revisión con el Servicio de Urología (...). Ante la falta de atención por los médicos” del Hospital “X”, el 5 de junio de 2014, jueves, acudió a una consulta privada, indicándosele “un TAC preferente que fue previsto para el día 9 de junio de 2014 (lunes). No obstante, y debido a la persistencia de los fortísimos dolores abdominales y de las diarreas con sangrado, el 7 de junio de 2014, sábado, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias”. Aclara que pese a la insistencia del perjudicado, de su esposa y del resto de sus familiares para que le fuese realizado el TAC que se “le había pautado, debido a su estado, para el lunes siguiente, tras una desagradable conversación, alejada de lo que debiera ser un trato mínimamente humano, que debiera dispensarse en un caso como el presente”, la doctora que le “atendió (...) se negó a ello”, dejando constancia en el informe de que “se explica al paciente y la familia que no está indicado TAC urgente”. Manifiesta que “por ello el 9 de junio de 2014 el paciente se vio obligado a acudir a un centro privado (...) para que le fuese realizado el escáner que (...) se habían negado a practicar (...). A consecuencia del mismo, según se infiere del informe emitido (...) el día 11 de junio de 2014, le fue diagnosticada una `masa sigmoidea fistulizada a vejiga´, recomendando (...) valoración preferente por Cirugía General (...). Con dicho informe, ese mismo día 11 de junio se dirigió al (Hospital “X”) para valoración (...), siendo trasladado en ambulancia ese mismo día al Hospital “Y” ante la pérdida total de confianza del

paciente y de su familia en el Servicio de Urología del (Hospital "X"), donde permaneció ingresado hasta el 18 de junio de 2014, siendo intervenido el 27 de junio (no se pudo realizar primero, entre otros motivos, por los anticoagulantes que le habían sido pautados por el Servicio de Cardiología) por un "tumor de sigma infiltrado cúpula con excreción intravesical de material cerbroide tumoral" (...), siendo sometido posteriormente a tratamiento con radiología y quimioterapia".

Afirma que "de lo errado del diagnóstico del Servicio de Urología" del Hospital "X" "se deja perfecta y objetiva constancia en el informe del alta hospitalaria", al señalar que se trata de un "paciente ingresado en abril en Urología (...) por clínica urinaria que se interpretó como prostatitis. Durante su ingreso tuvo episodio de angor inestable, por lo que se le hicieron estudios cardiológicos: arterias coronarias sin lesiones significativas, función sistólica de VI normal, dilatación de aorta ascendente a nivel de los senos de Valsalva. Fue alta con tratamiento prolongado con Ciprofloxacino (6 semanas)./ Ante la persistencia de clínica acude a Urgencias (...) y le dan alta con tratamiento, por lo que acude a centro privado donde le diagnostican con TC una masa en colon fistulizada a vejiga./ Ayer comienza con fecaluria y hematuria y hoy acude a Urgencias con fiebre. Refiere alguna rectorragia leve estos días previos, con deposiciones diarias y buena tolerancia oral. Hoy se encuentra algo distendido sin dolor espontáneo".

Añade que "ante las dudas que le suscitaba" el diagnóstico del Servicio de Cardiología, "habida cuenta el fuerte tratamiento que le había sido pautado, acudió" a una clínica privada "donde fue examinado (...) el 28 de julio de 2014", emitiéndose un informe en el que se consigna "paciente de 62 años que consulta por dudosa angina diagnosticada en abril de 2014. Se realizó cateterismo con coronarias sin lesiones y eco con FE conservada y aorta ascendente de 46 mm./ Posteriormente fue diagnosticado de tumor de recto-sigma con fístula colo-vesical./ El paciente se encuentra estable y asintomático desde un punto de vista cardiológico, mejorando la sintomatología tras la cirugía de intestino. Se repite el ecocardio que muestra un FE conservada sin

aquinesias y la aorta ascendente de 45 mm./ Por lo tanto es muy probable que la sintomatología del paciente se debiera a su problema digestivo./ Aconsejo realizar prueba de esfuerzo diagnóstica sin tratamiento para descartar isquemia coronaria". Precisa que "tras realizarle la prueba de esfuerzo se llegó a la conclusión de que no evidenciaba enfermedad coronaria, suspendiendo el tratamiento (...). En definitiva, la patología coronaria que le fue diagnosticada" en el Hospital "X", "por la que seguía un fuerte tratamiento, era igualmente errónea y (...) retrasó su intervención quirúrgica".

Concluye que "como consecuencia del error en el diagnóstico del Servicio de Urología (...) y la tardanza en recibir el tratamiento correcto la cistectomía que le fue practicada fue mucho más invasiva de lo que hubiera sido en un inicio, por lo que la resección (...) practicada le ha dejado una capacidad de la vejiga muy limitada, con el consiguiente trastorno para su vida habitual./ Dicho tratamiento y el padecimiento (...) ha tenido una duración muy superior a la que hubiese tenido de existir un diagnóstico correcto desde el inicio./ Por otro lado, resultan innegables los daños morales sufridos" por el reclamante, su esposa y el resto de su familia "como consecuencia de la negativa reiterada a realizar las pruebas diagnósticas que, finalmente, hubo de realizar en la sanidad privada y que evidenciaron, finalmente, el craso error en el diagnóstico de los Servicios de Urología y de Cardiología" del Hospital "X".

Deja anunciado que en su momento se procederá a "la presentación de un dictamen de valoración y cuantificación económica de los perjuicios causados".

Adjunta a su escrito hasta un total de 15 documentos obrantes en la historia clínica del perjudicado y que cita al hilo del relato de los hechos, y una copia del poder general para pleitos otorgado por el reclamante a favor, entre otros, del letrado actuante.

