

Expediente Núm. 249/2018
Dictamen Núm. 76/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de marzo de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 14 de septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos por su padre que atribuye al diagnóstico tardío de una compresión medular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de abril de 2018, la reclamante -que invoca su condición de “legítima descendiente y heredera”- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por su padre que atribuye al diagnóstico tardío de su dolencia, “con la consecuente pérdida de oportunidad terapéutica”.

Explica que el día 19 de abril de 2017 su progenitor acudió al Servicio de Urgencias del Hospital por un dolor dorsolumbar agudo que sufría desde hacía dos semanas, y que en dicho Servicio descartaron en aquel momento signos de compromiso neurológico, dándole el alta sin realizar ninguna prueba diagnóstica y sin pautar "seguimiento ni control posterior".

Manifiesta que el 27 de abril de 2017 el paciente vuelve al citado Servicio "con empeoramiento de los síntomas previos", al presentar "paraplejia y paresia" de miembros inferiores, sospechándose esta vez que presenta un cuadro clínico de compresión medular que se confirma en una resonancia magnética.

Afirma la reclamante que la primera vez que su padre acude al Servicio de Urgencias del Hospital ya mostraba "síntomas compatibles con la compresión medular" y que no se la diagnosticaron por "falta de práctica de pruebas médicas mínimas y necesarias".

Tras señalar que el retraso en el diagnóstico ocasionó daños irreversibles, pues el enfermo nunca volvió a recuperar la movilidad y permaneció encamado hasta su fallecimiento el día 9 de septiembre de 2017, solicita que le sean indemnizados según el "baremo fijado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre", los daños que cita, consistentes en "secuelas anatómico-funcionales: tabla 2.A.1 apartado 1.º./ Perjuicio personal particular por daños morales psicofísicos./ Perjuicio por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas./ Perjuicio a familiares./ Perjuicios patrimonial por secuelas. Tabla 2C".

Anuncia que la cuantificación económica del daño se determinará en la prueba pericial que adjuntará, y aporta certificado de defunción del paciente, copia incompleta de su Libro de Familia y diversos informes médicos relativos al proceso asistencial por el que reclama.

2. Con fecha 10 de mayo de 2018, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria V la

presentación de la reclamación y solicita un informe del servicio interviniente, así como una copia de la historia clínica del paciente.

3. Mediante oficio de 15 de mayo de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 25 de mayo de 2018, el Gerente del Área Sanitaria V envía al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente y el informe librado el 24 del mismo mes por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital En este último se hace constar que la primera vez que acude a la citada Unidad es derivado desde Atención Primaria por "malestar general, adelgazamiento y actualmente a tratamiento por una ITU", y reseña que pasa a la sala de espera caminando y que al ser atendido refiere, además de los signos anteriores, un dolor dorsolumbar que describe como "moderado" y que achaca a que tiene dos vértebras con metástasis, precisando que el malestar "se exagera con los cambios posturales y movimientos y al mantener la bipedestación" y mejora con la administración de paracetamol y la sedestación. En la exploración -que realizan el médico de Urgencias y un urólogo interconsultor- no se objetivan signos de compromiso neurológico, por lo que se decide el alta con tratamiento analgésico indicándole, no obstante, una serie de signos en presencia de los cuales debería acudir de nuevo a Urgencias.

Explica la autora del informe que el "síntoma inicial" de la compresión medular es el dolor que "en ocasiones no cede con analgésicos habituales", se desencadena con la "percusión de la espalda" y "característicamente" empeora, entre otros movimientos, con el decúbito y la flexión de las extremidades inferiores. En el caso del paciente el dolor "mejoraba con el decúbito y al flexionar las piernas y además respondía a los analgésicos habituales", no

empeoraba con la percusión y la exploración neurológica “no mostraba alteraciones”. Tampoco presentaba el paciente ningún signo avanzado de compresión medular como “alteraciones en la marcha y el equilibrio”, las cuales son tan frecuentes que “dos tercios de los enfermos no pueden caminar al momento del diagnóstico”. Por ello, según señala, se sospechó un dolor secundario a las metástasis, aunque se le advirtió al paciente que en caso de notar hormigueo o imposibilidad para mover las articulaciones acudiera a Urgencias.

