

Expediente Núm. 226/2006  
Dictamen Núm. 93/2008

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Bastida Freijedo, Francisco*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*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 30 de octubre de 2008, con asistencia de los señores y 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 agosto de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don ..... y don....., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, por ausencia de tratamiento médico urgente.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en la oficina de Correos de ..... el día 29 de julio de 2005, los reclamantes solicitan una indemnización en concepto de responsabilidad patrimonial por los daños morales y económicos sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, por importe de ciento veinticinco mil (125.000) y ciento diez mil (110.000) euros, respectivamente.

Inician su escrito relatando que “el 24 de septiembre de 2000” la, ahora, fallecida acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “acusando fuertes dolores de cabeza, vómitos, mareos y falta de estabilidad. (...) se le diagnosticó de `estrés y vértigo´, proponiéndole un tratamiento que no surtió ningún efecto positivo./ El 2 de octubre de 2000” vuelve “al Servicio de Urgencias del `X´ (...). En esta ocasión el facultativo de guardia (...) optó por dejarla en observación (...) para que un neurólogo pudiera examinar (...) la descoordinación y desequilibrio que presentaba./ El 3 de octubre de 2000 (...), una doctora (...) informa al (esposo) verbalmente que ella no encuentra nada, no obstante la va a dejar ingresada para hacerle un escáner”. Manifiestan que entre los días 4 y 8 de octubre de 2000 no se le practicó a su esposa ninguna prueba, y ésta “se fue deteriorando sin que nadie hiciera nada”. El día 9 de octubre de 2000 se le realiza a la paciente un escáner y sobre las 13:30 horas del mismo día, el doctor les informa que “tiene (un) tumor en la zona del cerebelo, que será preciso extraer” y que “se decide su traslado al Hospital `Y´ (...), que tiene lugar esa misma tarde”. Añaden que “sobre las 18:30 horas, ya en el Hospital `Y´ (...), el médico de Urgencias (...) confirma verbalmente que coincide con el diagnóstico y que es necesario operarlo, aunque la actuación (...) a acometer con carácter inmediato es aliviar la presión del líquido cefalorraquídeo, mediante la colocación de un drenaje y que eso se haría al día siguiente”. Continúan señalando que entre el 10 y el 13 de octubre de 2000 no se intervino a la perjudicada, cuyo “estado sigue empeorando y ni siquiera puede ya levantarse para ir al baño”. El día “14 de octubre de 2000 (...), hacia las 9 de la noche, después de cenar, y tras insistir (el esposo), una enfermera observó los ojos de la paciente con una linterna. (...) media hora más tarde aparece un médico de guardia en la habitación” y comunica al esposo “que es necesario colocar un drenaje para aliviar la presión del líquido cefalorraquídeo, justamente lo mismo que se me había informado 5 días antes, pero ahora hubieron de practicarle dicha intervención urgentemente”. Indican que “el 16 de octubre de 2000 (...) se traslada (...) a la paciente para realizarle urgentemente la resonancia magnética de (la) que nos habían hablado hace

cinco días. Parece ser que durante este traslado sufre una parada cardiorrespiratoria y entra en coma. Es trasladada a la UCI. Fallece a las 11 de la mañana del día 17 de octubre de 2000”.

Tras consignar el proceso asistencial, los reclamantes exponen que “la causa de fallecimiento de la paciente fue la hidrocefalia o exceso de presión del líquido cefalorraquídeo” y consideran que “es evidente (que) se ha producido un abandono de la paciente” y que “de haber recibido un tratamiento a tiempo, no habría fallecido”. Mencionan que se “interpuso denuncia que tramitó el Juzgado de Instrucción N.º 2 de .....” y que “según resulta de dichas actuaciones (...) el facultativo que atendió a la esposa del dicente sospechó la (...) existencia de `tumor cerebeloso´, motivo por el que solicitó un TAC para `descartarlo´” el 3 de octubre de 2000. La “sospecha de esta gravísima afección debería haber impulsado que se vigilara especialmente la rapidez en la realización de esta prueba que (...) no se practicó” hasta el 9 de octubre de 2000, “permaneciendo la paciente durante los días 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de octubre abandonada y deteriorándose su estado de salud ante la completa indiferencia del personal sanitario” y que “ha existido un defectuoso funcionamiento de los servicios hospitalarios y una dilación en la vigilancia, alerta médica y petición de actos de diagnóstico y terapéuticos (como pone de manifiesto el informe forense de 25-4-02), que motivó el abandono y la ausencia del tratamiento médico urgente”. Subrayan que “la paciente fue trasladada” el 9 de octubre de 2000 “al Hospital `Y´ con el diagnóstico de `astrocitoma quístico cerebeloso con hidrocefalia triventricular´ (...), ni ese día 9, ni el 10, ni el 11, ni el 12 de octubre (puente del Pilar) se le dio tratamiento médico ni se le practicó prueba alguna quedando (...) completamente abandonada”.

Refieren que “por Auto del Juzgado de fecha 29 de julio de 2004 se acordó decretar el sobreseimiento provisional de las actuaciones por entender que no existen indicios suficientes de infracción penal”. Concluyen que, a su juicio, existe “responsabilidad patrimonial de la Administración (...) y que debe indemnizar a los reclamantes” en las cantidades ya consignadas.