2. Mediante escrito de 27 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.

3. El día 8 de junio de 2015, el Inspector Médico designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado en lo relativo al proceso de referencia, así como un "informe de los Servicios de Cardiología, Urología y Urgencias sobre el concreto contenido de la reclamación".

4. Con fecha 14 de julio de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado relacionada con los hechos objeto de reclamación y los informes solicitados.

El Servicio de Urología del Hospital "X" señala, el 26 de junio de 2015, que es un "paciente conocido del Servicio por hidrocelectomía e ingreso en abril de 2013 por cuadro de prostatitis durante el cual se desarrolló una cardiopatía isquémica./ En 2014 estuvo en cinco ocasiones en el Servicio de Urgencias, pero no está muy claro el diagnóstico de prostatitis. Refiere fecaluria, pero no sabemos desde cuándo (síntoma claro de comunicación colon-recto-vejiga urinaria)./ En consulta privada se le solicita TC donde se le diagnostica cáncer de recto que no tiene por qué estar relacionado con la prostatitis, pudo tener prostatitis y posteriormente aparecer el cáncer de recto y fistulizar".

Por su parte, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón considera, el 29 de junio de 2015, que la reclamación "debe (...) ser informada por el Servicio de Urología, responsable del paciente", toda vez que la "actuación de Cardiología transcurre durante el ingreso en el Servicio de Urología y queda definida en el informe de alta de fecha 23 de abril de 2014". Aclara que "en caso de tener que emitir un nuevo informe sería con el mismo contenido que el anterior".

Finalmente, el 10 de julio de 2015, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias precisa que el paciente fue atendido en cuatro ocasiones por la

Unidad de Urgencias en relación con el problema médico que sustenta la reclamación, y detalla cada una de ellas. Reseña que el 16 de abril de 2014 “acudió a Urgencias generales derivado por su médico de Atención Primaria por cuadro de infección del tracto urinario que no respondía a tratamiento antibiótico ambulatorio. Tras la valoración por el médico de Urgencias se solicitó consulta urgente al Servicio de Urología, que se hizo cargo del paciente procediendo a su ingreso hospitalario”. El 31 de mayo de 2014 volvió “de nuevo derivado por su médico de Atención Primaria ante la persistencia de la clínica que refería (...) en el ingreso del mes de abril. Valorado por el Servicio de Urgencias se realizó una exploración física completa y pruebas complementarias, objetivándose una piuria en el sedimento de orina y una anemia normocítica normocrómica en el hemograma. Se inició de nuevo tratamiento antibiótico y se derivó (...) con carácter preferente a consulta ambulatoria de Urología y Digestivo”. El 7 de junio 2014 es derivado nuevamente “por su médico de Atención Primaria ante la persistencia de la sintomatología (...), refiriendo que le habían realizado una ecografía abdominal en otro centro y le comentaron que tenía un `bulto en la vejiga´. Se solicitó valoración urgente directamente al Servicio de Urología, que se hizo cargo del paciente, dándole de alta pendiente de realizar el escáner que tenía solicitado y acudir a la consulta de Urología de forma preferente”. El 11 de junio de 2014, “según consta en su historia clínica acudió aportando un escáner abdominal realizado en otro centro cuyo resultado era patológico. Se solicitó valoración urgente a Cirugía General y no figura en su historia el destino del paciente”.

5. El día 26 de agosto de 2015, el Inspector designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En el afirma que, tras analizar “la reclamación presentada por el paciente, y centrándonos en los puntos en los cuales (...) basa su reclamación, como es el error diagnóstico del Servicio de Urología (...); la tardanza en recibir el tratamiento correcto, lo que, según el reclamante ha llevado a que la cistectomía practicada fuera mucho más invasiva de lo que hubiese sido en inicio, y los daños morales sufridos”,

conviene hacer las siguientes consideraciones (...): Desde el momento de la primera vez que acudió a Urgencias, el día 16 de abril de 2014, hasta el ingreso el 11 de junio de 2014, en el curso del cual se le realizó la intervención quirúrgica, pasaron menos de 2 meses, periodo de tiempo que no parece significativo, y menos aún para concluir (...) que un diagnóstico y tratamiento inmediato hubiera evitado una cirugía más amplia al cabo de dos meses. Debe tenerse en consideración que la clasificación del tumor es de T4B-N0-M0, tratándose por tanto de un tumor que ha crecido en otros órganos o estructuras, o se ha adherido a ellos, como ha ocurrido en este caso con la vejiga; circunstancia que, a la vista del cuadro que presentaba el paciente en el mes de abril permite deducir que ya había habido tal adherencia del tumor colónico hacia la vejiga en dicho mes (...). Debe tenerse en cuenta al mismo tiempo que la práctica de la medicina se basa en la realización de pruebas y exploraciones complementarias en función de las necesidades que van detectando los facultativos a la vista de los signos y síntomas clínicos que refiera el paciente, teniendo el uso de los recursos un carácter progresivo en su utilización en función de dichas necesidades. En el caso que nos ocupa (...) las características del cuadro clínico, tras las exploraciones y pruebas que se estimaron oportunas, orientaron hacia un diagnóstico determinado de 'probable prostatitis aguda', complicándose el cuadro con la aparición de signos y síntomas cardiológicos de los que fue convenientemente estudiado. No fue posteriormente hasta el 31 de mayo (si bien es cierto que hubo una atención en Urgencias con carácter previo el día 1 de mayo de 2014, en la misma el cuadro que presentaba el paciente era de dolor torácico con irradiación a espalda) que acudió nuevamente a Urgencias con clínica urinaria en el curso de la cual se le indicó solicitara, aportando el informe de alta de Urgencias, con carácter preferente consultas a Digestivo y Urología. Dichas consultas no llegaron a materializarse porque solamente 11 días después ingresó en el Hospital "Y" donde fue intervenido (...). No puede hablarse a mi juicio de error diagnóstico, dado que el paciente no había concluido en modo alguno todas las consultas y estudios que permitieran etiquetar definitivamente