5. Con fecha 26 de junio de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una especialista en Medicina Legal y Forense. En él describe los antecedentes del enfermo, que padecía un adenocarcinoma de próstata con metástasis diagnosticado en 2014 en el Hospital, y refiere que, tras seguir tratamiento hormonal con buena respuesta inicial y disminución de los niveles de PSA, se programó RTU de próstata. En el estudio preoperatorio se evidenciaron dos nódulos pulmonares sospechosos de malignidad, aconsejándose realizar PET-TAC y biopsia para mayor aproximación diagnóstica que el paciente rechazó, por lo que se suspendió la RTU. Nuevos estudios evidenciaron la aparición de nuevas lesiones óseas y hepáticas sugestivas de metástasis, solicitándose nuevamente el consentimiento del paciente para la realización de una biopsia pulmonar que rechazó en dos ocasiones más. Los estudios posteriores mostraban progresión tumoral y un “engrosamiento de la pared de un segmento de sigma”. Presentado el caso en sesión clínica, Oncología consideró que era candidato a quimioterapia previa realización de una biopsia hepática o pulmonar que volvió a plantearsele, rechazándola este de nuevo.

Afirma que en el momento de la primera atención en el Servicio de Urgencias el paciente “no presentaba sintomatología alguna que hiciese sospechar ni siquiera compromiso radicular”. La realización de nuevas pruebas de imagen no estaba indicada, “dada la ausencia de signos”, y además los

facultativos disponían de las pruebas de imagen y resultados analíticos previos, confirmando que el paciente seguía controles ambulatorios con diferentes especialistas, concretamente tenía programada una consulta con el Servicio de Urología para el día siguiente, por lo que se le dio el alta. Concluye que “no existió pérdida de oportunidad” sino que “la clínica que presentó (...) fue el resultado evolutivo de su enfermedad neoplásica”.

6. Mediante escrito notificado a la interesada el 20 de julio 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, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Igualmente, le advierte que “deberá especificar en el mismo plazo la evaluación económica del daño o perjuicio causado”, y que si así no lo hiciera se paralizará el procedimiento “al no saber si tras la propuesta de resolución es necesario solicitar el preceptivo dictamen del Consejo Consultivo del Principado de Asturias”, con lo que transcurridos tres meses “se producirá la caducidad del expediente y se acordará el archivo de las actuaciones”.

7. Tras consultar el expediente, el día 10 de agosto de 2018 presenta esta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que afirma que la patología oncológica de su progenitor “en nada condiciona los hechos que apuntamos con motivo de la reclamación”. Refiere que aquel había acudido los días 23 de marzo y 3 de abril de 2017 a su centro de salud por un “fuerte dolor” diagnosticado como lumbalgia y que además de dolor agudo presentaba “falta de sensibilidad en los miembros inferiores con 1 mes de evolución”. Afirma que el paciente tenía “los mismos síntomas” en las dos ocasiones en que acude a la Unidad de Urgencias del Hospital, con lo que no se justifica que en la segunda se le realizara la prueba diagnóstica que no se le había practicado en la anterior.

Finalmente manifiesta que a causa de la compresión medular “se le niega el tratamiento con Abiraterona y Enzalutamida para la enfermedad que padece `por no presentar el paciente una condición neurológica buena`, condición que podía haber sido evitable de haberle sido diagnosticada la compresión medular a tiempo”, y que “la no concesión de una nueva línea de tratamiento para el adenocarcinoma de próstata que (...) sufría” supuso una nueva “falta de oportunidad”.

Fija la indemnización solicitada en sesenta mil euros (60.000 €), “sin perjuicio de las variaciones que pudieran surgir en dicha valoración”.

