

Expediente Núm. 56/2018
Dictamen Núm. 113/2018

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 31 de mayo de 2018, 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 2 de marzo de 2018 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, formulada por, por los padecimientos derivados de un error diagnóstico en el abordaje terapéutico de un tumor.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de marzo de 2017, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los sufrimientos derivados de un diagnóstico terminal, habiendo remitido después la enfermedad tras su tratamiento en la medicina privada.

Expone que “en marzo de 2014, tras realización de colonoscopia, se me detecta en el Hospital ‘X’ (...) una gran masa ulcerada (...) cuya biopsia es

informada de adenocarcinoma invasivo de tipo mucosecretor”, que es “confirmado por medio de TAC (...), con signos de infiltración”, y que con el diagnóstico de adenocarcinoma de colon derecho inicia en el Hospital “Y” “tratamiento de quimioterapia neoadyuvante”, resultando que tras la administración de 3 ciclos el “TAC de control” que se le realiza el 4 de junio muestra “progresión de la masa tumoral”, y “el Servicio de Cirugía” del Hospital ‘X’ “comunica al Servicio de Oncología” del Hospital “Y” que “soy una paciente terminal sin opción quirúrgica susceptible únicamente de tratamiento paliativo”, afirmando que se considera “irresecable la tumoración”.

Añade que “el 25 de agosto de 2014 se realiza (...) TAC de control que muestra nuevo aumento de tamaño de la masa”, y que, “dado que la sanidad pública solo (le) otorgaba tratamiento paliativo”, acude a “Z” donde se considera “resecable la masa tumoral (...), al informar que mi tumor no mostraba signos de infiltración a nivel duodenal”, sometiéndose a una intervención en dicho centro privado el 29 de septiembre de 2014 de la que es “alta el 5 de octubre de 2014” bajo revisiones periódicas.

Puntualiza que “la mejoría es tan evidente” que con fecha “26-11-14 acudo a consulta de Oncología” del Hospital “Y”, refiriendo este Servicio que “no se indica tratamiento quimioterápico complementario y se da el alta a la paciente en este Servicio”, si bien “es un hecho notorio que según las sociedades científicas la ‘curación’ del cáncer se produce a los 5 años (...), momento en el que se entiende que ha existido una ‘remisión completa de la enfermedad’ y, por tanto (...), en el que se entenderían estabilizadas las lesiones”.

Respecto al *quantum* indemnizatorio, alude la reclamante al *pretium doloris* como comprensivo del daño moral y los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos, que se valoran, sin ulterior desglose, en “35.000 euros”.

Se acompaña copia de diversa documentación clínica entre la que se encuentra la siguiente: a) TAC de 20 de marzo de 2014 en el que se observan “claros signos de infiltración (en) estructuras de vecindad”. b) Informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y” de 1 de julio de 2014, en el que consta que “se comenta el caso con el (...) (Servicio de Cirugía General Hospital

`X') que considera irreseccable la tumoración, por lo que se (...) inició la administración de tratamiento quimioterápico de 2.ª línea". c) Informe del mismo Servicio de 26 de noviembre de 2014, en el que se constata que "la TC realizada el 25-08-14 confirma (...) que ha aumentado de tamaño" y que "comprime estructuras vecinas sin plano de clivaje, aunque sin poder asegurar infiltración en las mismas", por lo que "se solicita estudio de mutación", si bien el 12 de septiembre de 2014, cuando aún no se dispone de los resultados de ese estudio, la paciente acude y señala que ha consultado con "Z" "aconsejándosele realizar tratamiento quirúrgico", y se le indica que "contraste opiniones consultando de nuevo (...) en el Servicio de Cirugía General del Hospital `X'". La última anotación de este informe corresponde al examen posterior a la cirugía, objetivándose "muy buen estado general (...). No se indica tratamiento quimioterápico complementario y se da de alta a la paciente".

Entre los informes de la medicina privada constan las pruebas practicadas a la reclamante el 8 de septiembre de 2014 en las que no se aprecian signos de metástasis, la cirugía realizada el 24 de septiembre de 2014 y los informes que confirman la buena evolución posoperatoria (última revisión realizada en diciembre de 2016 sin signos de metástasis, y otra pendiente para diciembre de 2017).

2. Con fecha 12 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. A solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, se incorpora al expediente una copia de la historia clínica de la paciente y el informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital "Y".

En este último, emitido el 19 de abril de 2017, se concluye que "el Servicio de Cirugía del hospital de referencia de la paciente desestimó el

tratamiento quirúrgico, habiéndose evidenciado (...) que fue incorrecta la consideración de irresecabilidad de la tumoración”; valoración que “se sabe ahora errónea, pero fue realizada de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen”.