el cuadro, estando las peticiones realizadas, como así se indicó al paciente en atención recibida en Urgencias el 31 de mayo, adecuadamente orientadas hacia un diagnóstico final (...). Con fecha 5 de junio de 2014 el paciente acudió a consulta privada, solicitándose la realización de un TAC con carácter preferente, el cual fue programado, a nivel privado, para el día 9 de junio de 2014. Sin embargo, hay que hacer constar claramente (...) que la atención recibida en Urgencias el día 7 de junio fue la correcta, al creer que con motivo de la atención que originó su presencia en Urgencias no estaba indicada la realización de dicha prueba con carácter urgente, a pesar de la insistencia familiar; al respecto, las peticiones y decisiones tomadas en el ámbito de la medicina privada no tienen por qué ser asumidas por la atención sanitaria pública, habiéndose recomendado al paciente dicho día 7 de junio acudir a las consultas que tenía pautadas donde se haría la orientación que los facultativos de dichas especialidades consideraran (...) más adecuadas./ Por tanto, a la vista de todo el proceso seguido por el paciente no se observa mala praxis por parte del sistema de salud del Principado de Asturias, siendo los pasos dados en toda la atención prestada los adecuados y orientados a la búsqueda del diagnóstico y tratamiento final del paciente”.

Con base en ello propone desestimar la reclamación formulada.

6. Mediante escritos de 27 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una 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.

7. El día 14 de octubre de 2015, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Urología y Andrología. En él indica que “se reclama por un daño y por lo que parece ser un trato no adecuado por parte de un facultativo a la familia del paciente por la realización de un TAC solicitado por un urólogo y que estaba citado para el día 8 de junio de 2014. Se dice que

hubo error de diagnóstico y retraso en la intervención quirúrgica. Se fundamenta en el informe del TAC de 9 de junio y en el informe emitido por un facultativo "que considera que la clínica que presentó el paciente en su momento era digestiva, resaltar que esta opinión se produce con todo ya sucedido e intervenido. Y afirma que las pruebas posteriores cardiológicas no pusieron de manifiesto patología cardiológica, se suspendió la medicación, y es por lo que hubo error de diagnóstico y retraso quirúrgico./ Se hacen afirmaciones no respaldadas médicamente que deben ser consideradas en el contexto dramatizador de la reclamación "(...) la cistectomía que le fue practicada fue mucho más invasiva de lo que hubiese sido en un inicio (...)", es una afirmación inadmisiblemente médica./ Evidentemente, se trata de un caso de carcinoma digestivo que debuta de forma silente y simulando otros cuadros clínicos, sin mostrar una sintomatología clara que motive al menos que un médico se plantee un diagnóstico diferencial./ Lo que se está pretendiendo es retrotraerse al inicio una vez conocido el diagnóstico último y mostrar un afán reivindicativo sin respaldo clínico (...). No puedo pronunciarme sobre el "tono" de la doctora, si bien puedo entender que en una situación de angustia y en un Servicio de Urgencias las palabras pueden magnificarse, y más cuando se dejan en manos de la reivindicación injustificada./ La historia del paciente es un cuadro clínico anodino, sin signos dignos de mención y de severidad o gravedad. Empieza en febrero de 2014 con un cuadro de infección urinaria, disnea y disuria, urológicamente fue orientado hacia un cuadro de prostatismo y tratado como tal. No existiendo ningún motivo para plantearse ningún otro tipo de diagnóstico. La analítica tampoco apuntaba hacia la necesidad de un diagnóstico diferente. Con fecha 16 de abril de 2014 es ingresado por presentar el mismo cuadro clínico, y desde el Servicio de Urología se decide hacer una interconsulta a los Servicios de Neumología y Cardiología para estudiar la etiología de ese cuadro de disnea. Hasta aquí, evidentemente es lo médicamente correcto. No entraré en los estudios cardiológicos y/o de neumología, por no ser mi especialidad, pero sí puede apuntarse que el estudio realizado al paciente a la vista de la clínica referida (...) es el adecuado y el