2. Con fecha 10 de agosto de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias solicita al Juzgado de Instrucción N.º 2 de ..... copia de las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado que indica.

3. El día 10 de agosto de 2005, la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia del Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de ....., de fecha 29 de julio de 2004, por el que se decreta el "sobreseimiento provisional de las actuaciones al no existir indicios suficientes de infracción penal". En los fundamentos jurídicos del mismo se recoge que "la denuncia tiene como base la situación de abandono en el tratamiento médico de la paciente (...), diagnosticada el día 9 de septiembre (*s/c*, en realidad es el 9 de octubre) de 2000 de un tumor cerebeloso y consiguiente presión del líquido cefalorraquídeo, que determinó su fallecimiento el día 17 de octubre de 2000 (...). De los informes finales que el (...) forense emite (...) se deriva que no ha existido mala `praxis` médica, sino una dilación en la vigilia, alerta médica y petición de diagnósticos y terapéuticos pero por causas administrativas (...), valoraciones que han determinado la petición de sobreseimiento provisional y archivo interesada por el Ministerio Fiscal (...) y que procede estimar (...). Las diligencias practicadas tras la revocación del auto de archivo inicial (...) no aportaron indicios de (...) práctica médica incorrecta, ni (...) dejadez, impericia o negligencia de los profesionales médicos que trataron a la paciente".

4. El día 20 de agosto de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica a los interesados que su reclamación "ha tenido entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias" y que el expediente será tramitado en dicho servicio.

5. Con fecha 16 de agosto de 2005, la Subdirectora Médica del "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia de la

historia clínica de la perjudicada. En ella constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Solicitud de estudios radiológicos realizados en Urgencias del "X", formulada por la perjudicada el día 25 de septiembre de 2000. b) Hojas de curso clínico, en las que figuran, el día 3 de octubre de 2000, que la exploración neurológica es normal, con fallos en la marcha dudosamente más a la derecha, que "impresionan de funcionales" y como impresión diagnóstica síndrome "depresivo-ansioso./ Menos probable proceso de línea media o fosa posterior"; el día 4 de octubre, que "la exploración es normal salvo inestabilidad en la marcha con fallos a la dcha."; el día 6 de octubre, "descartar tumor cerebeloso dcho." c) Hoja de estudios complementarios en la que aparece solicitado un TAC el día 3 de octubre de 2000. d) Hoja de valoración de enfermería al ingreso, de 3 de octubre, según la cual la perjudicada presentaba "riesgo (de) traumatismo" por "mareos" y se propone "aseo asistido y acompañar a W. C.". e) Hoja de observaciones y evolución enfermería en la que se anota "sin cambios" los días posteriores al ingreso. f) Hoja de órdenes terapéuticas, según la cual el día 9 de octubre se le prescribió Manitol y Dexametasona. g) Informe del Servicio de Neurocirugía I del Hospital "Y", al ingreso, según el cual "la familia comenta que (...) la paciente parece olvidar acontecimientos recientes". h) Hoja de Historia de Enfermería con la valoración del paciente al ingreso, en la que se indica que precisa ayuda parcial para hábitos higiénicos. i) Hoja de petición de estudios complementarios, en la que consta solicitada RNM el día 11 de octubre. j) Hoja de observaciones de enfermería, en la que se refleja que el día 13 de octubre, a las 7:00 horas, "se encuentra bastante postrada"; a las 9:00 horas, sigue sin náuseas pero "bastante lenta"; a las 17:00 horas, está "muy lenta, aunque responde bien"; a las 20:00 horas, "sigue muy lenta, le cuesta (...) hablar"; a las 20:30 horas, "no puesta Fraxiparina, por posible intervención"; a las 21:30 horas, "sin cambios neurológicos"; a las 23:45 horas "contesta, aunque está muy lenta, pupilas normorreactivas"; a las 0:30 horas del día 14, "va a quirófano". k) Hoja de curso clínico, con anotaciones los días 13 de octubre, "no déficits", y 15 "ayer drenó 280 desde la mañana y mejoró el nivel de consciencia./ A las 17:00 horas no drena nada. Muy dormida, con fases

de bradicardia. Se recoloca palomilla y evacuan 20 cc LCR. Abre los ojos". l) Hojas de órdenes terapéuticas de los días 9, 10, 11, 13, 15 y 16 de octubre, en las que aparece apuntado los días 9, 10, 11 y 12 de octubre, entre otros medicamentos, Dexametasona. m) Hojas de Observaciones y Curso Médico en Reanimación, en las que figura que, el día 14 de octubre, la paciente está "consciente, apertura de ojos al habla. Obedece órdenes"; el día 15, está "mucho más despierta" y a las 17:00 horas, se "arranca el drenaje"; el día 16 "ayer tras arrancarse el drenaje se le hace TAC (...) y se coloca nuevo drenaje. Neurológicamente, muy adormilada aunque ocasionalmente responde". n) Hoja de Observaciones de Enfermería en Reanimación, en la que se indica que a las 18:00 horas del día 15 de octubre la paciente "despierta completamente después de colocar el drenaje".