En el informe elaborado por el doctor que apreció esa “irresecabilidad”, fechado el 20 de abril de 2017, se señala que “en ningún momento se manifestó que la paciente fuera terminal y se le administrara tratamiento paliativo, manifestando que en el momento en que el tratamiento fuera efectivo, con reducción de masa tumoral, se le realizaría tratamiento quirúrgico (...). La paciente acude a consulta (...) con fecha 25 de septiembre de 2014, (...) 2 meses después del inicio de 2.ª línea de tratamiento quimioterápico manifestando que acudió a ‘Z’, donde le propusieron intervención quirúrgica que aceptó”.

4. Con fecha 25 de agosto de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, libran informe colegiado cuatro especialistas, uno de ellos en Cirugía General y tres en Cirugía General y Digestivo. En él se observa que “una segunda línea de (quimioterapia) con Folfiri, para luego evaluar de nuevo la cirugía, se puede considerar correcta; esta segunda línea de tratamiento no es en absoluto paliativa”, y se pone de relieve que en la medicina privada “le realizan un TAC en el que se descarta invasión del duodeno, aunque no del todo, puesto que en la (consulta externa) de Cirugía le advierten que es posible que en la cirugía pudiera existir invasión de órganos vecinos, lo que haría la intervención más extensa”.

Se concluye que “de acuerdo con la AP se trataría de un grado de IIA, con un índice de recidiva local del 2 % y una supervivencia de 60-80 % a los 5 años”, y que los profesionales de la sanidad pública actuaron “de manera correcta”.

5. El día 12 de enero de 2018, la compañía aseguradora presenta un escrito en el que alega la prescripción del derecho a reclamar, entendiendo que ha de tomarse “como *dies a quo* el (...) 5 de octubre de 2014, fecha en la que la

paciente fue dada de alta definitiva por `Z´”, pues “presentó una remisión total de la enfermedad”, y “resulta evidente que en ese momento las secuelas (o mejor dicho, la ausencia de ellas) se encontraban plenamente estabilizadas y la misma fue conocedora de ello”.

6. Mediante oficio notificado a la reclamante el 26 de enero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 29 de ese mismo mes comparece esta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

Con fecha 5 de febrero de 2018, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial y reproduce las consideraciones recogidas en la Sentencia del Juzgado de lo Social N.º 1 de Oviedo de 23 de noviembre de 2017 que acompaña, relativa al “reembolso de gastos médicos”. En ella consta que la perjudicada presentó la solicitud de reembolso el 11 de enero de 2017, habiendo considerado la Administración que abandonó libre y voluntariamente la sanidad pública, y se aprecia que “se cumplen todos los requisitos para estimar el reintegro de los gastos médicos”. Se considera, a la vista de la historia clínica, que “nos encontramos (...) ante un tumor, que por parte de la sanidad pública se había descartado la intervención quirúrgica, pautando únicamente tratamiento paliativo ante el aumento progresivo de la masa tumoral no obstante el tratamiento pautado, lo que supone un riesgo eminente de muerte, pues la masa continuaba creciendo, existía posibilidad de que afectase a otros órganos y se había descartado la intervención quirúrgica”. Se insiste en que “consta que en la sanidad pública se había desahuciado a la actora, no dándosele ninguna posibilidad de tratamiento, salvo el paliativo, por lo que no se trata de adelantar unas listas de espera existentes en otro centro, sino que era la única posibilidad de intentar salvar la vida”. Se razona que “tampoco existió abandono de la sanidad pública”, pues la reclamante tomó la decisión ante el “resultado no efectivo” del segundo ciclo de quimioterapia y “cuando desde el otro centro se le indicó la posibilidad de ser intervenida acudió nuevamente” al Hospital “Y” “para

comunicarlo a la oncóloga, quien aún no había recibido el resultado del estudio de mutación que había solicitado, lo que supone una nueva dilación en la asistencia que debía prestársele desde la sanidad pública, y una vez que fue intervenida regresó nuevamente a la sanidad pública". Se aprecia que "no acudió a la medicina privada por iniciativa propia" sino de "buena fe", pues "intenta buscar una segunda opinión poniéndolo siempre en conocimiento del especialista" del Hospital "Y" que la "estaba tratando, quien le recomienda que contraste la posibilidad quirúrgica que se le había ofrecido" con el doctor que "la estaba tratando, lo que así hizo, pues así consta en su historia clínica, limitándose el doctor a consignar en la historia que había aumentado la masa, que acudió a `Z´ donde le ofrecieron intervención que aceptó. Es decir (...), lo comunicó al mismo doctor que había considerado el tumor irreseccable y este no varió ni modificó su opinión". Se estima "disculpable" que no solicitara autorización "atendiendo a la rápida evolución de la enfermedad, que no respondía a los tratamientos aplicados". Respecto a los conceptos reclamados a los que se atiende, se incluyen los gastos de la asistencia médica y de "las revisiones ya realizadas", así como a los gastos de alojamiento de la interesada, pero no los gastos de alojamiento de los acompañantes con motivo de la cirugía, pues estos se limitarían a los de "un acompañante", y dado que ella "se encontraba ingresada en un centro privado lo lógico es que el acompañante pernocte en su compañía". Ascende el reintegro estimado a "16.631,96 euros por gastos médicos y 322 euros por gastos de alojamiento".