correcto, más allá de opiniones no médicas y de alguna emitida por médicos de forma extemporánea./ Durante el ingreso de 17 (...) a 23 de abril no se demuestra ningún signo ni síntoma que obligue a pensar a un cuadro clínico diferente./ El día 1 de mayo acude con una sintomatología idéntica a la que había venido refiriendo con anterioridad y se anota que el cuadro cede con Enantyum y Orfidal, un ansiolítico y un antiinflamatorio. El cuadro de dolor torácico no es indicativo para plantearse un diagnóstico diferencial con patología digestiva y/o urológica diferente a la que se estaba valorando y tratando./ El día 31 de mayo de 2014 acude por disuria, tenesmo, urgencia miccional, polaquiuria, además refiere sangrado intestinal desde que se le introdujo el Plavix hace unas semanas, parece leerse hemoptoica. La exploración realizada no pone de manifiesto ningún signo patológico. Siendo diagnosticado de anemia leve normocítica y normocrómica a descartar hemorragia digestiva baja. Prostatitis aguda recidivante. Se pauta tratamiento y se solicita que sea examinado por Digestivo y por urólogo con carácter preferente. Pero tampoco se refiere una sintomatología que haga pensar en una situación diferente, y sigo ciñéndome al área urológica. Es más, se informa que en la Rx de abdomen se visualizan heces y aire distales con patrón gaseoso inespecífico. La analítica no pone de manifiesto (orina) ningún signo indicativo de patología diferente a la que se conoce urológicamente, hematíes en orina y leucocitos compatible con cuadro clínico conocido./ El 5 de junio acude a la consulta" privada de un "urólogo refiriendo la historia de itus, prostatitis y rectorragia, por lo que aconseja un TAC, el paciente refiere el inicio de la clínica de neumaturia y hematuria hace 24 horas. Resaltar que la clínica que refiere es diferente el día 5 de junio, es la primera referencia a la neumaturia, emisión de gas con la orina, es un síntoma raro que sí indica la necesidad de ampliar estudios, ya que puede deberse a diferentes causas. Lo más frecuente es que se origine como una complicación de una diverticulitis aguda que ha causado una fístula entre el colon y la vejiga. Se solicita un TAC que se cita para el día 9 de junio, que es lunes./ Acude a Urgencias el día 7 de junio porque lleva 2 días con disuria y polaquiuria, dolor testicular derecho. Se menciona emisión de

orina clara y que en la exploración se palpa masa hipogástrica. Tacto rectal no doloroso. Se diagnostica epididimitis, hematuria a estudio. Se aconseja tratamiento y acudir al urólogo. Se anota que tiene cita para realización de un TAC el lunes día 9 de junio de 2014. Figura la anotación de que se comunica al paciente y a la familia que no se considera indicado la realización de un TAC urgente. No parece que se mencionen estos síntomas el día 5 de junio. En el análisis de orina de esa fecha consta hematuria, piuria, escasas células epiteliales, indicios de proteína. Determinaciones superponibles al diagnóstico de prostatismo e infección urinaria./ El día 11 de junio acude a la consulta” del doctor privado, “quien le informa del TAC solicitado y en esa misma fecha es ingresado por el Servicio de Cirugía General y Digestivo./ Sobre la necesidad de hacer un TAC urgente el día 7 de junio, no parece que por la clínica que presentaba el paciente fuese una indicación perentoria; máxime si siendo sábado se le dice al médico que les atiende en el Servicio de Urgencias que el lunes ya tiene hora para realizarse un TAC en otro centro clínico. Es más, lo que parece ser que sucedió es que evidenciado un aumento de tamaño vesical y considerando esa cita ya concertada fue dado de alta para que se realizase ese TAC y volver a ser revisado, prácticamente lo que ocurrió./ La primera referencia a la existencia de neumatúria” es al doctor privado “al parecer el día 5 de junio, y la primera referencia a la presencia de fecaluria (heces en orina) es el día 11 de junio cuando ingresa refiriendo que se produjo el día anterior (...). El paciente es intervenido el día 27 de junio. Es inadmisiblemente la afirmación de que hubo un error de diagnóstico (...), considerando que la asistencia sanitaria prestada (...) fue en todo momento acorde a los signos y síntomas que refería el paciente./ En ningún momento presentó o fue referido ningún síntoma que obligase a los facultativos a plantearse un diagnóstico diferente, ni tan siquiera diagnóstico diferencial con el cuadro clínico que, desde el punto de vista de la asistencia urológica, se estaba desarrollando. Se trata de un carcinoma de origen digestivo cuyo curso ha sido silente, sin dar una sintomatología sugerente hasta al menos el día 5 de junio, fecha en la que parece que se refiere el primer síntoma compatible con un cuadro digestivo que

se confirma en un plazo de 4 días, estando ingresado en el plazo de 6 días, apareciendo el primer síntoma evidente el día 10 de junio, ingresado el día 11 de junio. Estudiado, valorado y preparado por la intervención quirúrgica que se realiza el día 27 de junio. Siendo la indicada y la adecuada”.

8. Con fecha 23 de noviembre de 2015, y también a instancias de la compañía aseguradora, emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud del Principado de Asturias al no haber actuación contraria a la *lex artis*. La demora en el diagnóstico del tumor de menos de dos meses no ha implicado un peor pronóstico en la evolución del cáncer de vejiga del paciente”.

9. Mediante escrito notificado al reclamante el 16 de diciembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente, integrado en ese momento por ciento setenta (170) folios.

En el mismo escrito le recuerda la necesidad de proceder a la “evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

Tras solicitar y serle concedida una prórroga del plazo, el día 15 de enero de 2016 el letrado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones. En él reitera el contenido de su reclamación inicial y reproduce las conclusiones del informe emitido por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal e Incapacidades Laborales el 12 de enero de 2016, que adjunta. Sobre la atención prestada en el Hospital “X”, y en concreto que “no se aprecian circunstancias en el paciente que afecten a llegar a un diagnóstico correcto ni a la posibilidad de realizarle los estudios que necesite” y que “el diagnóstico de prostatitis aguda realizado (...) era correcto”, sostiene que “no. Lo correcto era un tumor de sigma que infiltraba la vejiga urinaria y que era la causa de la clínica (de) dolor abdominal, del tenesmo urinario, la disuria, la hematuria, la infección de orina y el sangrado de heces”.

Respecto a "si la clínica del paciente cumplía los criterios para un diagnóstico de posible tumoración de sigma-vejiga", afirma que "sí. Por ello se exigían en la atención hospitalaria la realización de pruebas complementarias para el diagnóstico de la clínica urinaria mediante la realización de una ecografía, un TAC y cistoscopia".