6. Con fecha 23 de agosto de 2005, la Subdirectora Médica del "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias informe médico elaborado por un facultativo de la Sección de Neurología de dicho hospital el día 18 de agosto de 2005. En él, tras especificar los síntomas presentados por la paciente, el resultado de la exploración neurológica realizado al ingreso, los estudios complementarios practicados y el resultado de los mismos, así como la identificación de los médicos que la atendieron, señala que "tras haber visto el escáner craneal" se la remitió el día 9 de octubre de 2000 al "Servicio de Neurocirugía del (Y) adjuntado el TAC craneal con y sin contraste, con el diagnóstico de astrocitoma quístico cerebeloso con hidrocefalia obstructiva triventricular". Por último, indica el tratamiento pautado.

7. Con fecha 14 de septiembre de 2005, el Secretario del Juzgado de Instrucción N.º 2 de ..... remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias testimonio de las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado solicitadas. Entre la documentación obrante en el mismo, constan los informes emitidos por el Médico Forense y diversas pruebas testificales.

El informe forense fechado el 11 de junio de 2001 analiza por separado la "actuación" médica llevada a cabo en el "X" y la recibida en el "Y". Por lo que se refiere a la primera menciona las características del tumor de la perjudicada, que -afirma- facilitan "que pase desapercibido hasta momentos últimos". Consigna como síntomas del tumor "la cefalea occipital acompañada de nauseas y vómitos" y manifiesta que "son signos (...) muy genéricos, que pueden enmascarar cualquier cosa". Añade que "todo se ve más confuso al practicar las radiografías de columna cervical, y donde aparece una gran contractura muscular paracervical que revierte la columna cervical. Por tanto, la sintomatología no es la de un tumor cerebeloso. Al menos no aparecen los típicos síntomas focales". Concluye que "por los datos aportados en la historia clínica, se podría afirmar que se ajusta a la `lex artis´". En cuanto a la realizada en el "Y", informa que lo procedente era "disminuir la presión intracraneal y la exéresis", aclarando que "la intervención (...) tenía un alto índice de riesgo". Especifica que, "con respecto al retardo en la colocación del drenaje con derivación del líquido cefalorraquídeo, podríamos valorarlo de manera diferente al ver los síntomas que la paciente expresaba día a día. (...) no consta en el historial recibido esa degradación de sintomatología a la que hace referencia el escrito firmado por (el esposo de la perjudicada)./ Es criterio común, que es preferible anteponer la reducción de hipertensión intracraneal a la exéresis" y considera que "se puede hacer doble valoración. Una en base al historial clínico, y otra muy distinta en base a lo explicado por el marido de la afectada./ En base a lo estudiado en el historial clínico, se puede afirmar también que sí se ajusta a la lex artis".

El día 26 de septiembre de 2001, el forense informa que el 6 de octubre se "empieza a sospechar un tumor cerebeloso derecho". Después analiza los síntomas de la perjudicada, y advierte que "se enmascaró un cuadro de hidrocefalia con una trilogía muy marcada. Los síntomas de cefalea, vómitos e inestabilidad fueron confundidos hasta el día 6 de octubre por un cuadro psicógeno", subrayando que "la confusión de estos síntomas es frecuente". Añade que los indicios de "hipertensión craneal no alertaron a los facultativos,

ya que no entraban en grado máximo (...). Sin signos de marcha atáxica, temblor intencional, ni otros de disfunción cerebelosa muy marcada. Esa ausencia pudo ser la circunstancia tranquilizadora". Por último examina la posible causa de la muerte, indicando que "parece ser debida a la movilidad por hiperpresión del tallo cerebral. Esa circunstancia podía ser el resultado final del efecto drenaje" y determino que "en este caso todas las circunstancias de asistencia no habrían influido en (el) momento y (la) causa de muerte".

Entre las pruebas testificales de los médicos que atendieron a la perjudicada, consta una pregunta relativa al motivo por el cual en la historia de la paciente no figura un solo acto médico (análisis, prueba o tratamiento) los días 10, 11, 12 y 13 de octubre de 2000, a la que contesta el interrogado que "si no hay incidencias en el curso clínico de los pacientes y no precisan modificación o ajuste del tratamiento no se hacen anotaciones en el curso clínico. Sí constan órdenes de tratamiento los días 9, 10, 11 y 13 de octubre de 2000 en el historial clínico".

**8.** El día 14 de octubre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Jefe del Servicio de Neurocirugía del "Y" un informe médico en relación con la reclamación presentada. La petición se reitera mediante oficio de 8 de febrero de 2006 a través de la Gerencia del "Y".

**9.** Con fecha 14 de marzo de 2006, el Secretario General del "Y" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia del informe emitido por el Servicio de Neurocirugía el día 10 de marzo de 2006. En él se consigna que la paciente "ingresó por Urgencias en el "Y", procedente del ("X"), con el diagnóstico de tumor de fosa posterior", y se refieren los síntomas que presentaba y las pruebas realizadas. Incluye, asimismo, datos relativos a la organización del Servicio, tanto en lo que se refiere a las unidades de hospitalización como a los doctores a cargo de las visitas a los enfermos, y reseña que el mismo siempre ha tenido un cuadro de guardias a cargo del Jefe

de Servicio, indicando las correspondientes a los días comprendidos entre el 9 y el 15 de octubre de 2000.

