

Expediente Núm. 233/2019
Dictamen Núm. 44/2020

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de marzo de 2020, 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 19 de septiembre de 2019 -registrada de entrada el día 27 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios causados al privar al paciente de tratamiento para frenar la progresión de su enfermedad.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de septiembre de 2018, la interesada -hija del finado- presenta en el registro del Ayuntamiento de Gijón una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias- por el daño derivado del óbito de su familiar que atribuye a la asistencia recibida en el Hospital

Expone que desde que su padre fue diagnosticado de cáncer de próstata en junio de 2014 “hasta su fallecimiento (...) el 9 de septiembre de 2017 (...) no es visto en ningún momento por un oncólogo, ni le es dada ninguna posibilidad de tratamiento, incluso habiéndolo pedido expresamente”. Añade que “el diagnóstico tardío de una compresión medular que sufría devino crónica e irreversible y que (...) no fue tratada en el plazo de horas adecuado (...), hecho que le dejaría postrado en una cama”.

Considera que se ha producido una “pérdida de oportunidad” al no ofrecer al paciente “ninguna posibilidad de tratamiento”, privándole también de la práctica de una resección transuretral. Y afirma que el fallecimiento ha sido causado “por el colapso propio de la evolución de la patología cancerígena que no es detenida con tratamiento alguno, al habersele privado (...) de dicha posibilidad”, lo cual constituye “una grave infracción de la *lex artis*”.

Solicita una indemnización de veinte mil euros (20.000 €) por el fallecimiento de su padre.

Como medios de prueba propone la documental que adjunta al escrito de reclamación integrada, entre otros, por copia de los siguientes documentos: a) Certificado de defunción del paciente y Libro de Familia. b) Escrito presentado por el finado el 24 de mayo de 2017 en el Servicio de Atención al Usuario, en el que solicita se le prescriba “tratamiento combinado con Enzalutamida, bifosfonatos y agentes anti-RANK”. c) Diversos informes médicos relativos al proceso de referencia. d) Factura de un centro médico privado.

2. El día 6 de noviembre de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada que su escrito carece de firma, requisito exigido por el artículo 66.1.e) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, requiriéndola para que en el plazo de diez días remita dicho documento firmado, con advertencia de que en caso contrario se le tendrá por desistida de su petición.

El día 23 del mismo mes la reclamante atiende al requerimiento formulado.

3. Mediante oficio de 4 de diciembre de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica 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. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios -reiterada dos meses después-, el 26 de febrero de 2019 el Gerente del Área Sanitaria V le remite un CD con la historia clínica del paciente y los informes librados por los Servicios de Oncología Médica y Urología del Hospital El Jefe de la Sección de Oncología Médica niega, en su informe de 16 de enero de 2019, que se produjese una actuación anormal "ni tampoco dejadez absoluta y negligente, toda vez que, como se puede comprobar por la historia clínica, han sido varios Servicios (...) los que han estado pendientes de recomendar las mejores medidas en cada escenario a lo largo de la evolución del paciente". Considera que "la negativa reiterada a las recomendaciones que se le hicieron impidieron a los médicos un estudio adecuado del proceso nosológico y la adopción de medidas de tratamiento que, en cualquier caso y dada la extensión de la enfermedad, serían de carácter paliativo, al no ser posible (...) revertir la evolución final de la enfermedad". Adjunta a su escrito un informe del Comité de Tumores de fecha 1 de junio de 2017.

5. Obra incorporado al expediente el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora el 7 de mayo de 2019 por una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal. En él concluye que "no existió negligencia ni conducta inadecuada en la atención prestada por el Servicio de Urgencias. No existió pérdida de oportunidad, ya que la clínica que presentó el paciente fue el

resultado evolutivo de su enfermedad neoplásica”, por lo que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 13 de junio de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

No consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

7. Con fecha 26 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “el único responsable de cualquier retraso diagnóstico o falta de realización de estudios es el propio paciente, que se negó de manera reiterada a hacerse los estudios que se le aconsejaron a lo largo de varios años”. Añade que la negativa del paciente a estas recomendaciones impidió “un estudio adecuado del proceso nosológico y la adopción de medidas de tratamiento que, en cualquier caso y dada la extensión de la enfermedad, serían de carácter paliativo al no ser posible (...) revertir la evolución final de la enfermedad”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de septiembre de 2019, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, 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.- 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 como titular del servicio público sanitario.

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 7 de septiembre de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 9 de septiembre de 2017, por lo que es claro que 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 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 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.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento del padre de la reclamante, que se atribuye a una deficiente asistencia sanitaria.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito, lo que permite presumir un daño moral en quien reclama.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado

tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm.10/2020), 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 ha respetado 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en

este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular 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, la interesada no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto, y ni siquiera formula alegaciones en el trámite de audiencia.