En cuanto a "si la clínica del paciente hacía suponer otra patología", manifiesta que "sí. La clínica era inicialmente inespecífica de varias posibles causas. Que si bien en una atención con los medios del médico de cabecera era una sospecha probable, el propio médico de cabecera entiende que dada la evolución con el tratamiento se debían (...) realizar otros estudios para estudiar el origen de la clínica urinaria por ser posible de otra patología".

Subraya que "hay que conocer los medios disponibles en dicho hospital, por si eran suficientes para haber realizado un diagnóstico correcto", y entiende que "sí. Dispone de medios diagnósticos complementarios como ecografía, TAC, RNM, medios analíticos más específicos, así como la posibilidad de realizar cistoscopia y colonoscopia diagnósticas".

Sobre "si se pusieron todos los medios necesarios y disponibles para un tratamiento correcto en este caso", estima que "no. Solo se usaron los mismos medios de que disponía el médico de cabecera (anamnesis, exploración abdominal, tacto rectal y analítica de sangre y orina)".

Por último, y en cuanto a si las actuaciones del Hospital "X" afectaron a la evolución de la patología del paciente, considera que "sí. Alargaron su diagnóstico durante dos meses, con lo que ha supuesto una pérdida de oportunidad de un tratamiento precoz de su patología cancerosa./ Ha supuesto una progresión de su tumor con una perforación de la vejiga, por lo que ha precisado una resección parcial de la misma que le ocasiona una secuela evitable con un pronto diagnóstico./ Además, el paciente ha tenido que afrontar gastos para el correcto diagnóstico y evitar una gravedad mayor en su patología".

Teniendo en cuenta estas apreciaciones, el perjudicado concluye que, "pese a disponer de todos los medios a su alcance, la asistencia sanitaria que le

fue dispensada (...) fue deficiente, puesto que se limitaron a efectuar las mismas pruebas con los medios con los que cuenta el médico de cabecera; máxime, habida cuenta su evolución, la clínica del paciente hacía sospechar de otra patología, motivo por el cual fue derivado por su médico de cabecera" al Hospital "X", donde la doctora que le atendió "se negó a realizarle las pruebas diagnósticas oportunas que el paciente debió procurarse en la sanidad privada".

Asimismo, y atendiendo al recordatorio efectuado, procede a cuantificar la evaluación económica del daño reclamado, en el que se incluyen los daños morales que se dicen causados, además de al perjudicado, a su esposa, y que derivarían del agravamiento padecido por la misma como consecuencia de la necesidad de serle incrementado "el tratamiento por ansiedad que viene recibiendo desde hace años", a cuyo efecto se adjunta una copia del informe de Salud Mental y del tratamiento.

En estas condiciones, sirviéndose del baremo aplicable a las víctimas de accidentes de circulación durante el año 2014, el total reclamado alcanza la cantidad de cuarenta y un mil doscientos setenta y nueve euros con nueve céntimos (41.279,09 €) (*sic*, se observa una diferencia de 2 céntimos entre el total reclamado y el detalle que efectúa), que desglosa en los siguientes conceptos: 57 días impeditivos, 3.329,37 €; 15 de puntos de secuelas (5 por "síndromes psiquiátricos. Ansiedad" y 10 por "resección parcial con aumento de la micción", 13.949,70 €, y daño moral, 24.000 €, de los cuales 12.000 € corresponderían al perjudicado y 12.000 € a su esposa.

10. Mediante oficio de 19 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada las alegaciones presentadas a la correduría de seguros.

11. Con fecha 27 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que "la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Las actuaciones de los facultativos fueron realizándose

en función de la sintomatología que el paciente presentaba. No es acorde a los protocolos asistenciales la realización de un TAC en el Servicio de Urgencias, tal y como el urólogo privado solicitaba. La evolución del tumor fue silente, cuya primera sintomatología orientadora hacia un problema digestivo no aparece hasta el 5-6-2014, siendo intervenido el 27-6-2014. Si tomamos el periodo transcurrido durante todo el proceso asistencial, transcurrieron dos meses y medio entre la aparición de la primera sintomatología (que no orientaba a patología digestiva) y la intervención quirúrgica. Este lapso de tiempo no tuvo ninguna influencia en el pronóstico y evolución del tumor”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de febrero de 2016, 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 Sanidad, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada. Ahora bien, el letrado actuante afirma intervenir también como mandatario verbal de la esposa del reclamante, y aunque ello no figura acreditado, la Administración no ha formulado objeción alguna al respecto durante la instrucción del procedimiento.

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 16 de abril de 2015, habiéndose iniciado la asistencia sanitaria que se cuestiona el día 17 de abril de 2014, 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 autonómicas, 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.- En la presente reclamación el interesado fundamenta su pretensión indemnizatoria en lo que juzga anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que imputa un error diagnóstico al que anuda una pérdida de oportunidad terapéutica en el curso de la asistencia que le fue prestada en el Hospital “X”.

El proceso asistencial cuestionado -que se alternó con visitas simultáneas a un facultativo privado- se inició el día 16 de abril de 2014, cuando acudió al Servicio de Urgencias del referido centro por presentar “fuertes dolores en la zona inguinal y vómitos”, y quedó ingresado en el Servicio de Urología, donde permaneció hasta el día 23 de abril de 2014 en que fue alta. Durante el ingreso, y ante la presencia de sintomatología concomitante, fue objeto de estudio por el Servicio de Cardiología. Al alta hospitalaria se consignaron como diagnósticos principales “angor inestable./ Arterias coronarias sin lesiones

significativas./ Función sistólica de VI normal./ Dilatación de aorta ascendente a nivel de los senos de Valsalva./ Prostatitis aguda./ Los previos". Tras el alta acudió de nuevo al Servicio de Urgencias el día 1 de mayo de 2014, siendo alta ese mismo día con la impresión diagnóstica de "dolor torácico de características osteomusculares. Componente de ansiedad asociada".