Relata a continuación, la atención prestada a la paciente entre los días 12 y 17 de octubre de 2000, fecha de su fallecimiento, y menciona, finalmente, que “hemos revisado las imágenes radiológicas del escáner cerebral, constatando que podría corresponder con un astrocitoma quístico de cerebelo. Este tumor, que precisaría confirmación histológica sería maligno en un principio, aunque de bajo grado. Por su localización, ocluyendo el 4º ventrículo, ni estaba superficial, ni tenía un relativo fácil acceso y la cirugía conllevaba un riesgo notable”.

**10.** El día 16 de marzo de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación.

En el apartado relativo a la valoración del caso, expone que “los astrocitomas cerebelosos son tumores gliales que se presentan con mayor frecuencia en la segunda década de la vida (...). Pueden alcanzar un considerable tamaño (...) sin apenas producir síntomas”, y que “el diagnóstico se realiza fundamentalmente por los estudios de imagen”. En cuanto al tratamiento, manifiesta que “es quirúrgico, aunque previamente es necesario estabilizar clínicamente al paciente” y que, “cuando existe hipertensión intracraneal por hidrocefalia, es preferible no intentar la exéresis del tumor hasta después de reducir la hipertensión intracraneal mediante la administración de corticoides y soluciones hipertónicas, estableciendo derivaciones externas del líquido cefalorraquídeo a un reservorio o mediante una derivación ventrículo-peritoneal”.

En las conclusiones destaca que en la historia de la paciente se “alude a una clínica inespecífica (mareos, cefaleas) de un año de evolución y que todo el proceso asistencial se sustancia en un periodo de tres semanas, el comprendido entre el 24 de septiembre y el 17 de octubre” de 2000, por lo que, a su juicio, “invocar (...) una supuesta pérdida de oportunidad (...) no es una hipótesis plausible en este caso, pues una ganancia de días en nada habría modificado el

desenlace ocurrido". Termina subrayando que "la propia biología del tumor, de crecimiento lento y larvado, que sólo en estadios finales, al alcanzar un considerable tamaño, comienza a expresar una clínica orientadora del diagnóstico, generalmente cuando la lesión es ya irreseccable o sus graves complicaciones resultan difíciles de controlar y corregir, condiciona el pronóstico de la enfermedad y sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas". Por ello, considera "que la actuación de los profesionales sanitarios del SESPA (...), al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que su patología demandaba en cada momento, fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*".

En cuanto al juicio global sobre la pertinencia de la reclamación, considera que "no hubo (...) pérdida de oportunidad. El fallecimiento de la perjudicada sobrevino como consecuencia de una complicación imprevisible e inevitable, que no pudo ser revertida pese a los esfuerzos realizados", por todo lo cual entiende que la reclamación debe ser desestimada.

**11.** Obra en el expediente el dictamen emitido por una asesoría privada, a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurocirugía con fecha 16 de mayo de 2006.

En el apartado relativo a consideraciones médicas, exponen los aspectos generales de la enfermedad y su clasificación "en varios grados de malignidad", que especifican a continuación, y describen el perfil de la paciente y los síntomas que presenta, informando sobre su diagnóstico y tratamiento. Tras la evaluación de los informes, estiman que "no hay evidencia de este abandono terapéutico, ni pruebas sobre una relación causal directa entre el supuesto retraso de colocación de drenaje ventricular y el fallecimiento de la paciente", pues "una vez colocado (...) la producción y salida del LCR se acomodan a la existencia del drenaje, y el empeoramiento clínico y la lesión del sistema nervioso ante una obstrucción brusca del mismo es mucho más rápida" por lo que señalan que "la causa del fallecimiento no ha sido el cuadro de hipertensión intracraneal inicial cuando la hidrocefalia estaba sin tratar, sino una reactivación

de la hidrocefalia por pérdida del drenaje ventricular, al arrancárselo la paciente a pesar de una rápida colocación del mismo". Y concluyen que "la atención médica de la paciente ha sido correcta y no hay ninguna evidencia de abandono terapéutico (...). El TAC craneal solicitado en el ("X") no se realizó de forma urgente pues la situación clínica de la paciente no lo indicaba. El periodo de dilación de una semana en su realización nos parece normal para una prueba de estas características (...). La paciente fue trasladada a un Servicio de Neurocirugía de forma inmediata una vez diagnosticada la tumoración (...). Ingresó en el Servicio de Neurocirugía consciente y orientada sin focalidad neurológica y con fondo de ojo normal (...). A lo largo del ingreso en el Servicio de Neurocirugía (...) fue valorada todos los días por un neurocirujano, y su estado clínico no se consideró susceptible de indicación de un drenaje ventricular externo urgente hasta la madrugada del día 15-10-00 (*sic*, en realidad es la del día 14), fecha en la que se evidenció una disminución del nivel de consciencia. Esta actuación nos parece correcta (...). La paciente mejoró tras la colocación del drenaje y no volvió a empeorar hasta que el drenaje sufrió una obstrucción. Su empeoramiento irreversible se produjo cuando sufrió un arrancamiento del drenaje involuntario durante un periodo de agitación (...). No hay evidencia de relación causal entre el retraso en la colocación del primer drenaje ventricular y el fallecimiento (...), pues la paciente recuperó un nivel de consciencia normal tras la colocación de este primer drenaje y su empeoramiento se debió al arrancamiento del mismo (...). Por todo lo anterior, no consideramos justificada la reclamación".