En este caso, la interesada considera que se ha producido una “pérdida de oportunidad” al no ofrecer al paciente “ninguna posibilidad de tratamiento”. Y afirma que el fallecimiento de su padre ha sido causado “por el colapso propio de la evolución de la patología cancerígena que no es detenida con tratamiento alguno, al habersele privado (...) de dicha posibilidad”, lo cual constituye “una grave infracción de la *lex artis*”.

Respecto a la evolución de la enfermedad, resulta especialmente relevante el informe del Comité de Tumores de fecha 1 de junio de 2017 que adjunta la Sección de Oncología Médica para su incorporación al expediente. El Comité expone que el paciente fue diagnosticado de un cáncer prostático en el año 2014, iniciándose “tratamiento hormonal del mismo en octubre de ese año, por ser de alto riesgo (...) y presentar la sospecha de metástasis óseas en estudio gammagráfico”. Dado que el paciente era portador de sonda vesical por imposibilidad miccional, se indicó “resección transuretral de próstata”, si bien en la radiografía realizada en el preoperatorio de la intervención (abril de 2015) “se evidenciaron de forma casual dos nódulos pulmonares de aspecto maligno a pesar de tener el paciente una buena respuesta al tratamiento hormonal”. Indica que un TAC confirmó la presencia de los nódulos, aconsejándose entonces la realización de una biopsia “que el paciente rechaza”, por lo que se suspendió la operación prevista. Al respecto, en el informe del Servicio de Urología de 15 de febrero de 2019 se señala que “se trata en ese momento de un cáncer de próstata (...) estadio IV de muy mal pronóstico”, indicándose la biopsia de los nódulos pulmonares “con el objeto de añadir tratamiento

quimioterápico adyuvante". De lo anterior no se puede inferir, en consecuencia, que se haya privado al paciente de una resección transuretral, como denuncia la reclamante. Al contrario, dicha intervención estaba programada, aunque finalmente se tuvo que suspender ante la aparición de signos que sugerían la existencia de otro tumor en el pulmón cuyo origen era necesario filiar previamente; decisión consensuada con el paciente, tal y como se recoge en el mencionado informe del Servicio de Urología.

Apenas un mes después del hallazgo de esta lesión pulmonar que aconseja la realización de una biopsia el caso fue presentado en sesión oncológica conjunta el 28 de mayo de 2015, considerándose "poco probable el origen metastásico de las lesiones pulmonares dado que las cifras de PSA continúan en descenso, siendo en esas fechas de 1,4 ng/dl" -según reseña el Comité-, por lo que "se reitera la necesidad de biopsia pulmonar para descartar segunda neoplasia pulmonar (...), negándose una vez más el paciente a la realización de la misma". En agosto de 2015 se realiza un nuevo TAC que "evidencia incremento de nódulos pulmonares y aparición de dos pequeños ganglios en hilio pulmonar derecho y subcarinal, dos nódulos en lóbulo hepático derecho que sugieren metástasis. Disminución de las adenopatías ilíacas externas. Litiasis en polo inferior de riñón izquierdo y algún quiste cortical bilateral. Lesiones blásticas en D11-12, si bien parecen haber disminuido con respecto al control previo, y lesiones similares en arco costal derecho D7 D9 y probablemente ilíaco izquierdo". Visto nuevamente en sesión conjunta del Servicio de Urología se considera que puede tratarse de "2 tumores primarios distintos (uno prostático y otro desconocido)", dado que tras iniciar el tratamiento hormonal se produjo una "disminución del PSA y mejoría leve de las lesiones óseas". Se le planteó de nuevo al paciente la necesidad de realizar una biopsia pulmonar, que continuó rechazando, por lo que se le remitió para valoración por el Servicio de Medicina Interna -octubre de 2015- que, tras comentar el caso en sesión con los Servicios de Oncología Médica y Radiología, opinó que debería hacerse una punción aspiración con aguja fina, puesto que

“tiene riesgo bajo (nódulos cerca de la pared) y ofrecería información valiosa para orientar el tratamiento”, pero una vez más el paciente rechazó la exploración.

En síntesis, el familiar de la reclamante tenía un adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas controladas -a la vista de los resultados del TAC- que inicialmente evolucionó de forma favorable (descenso de la PSA), lo que unido a otros resultados apreciados en la misma prueba (“varios nódulos pulmonares y afectación ganglionar mediastínica en progresión respecto a controles previos”), en un paciente “con antecedentes de tabaquismo importante”, planteó “una duda muy razonable de que (...) sea portador de más de una neoplasia, la prostática y una segunda de origen pulmonar u otro origen”, tal y como expone el Jefe de la Sección de Oncología Médica en su informe de 16 de enero de 2019. En este contexto clínico señala que “la disyuntiva es importante, ya que de ser toda la patología secundaria solamente (debida) al tumor de próstata esto significaría la progresión de la enfermedad y, por tanto, indicación de cambio de línea de tratamiento a Enzalutamida o Docetaxel. Caso de tratarse de otro tumor distinto al cáncer de próstata habría que identificarlo para proceder al tratamiento oportuno (poliquimioterapia) y mantener la misma línea de tratamiento para el cáncer de próstata, al no estar este tumor en progresión”. Por ello se propuso por parte del Comité de Tumores “la realización de estudios diagnósticos (biopsia pulmonar)”, que fueron “rechazados en distintas ocasiones por el paciente y su familia”.