En una nueva visita al Servicio de Urgencias el 31 de mayo de 2014, de la que fue alta también el mismo día, se le diagnosticó "prostatitis aguda recidivante (...). Anemia leve normocítica normocrómica (a descartar hemorragia digestiva baja)", y se le pautó, junto al tratamiento, "consulta preferente con Digestivo (...). Revisión con su urólogo preferente".

El paciente acudió el día 5 de junio de 2014 (jueves) por propia iniciativa a la medicina privada, prescribiéndosele realizar un TAC y siendo citado para el 9 de junio (lunes). En el ínterin, en concreto el día 7 de junio de 2014 (sábado), aquejado de "dolor abdominal y disuria", acude nuevamente al Hospital "X", donde tras la correspondiente exploración y estudios complementarios es dado de alta el mismo día con la impresión diagnóstica de "hematuria y masa hipogástrica a estudio. Epididimitis" derecha. En el informe correspondiente a la atención recibida se anota que el paciente "dice que se ha hecho una ecografía (...) `particular´ y (...) que al parecer hay un `bulto´ en la vejiga". Está acreditado que en el curso de esta atención fue visto por Urología y que se le realizó una prueba radiológica, registrando el facultativo que lo atendió que deberá "acudir a realizar TAC el lunes como tenía previsto./ Acudir a la cita de Urología `preferente´ que tiene ya solicitada. Si empeoramiento, fiebre alta o retención urinaria acudir de nuevo a Urgencias. Se explica al (paciente) y la familia que no está indicado TAC urgente".

El día 9 de junio de 2014 se le realizó al perjudicado en la medicina privada un TAC, tras lo cual acude de nuevo a la consulta privada el 11 de junio de 2014, en la que el facultativo que le atiende registra que fue "visto en consulta el 5-06-2014 por episodios diagnósticos de `itu/prostatitis´, refiriendo rectorragias. Se indicó TAC preferente. Acude refiriendo incremento del dolor, neumatría y hematuria de aparición reciente, en las últimas 24 horas.

Febrícula a pesar de tratamiento con Augmentine oral./ Exploración: Masa dolorosa en hipogastrio. Ambos epidídimos inflamados, compatibles con epididimitis./ Pruebas: TAC (9-06-2014): Masa abscesificada con probable fístula vesical (aire en la vejiga), probable neoformación abscesificada versus diverticulitis aguda con colección abscesificada y fistulizada. Colección en mesosigma./ Diagnóstico: Masa sigmoidea fistulizada a vejiga./ Recomendaciones: Valoración preferente por Cirugía General”.

Ese mismo día 11 de junio de 2014, el paciente acude de nuevo a Urgencias del Hospital “X” con el TAC que se le había realizado en la medicina privada, y desde allí -según refiere- es “trasladado en ambulancia (...) al Hospital “Y” ante la pérdida total de confianza del paciente y de su familia en el Servicio de Urología” del Hospital “X”. A su llegada ese mismo día 11 de junio de 2014 al Hospital “Y” el Servicio de Cirugía General y Digestivo de este centro, tras exploración y pruebas complementarias, y a la vista del TAC de 9 de junio de 2014, le diagnostica “fístula colovesical”. El día 13 de junio de 2014 se le realiza una colonoscopia que informa de “neoformación de probable colon sigmoideo, pendiente de biopsias”, y de “diverticulosis de colon”. En cistoscopia realizada durante el ingreso se observa una imagen clara de infiltración vesical a nivel cúpula, por lo que, con la impresión diagnóstica de “cáncer de recto-sigma” y “fístula colo-vesical tumoral”, se le practica en el propio Hospital “Y” el día 27 de junio de 2014 por el Servicio de Cirugía General y Digestivo una “colectomía”, y por Urología una “cistectomía parcial”.

Considera el reclamante, a la vista de los hechos relatados, que “como consecuencia del error en el diagnóstico del Servicio de Urología” del Hospital “X” “y la tardanza en recibir el tratamiento correcto la cistectomía que le fue practicada fue mucho más invasiva de lo que hubiese sido en un inicio, por lo que la resección (...) practicada le ha dejado una capacidad de la vejiga muy limitada, con el consiguiente trastorno para su vida habitual./ Dicho tratamiento y el padecimiento (...), por lo demás, ha tenido una duración muy superior a la que hubiese tenido de existir un diagnóstico correcto desde el inicio”. Añade que “resultan innegables los daños morales sufridos (por el reclamante, por su

esposa y por el resto de su familia) como consecuencia de la negativa reiterada a realizar las pruebas diagnósticas que, finalmente, hubo de realizar en la sanidad privada y que evidenciaron, finalmente, el craso error en el diagnóstico de los Servicios de Urología y de Cardiología” del Hospital “X”.

Con estos antecedentes, el perjudicado circunscribe el daño causado a una supuesta pérdida de posibilidades terapéuticas durante el tiempo en el que entiende no recibió ni el diagnóstico ni el tratamiento adecuado para las dolencias que presentaba.

Ahora bien, incluso formulado el daño en términos causales hipotéticos o inciertos -como acontece en el presente supuesto, en el que se alega una pérdida de oportunidad-, la mera constatación de un perjuicio 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 guarda relación inmediata y directa con el funcionamiento del servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder 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*. 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 solo 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 un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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.