**12.** Mediante oficio notificado el día 23 de junio de 2006, se comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, remitiéndoles una relación de los documentos obrantes en él.

**13.** El día 29 de junio de 2006, uno de los reclamantes comparece ante las dependencias del órgano instructor y solicita una copia de todo el expediente,

que se le entrega, de todo lo cual se deja constancia en el acta levantada al efecto, suscrita por una funcionaria y aquél.

**14.** Mediante escrito presentado en la oficina de Correos de ..... el día 13 de julio de 2006, los interesados formulan alegaciones, remitiéndose "en lo sustancial a lo ya expuesto" en su reclamación de responsabilidad patrimonial. En él señalan que "los informes encargados por la Administración (...) son (...) parciales, sesgados e interesados. El primero, aunque reconoce el retraso existente en el diagnóstico y asistencia, lo considera normal y niega, pese a la evidencia, la existencia de pérdida de oportunidad. El segundo considera como causa del fallecimiento el mal funcionamiento del drenaje al "arrancárselo" la paciente en ya grave estado de deterioro mental". Añaden que, "en su empeño por emitir un dictamen favorable a la Administración, habla de síntomas inespecíficos al ingreso que no hacían sospechar la grave dolencia y considera "normal" un retraso de "una semana". Olvida (...) que desde el mismo momento del ingreso el facultativo que atendió a la paciente sospechó la posibilidad de existencia de "tumor cerebeloso", motivo por el que solicitó un TAC para "descartarlo" el 3 de octubre de 2000 y que la "mala organización de los servicios hospitalarios motivó que se dilatará injustificadamente. (...) después del diagnóstico el 9 de octubre" no figura "en la historia ni un solo acto médico, análisis, prueba o tratamiento a la paciente durante los días 10, 11, 12 y 13, salvo los controles de enfermería y el suministro de Nolotil y analgésico para la "cefalea" y que "según resulta de las actuaciones penales ni siquiera se ha logrado determinar qué facultativo atendió a la paciente los días 10, 11 y 12 de octubre de 2002", pues el que indica el hospital "afirma que "no lo recuerda", al ser citado como testigo". Se remiten a las conclusiones del Médico Forense en sus sucesivos informes que citan señalando que "sí existió una dilación en la vigilia, alerta médica y petición de actos diagnósticos y terapéuticos, pero por causas administrativas" y que "los días 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de octubre fueron nefastos en la función de vigilancia y alerta médica. La única justificación en la tardanza en la práctica del TAC craneal es la existencia de

días festivos o bien la ausencia de personal. También llama la atención la ausencia de control médico los días 7 y 8 de octubre. Entregando a la suerte del control de enfermería, a pesar de las peticiones de la familia de asistencia médica". Advierte de la importancia de las preguntas que, sostiene, se hace el propio médico forense, como "¿qué hubiera pasado, si la paciente hubiera ingresado en el ( `Y´ ) el día 3 de octubre, o bien en otro hospital con servicio médico de Neurocirugía?" o "¿qué hubiera pasado, si no se hubiera dilatado tanto la práctica del TAC craneal, y se hubiera realizado el mismo día 3, y ese mismo día resulta programada para intervención de drenaje?". Termina citando el informe del fiscal, según el cual, entiende, existió en los siguientes términos "una dilación en la vigilancia, alerta médica y petición de actos diagnósticos y terapéuticos imputables a causas administrativas o circunstancias de funcionamiento y gestión de la propia estructura hospitalaria".

**15.** Con fecha 19 de julio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias formula propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación presentada. En su fundamento de derecho tercero se subraya que "la actuación de los profesionales sanitarios (...) ha resultado correcta y ajustada a la `lex artis profesional´. No hubo retraso en el diagnóstico durante el ingreso en el ( `X´ ) (...). Tampoco hubo abandono ni retraso en la asistencia recibida en el `Y´, demorando la cirugía al control de la hipertensión intracraneal, como sostiene la mayoría de los autores". Considera que "parece avalar este argumento el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de ..... que (...) señala que no existen indicios de una práctica médica incorrecta, ni que el fallecimiento de la perjudicada pueda ser atribuido a dejadez, impericia o negligencia de los profesionales médicos que la trataron".

**16.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de agosto de 2006, registrado de entrada el día 8 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad

patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

**17.** El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de noviembre de 2006, con suspensión del cómputo del plazo para la emisión de dictamen, acordó solicitar que se completara el expediente con la remisión del auto o sentencia que pone fin a las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado ....., así como el documento que avale su notificación y los que demuestren la legitimación de los reclamantes.