En el informe del Jefe de la Sección de Oncología Médica se recoge que “en agosto/septiembre de 2016 se produce aumento de la PSA y en un TAC se observa crecimiento de las lesiones pulmonares, así como aparición de metástasis hepáticas sugestivas de metástasis, junto con engrosamiento de la pared del sigma. Estos hallazgos sugieren progresión del cáncer de próstata, aunque las lesiones óseas han disminuido de tamaño en su mayoría, pero la evolución de la enfermedad, la presencia de afectación hepática y la sugerencia por parte del Servicio de Radiología de la realización de una colonoscopia para

descartar un tumor primario en el sigma hacen que nuevamente se recomiende un estudio más profundo del caso, que es nuevamente rechazado”.

El Comité de Tumores pone de relieve que ante la negativa del paciente a realizar una biopsia de lesiones sospechosas se presentó “repetidamente el caso para valoración” y “consensuar decisiones”, consultando “con los distintos Servicios que podrían ayudarnos a sustanciar el diagnóstico (Neumología y Medicina Interna), que confirmaron” las “indicaciones” relativas a la realización de una biopsia.

De ello se colige que la negativa injustificada del paciente y su familia a la práctica de una biopsia para completar el diagnóstico impidió determinar si el cáncer de próstata estaba avanzando o si las lesiones pulmonares y hepáticas se debían a la existencia de un segundo tumor, lo que a su vez frustró la posibilidad de instaurar un tratamiento eficaz. Conviene señalar que el Comité de Tumores considera “imprescindible, previo a iniciar cualquier tipo de tratamiento sistémico, la filiación de los distintos orígenes y estirpes oncológicas ante la sospecha de un segundo tumor”, y explica que el temor a la existencia de dos cánceres distintos estaba justificado si tenemos en cuenta que “la afectación de sigma por un ca. primario de próstata es extremadamente inusual, al igual que la afectación hepática o pulmonar con disminución de lesiones óseas y del marcador del ca. prostático”. Lo anterior, unido al hecho de que las lesiones pulmonares y hepáticas aparecieran previamente a la resistencia a la castración (terapia hormonal) y en el momento en que la respuesta al tratamiento hormonal era buena, orientaban a la existencia de “un segundo tumor que podría ser origen de parte de su patología” y sobre el que se necesitaba “diagnóstico anatomopatológico previo a plantear tratamiento de segunda línea”.

Por tanto, no es cierto que se privara al paciente de recibir una segunda línea de tratamiento -como denuncia la reclamante-, sino que se estudiaron diversas posibilidades (resección transuretral, poliquimioterapia, segunda línea de tratamiento hormonal) que finalmente no se pudieron acometer, ya que la

filiación previa del origen de las lesiones pulmonares y hepáticas resultaba imprescindible para alcanzar un diagnóstico certero, lo que ya hemos indicado no fue posible ante la oposición del paciente a que se le realizara una biopsia.

Respecto a la negativa a prescribir al paciente Abiraterona y Enzalutamida, así como bifosfonatos y agentes anti-RANK (medicación de soporte), nos remitimos a la respuesta que en su día facilitó el Comité de Tumores a la solicitud del paciente (mayo de 2017, folio 7 de la historia en papel), al descartar la hormonoterapia “por no ser un paciente oligosintomático”. En términos similares se pronuncia la facultativa que informa a instancias de la entidad aseguradora cuando explica que la decisión de no administrar al enfermo este tratamiento “se tomó con anterioridad al diagnóstico de CMN (compresión medular neoplásica), ya que se trataba de un paciente con 2 neoplasias sincrónicas, una de ellas no diagnosticada, situación en la que no está indicado dicho tratamiento”. Y añade que “la indicación de Abiraterona o Enzalutamida es para pacientes con cáncer de próstata metastásico en progresión, resistente a castración (tratamiento hormonal), que se encuentren asintomáticos o mínimamente sintomáticos, situación en la que no se encontraba” el padre de la interesada.