A estos efectos, el interesado aporta en el trámite de alegaciones un informe médico de valoración del daño corporal elaborado a su instancia el 12 de enero de 2016 por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal e Incapacidades Laborales. En opinión de este facultativo, una más decidida aplicación de los medios de los que se dispone en el Hospital "X" en las repetidas ocasiones en las que el perjudicado se vio en la necesidad de acudir a

este centro en el intervalo de tiempo que va desde el 16 de abril al 11 de junio de 2014 hubiera posibilitado un diagnóstico certero y precoz de la patología cancerígena finalmente diagnosticada.

En cambio, los informes incorporados al expediente por la Administración sanitaria concluyen que la asistencia prestada al reclamante en este hospital durante dicho periodo resultó acorde en todo momento a la *lex artis*, al considerar que los medios empleados en la fase de diagnóstico eran los adecuados al cuadro y sintomatología que presentaba el paciente en cada una de las ocasiones en que acudió al mismo.

Planteada la cuestión en los términos referidos, este Consejo, atendiendo a la documentación que obra en el expediente, ha de iniciar el estudio de la cuestión partiendo de la constatación de que los diferentes informes incorporados al mismo, incluido el aportado por el propio perjudicado, coinciden en el carácter inespecífico de los síntomas que presentaba el paciente al inicio del proceso; aspecto que entendemos predicable tanto de la clínica que dio lugar a su ingreso en el Hospital "X" entre el 16 y el 23 de abril de 2014 como en la que motivó su visita a Urgencias el día 1 de mayo de 2014. Ahora bien, se observa que tras este último episodio, cuando el día 31 de mayo de 2014 vuelve a Urgencias la sintomatología en presencia aportó ciertas novedades en forma de aparición de clínica urinaria que determinó que al alta le fueran pautadas, con carácter preferente, sendas consultas en Digestivo y en Urología.

Después de esta fecha, y cuando el diagnóstico del cuadro se encontraba orientado adecuadamente en el ámbito sanitario público, el reclamante y su entorno familiar deciden, en una opción tan respetable como legítima y humanamente comprensible, sin esperar ni dar oportunidad al sistema sanitario público a que completara los estudios precisos para etiquetar definitivamente la patología, consultar sus dolencias en el ámbito privado, para lo que acudió a una consulta privada el jueves 5 de junio de 2014, donde le fue pautada la realización de un TAC para el lunes 9 de junio del mismo mes. En el ínterin, y a la espera de que se le practicara en el ámbito de la medicina privada esta prueba diagnóstica, el sábado 7 de junio se ve en la necesidad de acudir de

nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital "X", en el que el paciente es diagnosticado de "hematuria y masa hipogástrica a estudio. Epididimitis" derecha. En el transcurso de esta atención, tanto el enfermo como su familia parece ser que comunicaron a los facultativos actuantes que en una ecografía que se le había realizado en una consulta privada se había apreciado un "bulto" en la vejiga y que se le había pautado un TAC cuya práctica instaron en aquel momento, sin que los facultativos lo llevaran a efecto al no considerarlo urgente.

Para la adecuada valoración de estos hechos hemos de partir de que en el presente caso han tenido lugar diversas actuaciones médicas de índole diagnóstica practicadas a un mismo paciente a lo largo de un breve lapso de tiempo, tanto en el seno de la red sanitaria pública como en la medicina privada. Sin perjuicio de su carácter público o privado, el objetivo de todas ellas era el mismo, la determinación de la exacta patología que sufría el reclamante al efecto de conseguir un tratamiento lo más eficaz posible.

La evaluación del paciente se realizó en el ámbito público y en el privado mediante el análisis de la sintomatología que secuencialmente fue presentando, utilizándose en ambos casos, como no podía ser de otra manera, métodos científicos normalizados de prospectiva clínica e independientes por completo, por su naturaleza técnica, del carácter público o privado del ámbito asistencial interviniente; siendo dichos métodos, en este caso, y como se demostró ulteriormente, claramente complementarios, pues no eran en absoluto excluyentes entre sí, como entendió correctamente el facultativo de la red pública que atendió al paciente el sábado 7 de junio en el Servicio de Urgencias del Hospital "X". En efecto, en ese momento el médico de la red asistencial pública que trató al paciente se vio en la necesidad de valorar la necesidad de hacer un TAC con carácter extremadamente urgente, acto exigido por el paciente y sus familiares, frente a lo cual dicho facultativo estimó, seguramente en razón de las circunstancias del Servicio, a la demanda existente de pruebas diagnósticas en Urgencias y a los protocolos aprobados al respecto, que la clínica que mostraba no exigía, al menos entonces, una indicación tan

perentoria como para realizar el expresado TAC ese mismo día, pues apenas dos días después, el lunes, según se le comunicó por el reclamante, tenía hora fijada para realizarlo en otro centro clínico, por más que este fuera de carácter privado; amén de que en la exploración que se le había efectuado por los médicos del servicio público ese día ya se había constatado como impresión diagnóstica la existencia de hematuria y la sospecha de una “masa hipogástrica” que en su opinión era necesario estudiar y a cuyo fin se le había solicitado consulta preferente en los Servicios de Urología y de Cirugía General. En todo caso, resulta evidente que menos de 48 horas de espera para realizar un TAC, encontrándose en un fin de semana y frente a una clínica que en opinión del facultativo actuante -que nadie ha desvirtuado- permitía ese lapso, en nada podía dañar la salud del paciente, considerando, no obstante, que el TAC ejecutado en sede privada podría ser de utilidad a los facultativos de la red pública, quienes podrían valorarlo, como medio complementario de las pruebas que hubieran de practicársele en la consulta preferente que el paciente tenía fijada para el día 11 del mismo mes.