**18.** Mediante oficio del Presidente del Principado de Asturias, de fecha 24 de enero de 2007, se da cumplimiento a lo interesado, remitiendo los originales de los documentos justificativos de la legitimación de los reclamantes.

**19.** Con fecha 9 de febrero de 2006 (*sic*, en realidad de 2007), el Presidente del Consejo Consultivo solicita al Presidente del Principado de Asturias, que se informe sobre diversos extremos en orden a determinar la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión padecida.

**20.** Dando cumplimiento a lo interesado, el día 27 de mayo de 2008, el Presidente del Principado de Asturias remite informes emitidos por los Servicios de Urgencias y de Neurología del "X" y por el Servicio de Neurocirugía del "Y".

En el informe suscrito por el Jefe de la Unidad de Urgencias del "X" con fecha 13 de marzo de 2007, se indica que la perjudicada "no se encontraba en situación terminal en su consulta en Urgencias (...) el día 24 de septiembre de 2000".

En el informe emitido por un facultativo de la Sección de Neurología del "X", de fecha 8 de marzo de 2007, se hace constar que "en esas fechas (24 de septiembre de 2000), (la perjudicada) no se encontraba en una situación

terminal, la paciente estuvo ingresada en la Sección de Neurología" desde el 3 al 9 de octubre de 2000, "por una clínica de cefalea occipital de unas 3 semanas de evolución que se había agudizado la última semana acompañada de náuseas y vómitos y objetivándose una inestabilidad en la marcha con pulsión de predominio hacia la derecha, teniendo las funciones superiores completamente normales. (...) las pruebas realizadas en este centro fueron enfocadas como pruebas diagnósticas. Una vez confirmado el diagnóstico clínico y de neuroimagen se remitió" el día 9 de octubre de 2000 al Servicio de Neurocirugía del "Y", "adjuntándose TAC craneal con y sin contraste así como informe médico del cuadro clínico. (...) el único dato es que la presencia de la tumoración cerebelosa quística se había asociado a una hidrocefalia triventricular obstructiva, motivo por el que había sido enviada" ese día 9 de octubre de 2000 al Servicio de Neurocirugía del "Y".

Según figura en el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía del "Y", fechado el 5 de marzo de 2007, "el TAC craneal (...), practicado en el (X), mostró la presencia de un proceso expansivo, quístico de cerebelo, compatible con astrocitoma con hidrocefalia triventricular. Dicho tumor se detectó correctamente a tenor de los síntomas que tenía la paciente y propició el traslado al Servicio de Neurocirugía del Y. No hubo (...) detección tardía del tumor (...). Tras la detección (...), procede (...) completar el estudio con los datos que estime el neurocirujano (...) y (...) tratar la hipertensión intracraneal (...) con corticoides y diuréticos (se pautó esta medicación en el día de su ingreso, el 9 de octubre de 2000) y si fuera preciso con medidas quirúrgicas (drenaje ventricular externo de líquido cefalorraquídeo, que se practicó el día 14 de octubre de 2000) (...). Normalmente se solicitan todos los estudios complementarios en el día del ingreso. Así debió suceder en el presente caso. El volante de solicitud de RM no se localiza actualmente en la historia clínica ni (...) estaba al emitir nuestro primer informe de fecha 10 de marzo de 2006. Puede ser debido (...) a que el volante se envía al Servicio de Rayos X y no siempre se devuelve con el estudio practicado. No nos consta que este estudio se solicitase con urgencia, pero sí su reclamación urgente días más tarde (...).

La implantación de un drenaje ventricular externo no dependía (...) de la práctica previa de una RM, pues ya se conocía la existencia de una hidrocefalia por el TAC. La indicación estaba más en función de la situación clínica de la paciente y de la respuesta a la medicación previamente establecida". Se valoraron en "esta situación los riesgos de un procedimiento quirúrgico, sus posibles complicaciones y el carácter transitorio de este método. La evolución posterior fue de inmediata mejoría, seguida de complicaciones y deterioro neurológico, ya expuestos en informes previos".

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 establecido 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 dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados 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 presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el procedimiento que examinamos, se presenta la reclamación el día 29 de julio de 2005 y el fallecimiento del que trae causa se produjo el día 17 de octubre de 2000, lo que pudiera conducirnos a concluir que aquélla se encontraba fuera del plazo de un año legalmente determinado.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que consta en el expediente la instrucción de un procedimiento penal por los mismos hechos que ahora originan la reclamación administrativa, que dio lugar a las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado ..... del Juzgado de Instrucción N.º 2 de ....., y que concluyó con el Auto de 29 de julio de 2004.