También acompaña una copia de literatura médica en la que se constata que "todo paciente con cáncer colorrectal puede desarrollar recurrencia (...). Sabemos que se presentará en el 80 % de las ocasiones antes de los primeros 2 años de posoperatorio y en la práctica totalidad antes de los 4 años", y en otra publicación se alude a un "tiempo de observación de 5 años", lo que "demuestra la naturaleza agresiva del (cáncer de colon y recto)", pues "aunque hay recaídas a partir de los 5 años estas son infrecuentes".

7. El día 19 de febrero de 2017 (*sic*), el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido

desestimatorio, por cuanto "ya le han sido abonados los gastos en la medicina privada y los desplazamientos". Se reconoce que "la negativa del servicio público sanitario a intervenir a la paciente determinó que esta solicitase una segunda opinión en `Z´, donde posteriormente sería intervenida con éxito".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de marzo de 2018, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 18 de marzo de 2017, y trae causa de un diagnóstico -de tumoración “irreseccable” susceptible solo de tratamiento paliativo- que, por su misma naturaleza, precisa del transcurso de un tiempo para que se despeje su acierto o error. La paciente se somete a cirugía en septiembre de 2014 en la clínica que considera “reseccable” el tumor, y aunque recibe el alta al mes siguiente se programan sucesivas revisiones, aportándose por ella la correspondiente a diciembre de 2016 (sin signos de metástasis), así como diversa literatura médica expresiva de que en el cáncer colorrectal la recidiva se presenta “en el 80 % de las ocasiones antes de los primeros 2 años de posoperatorio y en la práctica totalidad antes de los 4 años”, por lo que debe concluirse que la reclamación interpuesta el 18 de marzo de 2017 -cuando habían transcurrido aquellos dos años- no es extemporánea.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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

91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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.- Reclama la interesada el resarcimiento de los perjuicios morales derivados del erróneo diagnóstico de un tumor colorrectal que se describió como irreseccable en la sanidad pública y remitió tras el tratamiento dispensado en una clínica privada.

Acreditada la realidad del daño, pues la paciente acudió a la medicina privada a la vista de aquel fatal diagnóstico, se observa que la propuesta de resolución se funda confusamente en una duplicidad indemnizatoria respecto a ese mismo daño cuando de lo actuado se infiere que acciona por un perjuicio distinto del que ha sido resarcida en aquel cauce de reintegro de gastos. En efecto, en el escrito de reclamación se valora el daño, sin desglose, en "35.000 euros" aludiendo expresamente al *pretium doloris* -no a otros conceptos-, y en el trámite de alegaciones aporta la sentencia judicial que le reconoce el reintegro de los gastos sin alterar el *quantum* indemnizatorio fijado en su escrito inicial, por lo que debe entenderse que esta reclamación de responsabilidad patrimonial se dirige únicamente al resarcimiento de los padecimientos físicos o psíquicos derivados del error diagnóstico y no al reembolso de los gastos materiales, que la perjudicada persigue y obtiene a través de su cauce específico.

En los términos en que se plantea, la reclamación deducida no se ve afectada por la compensación de esos gastos ocasionados en la medicina privada, pues se revelan ajenos al daño cuyo resarcimiento aquí se ventila, sometiéndose esta responsabilidad patrimonial a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Consecuentemente, habrá que analizar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño

antijurídico -en definitiva, un daño que el perjudicado no tenga la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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*, 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.