Es cierto que por parte del facultativo o facultativos actuantes en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” ese mismo día 7 de junio no se atendió la solicitud de la prueba adicional -un TAC- que reclamaban el paciente y sus familiares invocando que se la había pautado un facultativo privado y el hecho de que en la ecografía que este le había realizado se apreciaba la existencia de un “bulto” en la vejiga, lo que también había sospechado el médico que le atendió en la medicina pública. También es cierto que pudieron haberse practicado ese mismo día otras actuaciones clínicas, siempre posibles sin grandes esperas en el ámbito del Servicio de Urgencias, pero no hay en el expediente informe técnico que avale que de haberse llevado a cabo en aquel momento hubieran alcanzado otro resultado que la confirmación de la impresión diagnóstica a la que habían llegado ya con sus propios métodos los facultativos de la red pública y que el paciente conocía por su médico privado.

El informe técnico de evaluación razona al respecto que “las peticiones y decisiones tomadas en el ámbito de la medicina privada no tienen por qué ser

asumidas por la atención sanitaria pública, habiéndose recomendado al paciente dicho día 7 de junio acudir a las consultas que tenía pautadas, donde se haría la orientación que los facultativos de dichas especialidades consideraran (...) más adecuadas". Sin embargo, este Consejo entiende que para ponderar la corrección de un proceso de evolución diagnóstica no resulta pertinente alegar -como se hace- que las peticiones y decisiones tomadas en el ámbito de la medicina privada no tienen por qué ser asumidas de plano por la atención sanitaria pública, pues tal afirmación, que tiene un carácter esencialmente burocrático y organizativo, descuida que lo único que debe valorarse en términos médico-científicos al enfrentarse a la atención dispensada a un enfermo es la corrección o incorrección del análisis clínico en función del estado de la ciencia, del conocimiento de los datos disponibles, así como de los instrumentos o medios diagnósticos disponibles y a los efectivamente utilizados; si bien ha de señalarse también que la complementariedad entre distintas impresiones diagnósticas debe ser atendida siempre con especial prudencia y con ponderación de las circunstancias de cada caso, dados los complejos intereses en juego que habitualmente se establecen entre la medicina privada y la pública, los cuales, en bastantes ocasiones, tienen carácter extramédico y efectos económicos y funciones no deseables en el ámbito económico y funcional. Además, debemos tener presente que cada instancia sanitaria tiene, *per se*, criterios asistenciales y de gestión económica muy diferentes, establecidos tanto por el simple, pero capital, hecho de realizarse la atención privada de forma aislada y sin la presión derivada de la existencia de otros pacientes que requieren la misma o similar asistencia, como de que esta es directa o indirectamente sufragada en su totalidad por el paciente mientras que la asistencia pública se presta dentro de una serie de actos en masa caracterizados por la presencia de un número elevado, incluso muy elevado, de pacientes que han de ser atendidos secuencialmente y dentro de plazos más o menos perentorios, utilizando de forma racional y económica los medios disponibles, escasos, cuya utilización debe responder a pautas normalizadas a

fin de prestar servicio de forma ordenada y sistematizada en el tiempo a muy amplios colectivos.

En definitiva, al analizar el proceso asistencial cuestionado, llegamos a la conclusión de que al margen de los distintos medios que se utilizaron en la acción médica y del diverso tiempo empleado para alcanzarlo, el diagnóstico de posible tumoración hipogástrica fue muy similar en la medicina privada y en la pública, aunque sea comprensible que aquellas diferencias se percibieran puntualmente de modo muy intenso por quien, debido a la enfermedad, las vivía en estado de ansiedad y disgusto. Ello explica, además, la pérdida de confianza en los facultativos del Hospital "X" que le atendieron, sin que, no obstante, la desconfianza alcanzara a los servicios de la sanidad pública en su integridad hasta el punto de llevarle a sustituirlos por los servicios privados, puesto que el propio paciente se limitó a solicitar (y fue atendido) su traslado a otro centro sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias donde fue intervenido quirúrgicamente, restableciéndose con ello el marco de confianza y seguridad emocional al que tienen derecho quienes son atendidos por la sanidad pública.

Por ello, y a la vista de los datos obrantes en el expediente, consideramos que resulta evidente que como consecuencia de las actuaciones médicas realizadas en los distintos servicios de la sanidad pública a los que acudió el reclamante no se ha producido daño alguno a su salud, pues, con independencia del disgusto causado por el hecho de que no se hubiera atendido la petición de que se le realizara un TAC urgente, lo cierto es que su proceso clínico fue rápida y eficazmente reconducido a la confianza en el propio seno de la red pública el mismo día 11 de junio de 2014, al ser remitido al Hospital "Y", donde tras una exploración y la realización de las correspondientes pruebas complementarias (colonoscopia y cistoscopia) fue intervenido el día 27 de junio, practicándosele por el Servicio de Cirugía General y Digestivo una "colectomía" y por el Servicio de Urología una "cistectomía parcial" con éxito, siendo las secuelas que alega las normales del proceso quirúrgico al que fue sometido, el cual no ha sido objeto de retraso significativo, ni anormal, en el

estricto terreno de la ciencia médica, y por tanto de la *lex artis*. Y, aunque por las circunstancias del caso pudo producirse en el reclamante una inquietud subjetiva y hasta desconfianza, hay que concluir, no obstante, que ello no ha afectado en absoluto a la corrección de las actuaciones clínicas que se produjeron en el propio ámbito público a partir del mismo día 11 de junio, por lo que estimamos que ante la inexistencia de daño y como consecuencia de una actuación de los agentes del servicio público conforme con la *lex artis ad hoc*, procede desestimar la presente reclamación.

La anterior conclusión nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.