A este respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. Es doctrina consolidada del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª) que la “adecuada interpretación de este precepto legal exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el presente caso coinciden los sujetos intervinientes y los hechos enjuiciados, por lo que debemos tener en cuenta que el orden jurisdiccional penal ha declarado probados unos hechos que son relevantes para el

procedimiento ahora examinado. Ello nos obliga a considerar interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial. En consecuencia, partiendo de la fecha que consta como propia del pronunciamiento judicial, consideramos que la reclamación se ejerce dentro del plazo legalmente establecido.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución. Hemos de señalar que, si bien no se comunicaron a los reclamantes los informes emitidos a petición de este Consejo, posteriores al trámite de audiencia, no apreciamos que dicha omisión les haya ocasionado indefensión alguna, pues en ellos no se consignan hechos nuevos, sino que se reiteran los ya documentados en la historia clínica de la perjudicada.

Advertimos, sin embargo, que la comunicación dirigida a los interesados, a los efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, omite la fecha de recepción de la reclamación y el plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento.

Por último, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación el día 2 de agosto de 2005, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 8 de agosto de 2006, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, el cual atribuyen a la asistencia sanitaria que le fue prestada, y que consideran totalmente inadecuada.

La realidad del fallecimiento de la perjudicada consta acreditada en el expediente. Ahora bien, concretado el daño alegado, el hecho de que éste se haya producido en el ámbito del servicio público sanitario no puede determinar, sin más, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como hemos sostenido en dictámenes anteriores, 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 aparezca con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de

conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con una garantía de curación.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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. También hemos de subrayar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, los interesados tienen la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata el fallecimiento de la perjudicada.

A juicio de los reclamantes, se ha producido un “abandono de la paciente” que, “de haber recibido un tratamiento a tiempo, no habría fallecido”. Se remiten, en apoyo de su argumentación, a las actuaciones penales seguidas tras su denuncia, según las cuales -dicen- “ha existido un defectuoso funcionamiento de los servicios hospitalarios y una dilación en la vigilancia, alerta médica y petición de actos de diagnóstico y terapéuticos”.

Sin embargo, este Consejo no puede alcanzar la misma conclusión, a tenor de la documentación obrante en el expediente. En efecto, el forense, con fecha 11 de junio de 2001, manifiesta que la atención recibida en el “X”, “por los datos aportados en la historia clínica, se podría afirmar que se ajusta a la *lex artis*”, y al valorar la atención y procedimiento médico y terapéutico

seguido en el `Y´ señala que “se puede afirmar también que sí se ajusta a la *lex artis*”.

La apreciación forense es recogida en el Auto de sobreseimiento del Juzgado de Instrucción N.º 2 de ....., de 29 de julio de 2004, que sienta, en sus fundamentos jurídicos, que “de los informes finales que el (...) médico forense emite (...) se deriva que no ha existido mala `praxis´ médica”.

Asimismo, tanto el informe técnico de evaluación, como el emitido por dos especialistas en Neurocirugía, consideran que la atención médica prestada a la paciente en ambos centros hospitalarios ha sido correcta y ajustada a la “*lex artis ad hoc*”.

Descartada la infracción de la *lex artis*, debemos analizar si la dilación, “por causas administrativas”, en la vigilia, alerta médica y petición de pruebas diagnósticas y tratamientos, a la que alude el Juzgado, conlleva la responsabilidad que se reclama, por ser, como argumentan los interesados, la causa del fallecimiento de la perjudicada.

Según el informe emitido colegiadamente por dos especialistas en Neurocirugía, no hay “pruebas sobre una relación causal directa entre el supuesto retraso de colocación de drenaje ventricular y el fallecimiento de la paciente” y especifican que “La colocación del drenaje no se consideró urgente en la valoración (...) al día siguiente de su ingreso, dada su exploración clínica, con un nivel de consciencia normal y sin focalidad neurológica”. No consta en la historia clínica -como afirman los reclamantes- que hubieran sido informados de la necesidad de colocación del drenaje de forma inmediata en el momento del ingreso de su esposa y madre respectivamente en el “Y”. Al respecto, informan los neurocirujanos que “el drenaje fue colocado de forma urgente en la madrugada del día 15 (*sic*, a tenor de la historia clínica fue en la del día 14), cuando se evidenció un deterioro del nivel de consciencia de la paciente, y una vez colocado (...) recuperó nuevamente su nivel de consciencia normal”.

El Jefe del Servicio de Neurocirugía del “Y” expone en su informe que “la implantación de un drenaje ventricular externo” se realizó “en función de la situación clínica de la paciente y de la respuesta a la medicación previamente

establecida". Se valoraron en esta "situación los riesgos de un procedimiento quirúrgico, sus posibles complicaciones y el carácter transitorio de este método".

Los neurocirujanos señalan que, hasta la colocación del drenaje -madrugada del día 14, cuatro días y medio después de su ingreso en el "Y"-, "se consideró más recomendable mantener un tratamiento médico frente a los signos de hidrocefalia y el edema de la tumoración de fosa posterior", dado que la paciente presentaba un estado neurológico sin signos clínicos de hipertensión intracraneal. Efectivamente, según consta en las hojas de órdenes terapéuticas, entre los días 9 y 13 de octubre se mantuvo la administración de Dexametasona (corticoide antiinflamatorio), iniciada el día 9 en el "X" tras diagnosticarle el astrocitoma quístico cerebeloso con hidrocefalia triventricular.