Adjunta a su escrito un informe de Atención Primaria, expedido el 8 de agosto de 2018 “a instancia del interesado”, en el que se refleja que en la historia clínica del paciente fallecido constan “las siguientes citas:/ 5-8-14: Hidrocele./ 4-11-14: Hidrocele./ 20-10-15: Patología prostática./ 26-6-16: Infección urinaria./ 23-3-17: Lumbalgia./ 3-4-17: Lumbalgia./ 21-4-17: Neo próstata./ También se recogen 3 ingresos en hospital: abril-17/junio-17/julio-17”.

8. Con fecha 31 de agosto de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas propone desestimar la reclamación al considerar que la interesada carece de legitimación activa para instar el resarcimiento de los daños sufridos por el paciente fallecido. Señala que, “aun cuando no se diese la falta de legitimación activa, tampoco podría prosperar la reclamación interpuesta ya que la asistencia sanitaria fue (...) correcta”, pues en la primera ocasión que acude a Urgencias “no presentaba sintomatología alguna que hiciese sospechar” la patología finalmente producida, con lo que “no estaba indicada la realización de pruebas de imagen”, y además “el funcionamiento del servicio sanitario no es causante de un daño que el perjudicado no tenía obligación de soportar”, toda vez que la compresión medular “fue el resultado final de la infiltración metastásica del esqueleto axial por su proceso oncológico”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de septiembre 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 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.- En lo que a la legitimación activa se refiere, hemos de comenzar por señalar que la reclamación se formula por una persona que, invocando su condición de "legítima descendiente y heredera", solicita el resarcimiento tanto de los perjuicios sufridos personalmente por el fallecido, como de los daños que identifica de forma genérica como "perjuicio a familiares" según el "baremo fijado por la Ley 35/2015".

En cuanto sucesora a título universal, estaría la interesada activamente legitimada para reclamar el resarcimiento de los daños irrogados a la persona de su causante, al considerarse transmisible *mortis causa* el crédito pecuniario

que nace de los daños infligidos a la persona del *de cuius*, tal como razonamos en los Dictámenes Núm. 48 y 49/2019. Ahora bien, de la documentación obrante en el expediente se desprende que existen otros familiares -esposa e hijos del paciente- que podrían tener derecho a ser indemnizados en su condición de herederos o coherederos. Dado que la reclamante acciona en esa misma condición, sin quedar constancia de quiénes la comparten con ella -en apariencia, una pluralidad de personas que serían cotitulares del crédito resarcitorio-, hemos de advertir que en el caso de que la Administración decidiera finalmente estimar la reclamación no podría hacerlo sin que antes se la requiera para que acredite la composición de la comunidad hereditaria o su condición de heredera única.

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 asunto ahora examinado los daños se reclaman en dos momentos distintos, en la fecha de presentación del escrito inicial y en el momento de formular alegaciones durante la sustanciación del trámite de audiencia, en el que la interesada añade a los anteriormente reclamados un nuevo perjuicio, el irrogado a causa de la negativa a administrar a su progenitor una concreta terapia para el tratamiento de su patología tumoral. Respecto de los inicialmente solicitados, dado que la reclamación se plantea con fecha 27 de abril de 2018 y los daños a los que se refiere se habrían materializado en el periodo comprendido entre el 27 de abril de 2017 -fecha en la que se alcanza el diagnóstico que se reputa tardío- y el

fallecimiento del paciente -ocurrido el 9 de septiembre del mismo año-, es claro que la acción ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado. En cuanto al daño reclamado en el escrito de alegaciones, esto es, el 8 de agosto de 2018, de la historia clínica se desprende que el paciente solicitó el día 24 de mayo de 2017 -en un escrito presentado en el Servicio de Atención al Usuario- que se le aplicara un tratamiento con “Enzalutamida, bifosfonatos y agentes anti-RANK” para la “posible estabilización o ralentización” de su proceso oncológico, y que dicha petición se remite desde dicho Servicio al de Urología del Hospital acompañada de una petición de informe. El informe, fechado el 1 de junio de 2017, se envía al Servicio solicitante “para información del paciente y reevaluar segunda opinión, dados los datos clínicos antes expuestos”; ahora bien, del expediente no resulta si se procedió a la reevaluación señalada ni en qué fecha se comunicó al paciente que la terapia no se aplicaría, momento este en el que cabría situar el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción. No obstante, teniendo en cuenta que la Administración a quien corresponde la prueba del ejercicio extemporáneo de la acción no ha aducido la prescripción, hemos de admitir que la reclamación de este daño también ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen

en este Consejo aún no se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, pero sí los plazos parciales para la adopción de los actos de trámite e instrucción que, junto al plazo de dos meses para la emisión de dictamen por este Consejo -artículo 81.2 *in fine* de la misma norma-, constituyen el tiempo reglamentariamente fijado para la resolución del procedimiento. Aunque la resolución no podrá acordarse en plazo, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 “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.- Los daños inicialmente reclamados son, además de los sufridos por el paciente antes del fallecimiento a causa de las secuelas sensitivas y motoras en los miembros inferiores que se imputan al retraso diagnóstico, el identificado de forma genérica como “perjuicio a familiares”. En el trámite de audiencia, la interesada añade a los iniciales la pérdida de oportunidad derivada de la no administración a su progenitor de una determinada terapia oncológica “por no presentar el paciente una condición neurológica buena” a causa de la compresión medular.

Respecto a la efectividad de los daños cuyo resarcimiento se solicita, hemos de señalar que ninguna prueba se ha aportado por parte de quien pide ser indemnizada, a quien corresponde la carga de acreditar todos los extremos a los que la reclamación se refiere. No obstante, de los documentos obrantes en el expediente se deduce que la patología cuya demora diagnóstica es objeto

de reproche dejó al paciente secuelas motoras, por lo que al menos debemos considerar acreditados tales daños con la consiguiente repercusión en su calidad de vida.

Ahora bien, la mera constatación de unos perjuicios surgidos en el curso de la intervención del servicio público sanitario no es suficiente para estimar la reclamación, toda vez que es preciso examinar si se dan las circunstancias que permiten reconocer el derecho a la indemnización por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos. En concreto, ha de determinarse si el daño es consecuencia o no del funcionamiento de aquel servicio.

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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no 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 la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio firme de 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.

En el caso que examinamos, la reclamante afirma que la enfermedad podía haberse diagnosticado en el curso de la atención prestada al paciente en la Unidad de Urgencias del Hospital el día 19 de abril de 2017, pues ya en aquel momento presentaba "síntomas compatibles con la compresión medular", y que si la dolencia no se diagnosticó entonces fue por la "falta de práctica de pruebas médicas mínimas y necesarias".

Antes de abordar el análisis de tal imputación, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de

los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar asimismo que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. En el presente supuesto esto no ha sido probado por la reclamante, quien no ha aportado pericial médica alguna de la que resulte que efectivamente la buena praxis impusiera la consideración de la clínica que presentaba el paciente el día 19 de abril de 2017 como indicativa de la compresión medular que se evidenciaría días más tarde.

A falta de tal prueba, el juicio de este Consejo ha de formarse a la vista del conjunto documental constituido por la historia clínica incorporada al expediente y los informes médicos librados a instancias del servicio público, en los que se concluye que la atención prestada fue correcta teniendo en cuenta los signos y síntomas del paciente en el momento de recibir la asistencia. A tales efectos debemos señalar que, tal y como se indica en el informe del Servicio responsable, los síntomas que presentaba en la fecha de la primera atención no coincidían con los característicos o típicos de la compresión medular, pues aunque mostraba dolor -que el paciente refería sufrir desde hacía dos semanas-, este no se desencadenaba mediante percusión, mejoraba con analgésicos de uso habitual y cedía con movimientos (decúbito y flexión de las extremidades inferiores) que característicamente empeoran la clínica dolorosa en los casos de compresión medular. El enfermo tampoco presentaba alteraciones de la marcha o del equilibrio que, además de típicas, son