En cuanto a la compresión medular que presentó en abril de 2017, la reclamante sostiene que debido al “diagnóstico tardío” de la misma devino crónica e irreversible, y añade que “no fue tratada en el plazo de horas adecuado (...), hecho que le dejaría postrado en una cama”; imputaciones que, como las anteriores referidas a contrarrestar la motivación de los servicios sanitarios sobre la improcedencia del tratamiento reclamado, también carecen de apoyo científico o pericial alguno. En la historia clínica remitida consta que el paciente acudió al Servicio de Urgencias el 19 de abril de 2017 remitido por su médico de Atención Primaria para valoración por “cuadro de dos semanas de evolución de dolor dorsolumbar”. Se estudiaron las pruebas de imagen y los resultados analíticos previos, confirmándose que el paciente seguía controles con diferentes especialistas de manera ambulatoria, por lo que tras la

exploración física y descartar “signos de compromiso neurológicos” en ese momento se decide alta con ajuste de analgesia. El día 27 de abril de 2017 acude nuevamente derivado desde su domicilio por sospecha de compresión medular, solicitándose una RM urgente. Durante el ingreso el paciente recibió 10 sesiones de radioterapia “con mejoría parcial del cuadro neurológico compresivo”, por lo que se decide su traslado a otro hospital “para tratamiento rehabilitador”.

Esta cuestión ha sido objeto de análisis en el informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora, en el que se afirma que cuando el padre de la reclamante acude a Urgencias el día 19 de abril de 2017, según la exploración “no presentaba sintomatología alguna que hiciese sospechar ni siquiera compromiso radicular”. Añade que “el paciente no refirió sintomatología neurológica, ni en la exploración se hallaron signos que pudieran hacer sospechar de una compresión medular (signos de sospecha de CMN: dolor radicular, debilidad de extremidades, dificultad para caminar, pérdida de sensibilidad, disfunción vesical o intestinal) que justificaran la solicitud de una RM de manera urgente. En la segunda visita a Urgencias el paciente presentaba clínica sugestiva y signos que sí indicaban la realización de la RM de manera urgente”. Y añade, en conclusión, que “no existió pérdida de oportunidad, ya que la clínica que presentó (...) fue el resultado evolutivo de su enfermedad neoplásica”.

Por otra parte, la Sección de Oncología Médica señala que durante el referido ingreso “se considera al paciente candidato a quimioterapia paliativa que no podrá comenzar hasta la finalización de la radioterapia debido al precario estado general (...) en ese momento (paraplejia) y a la toxicidad excesiva de la combinación de ambos tratamientos (quimioterapia y radioterapia)”. Y comenta que durante ese tiempo se recomendó “la realización de una biopsia (pulmonar, hepática o de sigma) que permita orientar mejor el tratamiento quimioterápico, produciéndose una nueva negativa por parte del paciente y su familia”.

En definitiva, las imputaciones que la reclamante formula sin ningún soporte objetivo han sido ampliamente refutadas por los diferentes expertos que han examinado el caso. Tal y como afirma el Jefe de la Sección de Oncología Médica, "han sido varios Servicios médicos (Urología, Radiología, Medicina Interna, Neumología, Radioterapia, Oncología Médica) los que han estado pendientes de recomendar las mejores medidas en cada escenario a lo largo de la evolución del paciente", considerando que "la negativa reiterada a las recomendaciones que se le hicieron impidieron a los médicos un estudio adecuado del proceso nosológico y la adopción de medidas de tratamiento que, en cualquier caso y dada la extensión de la enfermedad, serían de carácter paliativo, al no ser posible (...) revertir la evolución final de la enfermedad". Ninguna objeción cabe realizar a tales consideraciones. Igualmente, debe significarse que tanto el Comité de Tumores como la facultativa que informa a instancias de la entidad aseguradora mantienen que la actuación ha sido conforme a los protocolos urooncológicos del hospital, siguiendo las evidencias clínicas presentes en la actualidad.

Por tanto, no hay constancia de que se hurtara la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado al familiar de la interesada, sino que fue precisamente su negativa a la realización de estudios diagnósticos (biopsia) tendentes a esclarecer el origen primario o secundario de su tumoración pulmonar lo que impidió un examen y tratamiento completo de la patología cancerígena de la próstata que padecía. Tampoco es cierto que el paciente estuviera desatendido, ya que se realizó un seguimiento por parte del Servicio de Urología (al que corresponde el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad localizada y avanzada con todo tipo de hormonoterapias) y su caso fue analizado en el seno del Comité de Tumores, del que forma parte la Sección de Oncología Médica, cuya responsabilidad en el tratamiento del cáncer de próstata procede respecto de aquellos supuestos en los que está indicado el tratamiento con quimioterapia (informe de la Sección de Oncología Médica de 16 de enero de 2019).

Todo lo anterior impide apreciar, a juicio de este Consejo, el necesario nexo causal entre el fallecimiento del paciente y la actuación del servicio público sanitario, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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.