También se ha justificado técnicamente la procedencia de anteponer el tratamiento del edema a la exéresis del tumor. Así, el informe técnico de evaluación subraya que cuando existe hipertensión intracraneal por hidrocefalia, "es preferible no intentar la exéresis del tumor hasta después de reducir la hipertensión intracraneal", y el Jefe del Servicio de Neurocirugía del "Y" aclara que "tras la detección (del tumor) procede (...) tratar la hipertensión intracraneal (...) con corticoides y diuréticos (...) y si fuera preciso con medidas quirúrgicas (drenaje ventricular externo de líquido cefalorraquídeo)". A mayor abundamiento, el médico forense apunta, en su informe de 11 de junio de 2001, que el criterio común indica que es preferible anteponer la reducción de hipertensión intracraneal a la exéresis".

En cuanto a la causa del fallecimiento, el informe emitido colegiadamente por los neurocirujanos especifica que "no ha sido el cuadro de hipertensión intracraneal inicial cuando la hidrocefalia estaba sin tratar, sino una reactivación de la hidrocefalia por pérdida del drenaje ventricular, al arrancárselo la paciente a pesar de una rápida colocación del mismo". Extraen dicha conclusión del hecho de que "el empeoramiento de la paciente se produjo cuando ésta arrancó el drenaje ventricular durante un episodio de agitación y de forma involuntaria. A pesar de la rápida realización de un TAC de control y

de la nueva colocación de un drenaje ventricular externo (...) no mejoró; es posible que el periodo de tiempo sin drenaje funcionando supusiera una reactivación de la hipertensión intracraneal por hidrocefalia y expansión de la tumoración cerebelosa que dañase irreversiblemente las funciones del tronco cerebral” y explican que “esto es así porque, una vez colocado un drenaje ventricular, la producción y salida del LCR se acomodan a la existencia del drenaje, y el empeoramiento clínico y la lesión del sistema nervioso ante una obstrucción brusca del mismo es mucho más rápida”, añadiendo que “aun cuando el drenaje inicial se hubiera colocado el día del ingreso de la paciente, de haberlo así considerado el facultativo responsable de la atención de la enferma, el fallecimiento (...) podría haberse producido de la misma manera en caso de haberse obstruido o arrancado el drenaje, tal y como sucedió a posteriori”. Terminan concluyendo que “no hallamos (...) relación causa efecto entre el momento de colocación del primer drenaje ventricular y la muerte de la paciente”.

Además, según informa el Servicio de Neurocirugía del “Y” el 10 de marzo de 2006, por “su localización, ocluyendo el 4º ventrículo”, el tumor “ni estaba superficial, ni tenía un relativo fácil acceso y la cirugía conllevaba un riesgo notable”.

En el trámite de audiencia, los reclamantes consideran que los informes son “parciales, sesgados e interesados” y que “en su empeño por emitir un dictamen favorable a la Administración, hablan de síntomas inespecíficos al ingreso que no hacían sospechar la grave dolencia y consideran `normal´ un retraso de `una semana´”, insistiendo en sus alegaciones anteriores; pero lo cierto es que no aportan prueba o indicio alguno que los apoye técnicamente.

Es más, el informe emitido por el médico forense el día 26 de septiembre, coincide con el de los especialistas en Neurocirugía en cuanto a la causa del fallecimiento. Según aquél, “la fisiopatología de la muerte parece ser debida a la movilidad por hiperpresión del tallo cerebral. Esa circunstancia podía ser el resultado final del efecto drenaje. En este caso todas las circunstancias de asistencia no habrían influido en (el) momento y (la) causa de muerte”.

Descartada la espera como causa del daño, debemos añadir que los plazos de realización de las pruebas se encuentran por debajo de los fijados como máximos para las solicitudes con prioridad 1 en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre las Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud. Dichos plazos se tendrán como referencia -según su artículo 3 apartado 1- hasta el que Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establezca los criterios de priorización.

Estos plazos máximos, según se recoge en el anexo III del citado Real Decreto, son de 15 días para la realización de pruebas diagnósticas solicitadas con carácter preferente y de 30 días para las intervenciones quirúrgicas que no admiten una demora superior. En el "X", el escáner se realizó en un plazo de 6 días (fue solicitado el día 3 y practicado el día 9 del mismo mes), y en el "Y", la RNM se intentó efectuar en un plazo de 5 días (se solicitó el día 11 de octubre de 2000 e iba a llevarse a cabo el día 16), por tanto, como señala el informe técnico de evaluación, "todo el proceso asistencial se sustancia en un periodo de tres semanas, el comprendido entre el 24 de septiembre y el 17 de octubre de 2000".

En definitiva, consideramos que no ha quedado acreditado que la espera por un tratamiento médico o los plazos de realización de las pruebas diagnósticas y de la intervención quirúrgica hayan sido las causas del fallecimiento de la perjudicada, lo que impide declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias. Resulta materialmente imposible que el servicio público sanitario atienda inmediatamente a todos los pacientes, por lo que no puede apreciarse la responsabilidad de la Administración sanitaria por el solo hecho de una espera en la atención médica, ligada a criterios médicos y terapéuticos.

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 don ..... y don ....."

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.