relativamente frecuentes al momento del diagnóstico, hasta el punto de que las sufren el 60 % de los pacientes, ni en la exploración neurológica. Por tanto, no existía ningún signo que hiciera sospechar que pudiera padecer tal proceso patológico, y en tales circunstancias de ausencia de sospecha clínica no estaba indicada la realización de otras pruebas complementarias. El dolor que mostraba se atribuyó, al no existir signos de otra patología que pudiesen explicar tal sintomatología, a las metástasis óseas que tenía en la zona dolorosa, aunque se le advirtió al enfermo, como consta en el correspondiente informe de alta, que ante la manifestación de ciertos síntomas o signos -"dolor intenso, sensación de hormigueo o imposibilidad para movimiento de articulaciones"- debería acudir de nuevo a Urgencias, recomendándole también "control y revisión por su médico de Primaria". Sin embargo, de los documentos que conforman la historia clínica resulta que el propio paciente desatendió estas recomendaciones, pues cuando acude a Urgencias por segunda vez manifiesta sufrir "desde hace 3 días impotencia funcional en ambos MMII, sobre todo el izdo.", según se refleja en la anotación de la hoja de observaciones (folio 13 de la "historia papel". Tampoco consta, a la vista del informe de Atención Primaria aportado por la reclamante junto con el escrito de alegaciones, que en el citado periodo haya demandado en ningún momento la consulta o visita de su médico. En consecuencia, no cabe descartar la propia contribución del enfermo a la generación de unas secuelas que quizá un tratamiento más precoz pudiera haber evitado.

A mayor abundamiento, debemos subrayar que no existe ningún documento en la historia clínica que corrobore la afirmación vertida por la interesada en el escrito de alegaciones de que el paciente presentaba ya en la fecha de la primera atención en el Servicio de Urgencias "falta de sensibilidad en los miembros inferiores con 1 mes de evolución". La historia clínica también desmiente que el enfermo mostrara "los mismos síntomas" en las dos ocasiones en que acude a la Unidad de Urgencias del Hospital, como indica la reclamante en el escrito de alegaciones, pues en el informe correspondiente a

la primera atención se anota que no presenta alteraciones en la exploración neurológica mientras que en el de la segunda se constata "impotencia funcional en ambos MMII" y "arreflexia".

Finalmente, en cuanto al daño supuestamente irrogado al enfermo como consecuencia de no habersele tratado con "Abiraterona o Enzalutamida", no puede considerarse probado que se haya rechazado aplicar la terapia al "no presentar el paciente una condición neurológica buena" por causa de la compresión medular, como pretende la interesada, pues, según se indica en el informe del Servicio de Urología de 1 de junio de 2017 (folio 13 de la "historia papel"), aquel tratamiento se habría descartado mucho antes de evidenciarse la patología cuyo retraso diagnóstico es objeto de reproche; más concretamente en la sesión celebrada con Oncología y Radiología tras la realización de un TAC de control el 17 de agosto de 2016, y por causas que nada tenían que ver con la "condición neurológica" del paciente, ya que se estimó que el enfermo no era candidato al tratamiento "por no ser un paciente oligosintomático". Por otra parte, ha de significarse que la denegación de la terapia solicitada, que se invoca pero no se acredita mediante prueba o informe alguno, en ningún caso supuso pérdida de oportunidad para el paciente en la medida en que podía administrársele un tratamiento de quimioterapia. Sin embargo, tal terapia no pudo aplicarse ante su negativa reiterada a consentir la práctica de una biopsia, pues, como consta en el informe que acabamos de mencionar, "la filiación de los distintos orígenes y estirpes oncológicas ante la sospecha de un segundo tumor" era "imprescindible" para "iniciar cualquier tipo de tratamiento citostático sistémico".

En definitiva, puesto que la interesada no ha acreditado la efectividad de los daños y perjuicios que se reclaman; que las imputaciones que realiza solo se sostienen en sus propias manifestaciones, lo que no es suficiente para tenerlas por probadas, y que del análisis del expediente en su conjunto no resulta que la atención prestada haya supuesto pérdida de oportunidad alguna para el enfermo ni consta ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al

buen quehacer médico, hemos de concluir con la propuesta de resolución que los daños sufridos por el paciente son consecuencia de la evolución de una patología abordada con medios adecuados y de forma respetuosa con la autonomía de su voluntad, por lo que la pretensión resarcitoria no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.