En el supuesto planteado se evidencia que el diagnóstico de irsecabilidad del tumor -en junio de 2014- era erróneo y condujo a la paciente a la medicina privada, que acertadamente -en septiembre de 2014- lo estimó susceptible de abordaje quirúrgico curativo. Así, en la sentencia estimatoria de la pretensión de reembolso se concluye, a la vista de la historia clínica, que “consta que en la sanidad pública se había desahuciado a la actora, no dándosele ninguna posibilidad de tratamiento, salvo el paliativo”, y que “tampoco existió abandono de la sanidad pública”, pues la paciente tomó la

decisión ante el “resultado no efectivo” del segundo ciclo de quimioterapia, “poniéndolo siempre en conocimiento del especialista” del Hospital “Y”, “quien le recomienda que contraste la posibilidad quirúrgica que se le había ofrecido” con el doctor que “la estaba tratando, lo que así hizo (...), limitándose el doctor a consignar en la historia que había aumentado la masa, que acudió a la ‘Z’ donde le ofrecieron intervención que aceptó. Es decir, la actora lo comunicó al mismo doctor que había considerado el tumor irreseccable y este no varió ni modificó su opinión”. En el mismo sentido, en el informe emitido por el Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y” se aprecia que “el Servicio de Cirugía del hospital de referencia de la paciente desestimó el tratamiento quirúrgico, habiéndose evidenciado (...) que fue incorrecta la consideración de irreseccabilidad de la tumoración”; valoración que “se sabe ahora errónea, pero fue realizada de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen”. Ciertamente, en el informe elaborado por el doctor que diagnosticó aquella “irreseccabilidad” y en el librado a instancias de la compañía aseguradora se sugiere que el tratamiento de “2.ª línea” dispensado no era paliativo, sino dirigido a la reducción de la masa tumoral con la finalidad de valorar después un abordaje quirúrgico, y en el emitido por el Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y” el 26 de noviembre de 2014 se constata que, a la luz de “la TC realizada el 25-08-14”, la masa tumoral “comprime estructuras vecinas sin plano de clivaje, aunque sin poder asegurar infiltración en las mismas”, por lo que “se solicita estudio de mutación”; pero, también se aprecia que el tumor “ha aumentado de tamaño”, que cuando la paciente comunica -el 12 de septiembre de 2014- su intención de acudir a la medicina privada el “estudio de mutación” que podría alterar el diagnóstico de la sanidad pública aún no está disponible y que cuando contrasta su decisión en el Hospital “X” -el 25 de septiembre, dos meses después del inicio de la 2.ª línea de tratamiento quimioterápico- el doctor que la atiende tampoco modifica su anterior valoración. Constando con nitidez en el informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y” de 1 de julio de 2014 que el referido doctor “considera irreseccable la tumoración”, y que las pruebas de imagen revelan un aumento de la masa tumoral que reduce las posibilidades de supervivencia en tanto no se

aborde mediante la cirugía que la sanidad pública deniega o posterga, debe concluirse que en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico desacertado y el alta en la clínica privada tras la intervención exitosa se coloca a la paciente en una situación de zozobra o desasosiego que ha de causarle unos padecimientos resarcibles.

Ahora bien, el mero error diagnóstico no entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*, sin perjuicio de que deba la Administración probar que se emplearon los medios adecuados con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. En el caso examinado consta que aquel juicio se forma, en junio de 2014, “de acuerdo a los hallazgos de las pruebas de imagen”, aunque se objetiva después que con ellas no se alcanza a “asegurar infiltración”, e incluso que en las realizadas en la medicina privada no se descarta totalmente “invasión de órganos vecinos, lo que haría la intervención más extensa”. En este contexto, y ante el desarrollo de la masa tumoral que reclama una respuesta urgente, el servicio público -que había deducido un diagnóstico terminal de unas pruebas imprecisas- se limita a solicitar un “estudio de mutación” cuyos resultados se retardan postergando injustificadamente el abordaje efectivo de la patología, por lo que se aprecia que tras el fatal diagnóstico no se dispensa a la perjudicada un tratamiento adecuado, con infracción de la *lex artis ad hoc*.

Advertido esto, se repara en que el daño cuyo resarcimiento se impetra es el *pretium doloris* derivado de la percepción de la enferma de hallarse en fase terminal, susceptible únicamente de tratamiento paliativo, lo que ha de provocarle un cuadro de angustia o desazón de una entidad reseñable que se prolonga hasta el momento en que, a resultas de su propia iniciativa, obtiene un juicio favorable acerca de su evolución clínica. Reconocida la dificultad de valorar ese daño moral, debe ponderarse que el padecimiento que se anuda a la actitud omisiva del servicio público no puede reputarse liviano cuando la paciente se enfrenta a un diagnóstico demoledor, en el curso de una patología cuyo abordaje se pospone mientras el tumor avanza con riesgo para su vida. En consideración a esas circunstancias, unidas a la necesidad de reconocer la

inadecuación del tratamiento dispensado, se estima que el perjuicio descrito merece un resarcimiento de diez mil euros (10.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expuestos en el presente dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,