

Expediente Núm. 281/2009  
Dictamen Núm. 146/2010

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de junio de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de mayo de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos a consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de mayo de 2008, los interesados formulan -frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)- una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, el día 2 de febrero de 2008, que atribuyen al funcionamiento anormal de los servicios públicos sanitarios.

Inicia el relato de los hechos el esposo, quien dice actuar en su nombre y en el de su hijo. Manifiesta que “el día 20 de febrero de 2007, al levantarse por la mañana”, la fallecida “observó una inflamación en su ojo izquierdo”, por lo que ese mismo día acudió a su médico de cabecera, que le indica que la misma “se debe a rascarse el ojo (...) y, sin más, le receta una pomada”. Al persistir el cuadro, a la semana siguiente visita de nuevo a su médico que le recomienda seguir con el tratamiento, pero “la inflamación no sólo no remite, sino que aumenta cada día, con salida del ojo de la órbita ocular”. Por ello, “la paciente solicita que se la envíe a un especialista, a cuyo requerimiento, sorprendentemente, su médico se niega”.

Señala que, en mayo de 2007, la paciente fue vista en la Sección de Nefrología del Hospital ..... para descartar que la patología ocular fuera consecuencia de otro tipo de lesión interna, “pero no le detectan nada”. De allí la remiten a la Sección de Oftalmología del mismo centro y la doctora que la trata “le observa un bulto en el ojo”; le “hace una biopsia”, con resultado negativo; “le receta unas pastillas”, y la deriva a Medicina Interna, permaneciendo 11 días ingresada sin que le hallaran “nada extraño”. Tras un nuevo ingreso, y “ante la ausencia de diagnóstico”, la envían a un centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma para ser tratada, “al parecer”, por un “especialista en órbitas oculares”, siendo operada el día 15 de octubre de 2007 “sin saber el resultado de dicha intervención” y, cuando acuden a revisión, el médico “les indica que no sabe de qué enfermedad está aquejada la paciente”.

Continúa narrando que a finales de enero de 2008 a la perjudicada le diagnostican gripe, que acude en cinco ocasiones al centro de salud, empeorando día a día, y que se dirige al Servicio de Urgencias, “donde, después de examinarla” y sin saber lo que tiene (...), la ingresan en la UVI (...), se estabiliza” y el día 30 de enero le dan el alta en esa Unidad “por mejoría”. Añade que “la bajan a planta con el diagnóstico de síndrome de Goodpasture”, siendo la primera vez que le mencionaron tal dolencia, y, “sorprendentemente,

sólo cuarenta y ocho horas después” la paciente fallece, indicándole al compareciente que tuvo una hemorragia cerebral masiva”.

Considera “evidente que se ha producido un error de diagnóstico y/o médico”, y reclama una indemnización de ciento veintitrés mil doscientos seis euros con cuarenta y nueve céntimos (123.206,49 €) por los daños morales sufridos, correspondiéndole al cónyuge viudo la cantidad de 103.390,06 € y a su único hijo, mayor de veinticinco años, la de 8.615,84 €, “incrementadas ambas cantidades en el 10 por ciento de factores de corrección”.

Solicita, además, una copia completa del historial médico de la fallecida, “en el improbable supuesto de desestimación” de esta reclamación previa.

**2.** El día 15 de mayo de 2008, la Inspectora designada al efecto solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la asegurada y un informe sobre el desarrollo del proceso asistencial.

Con esa misma fecha, solicita a la Dirección Gerencia del centro hospitalario una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de los Servicios de Oftalmología y de Medicina Interna.

**3.** Mediante escrito notificado al reclamante el día 22 de mayo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio Instructor) le comunica la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará en el referido Servicio. Asimismo, le advierte que dispone “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación, para acreditar (la) capacidad de representación en nombre de su hijo”, así como su “condición de esposo de la fallecida”.

**4.** Con fecha 29 de mayo de 2008, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor una copia del “parte de reclamación” y de la historia clínica de la paciente. En ella constan, entre otros, los siguientes documentos: a)

Informe del Área de Urgencias, de fecha 31 de enero de 2007, en el que se indica que “acude por edema palpebral sup. e inf. de ojo izdo. desde hace 15 días”, consignándose como impresión diagnóstica “blefaritis en ojo izdo.” y pautándose tratamiento. b) Informe de alta del Servicio de Oftalmología II, de 17 de marzo de 2007, en el que consta que “ingresa el 13-03-07 por sospecha de masa orbitaria para tratamiento y estudios sistémicos”; que es intervenida “el 16-03-07, bajo anestesia local, realizándose biopsia-exéresis de conjuntiva en ojo izquierdo. Se envía muestra a Anat. Patológica. Sin complicaciones”, y que es dada de alta “por mejoría clínica y pendiente de resultados”, con un tratamiento específico. c) Informe de Anatomía Patológica, de 22 de marzo de 2007, con el diagnóstico de “perivasculitis linfocitaria sin otras alteraciones significativas”. d) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico II, de 23 de marzo de 2007, sobre escáner orbitario practicado el día 14 del mismo mes, en el que se halla, “a nivel de la región más antero-superior e interna de la órbita izquierda (...) un nódulo de 1,3 cm, que se realza intensamente tras la administración de contraste, y cuyas posibilidades diagnósticas varían e incluyen desde linfoma, melanoma e incluso lesión metastásica, aunque (...) una lesión benigna (tipo granulomatosa) no puede ser descartada”. e) Informe del Servicio de Medicina Interna, de día 15 de mayo de 2007, en el que se especifica como fecha de la primera visita el día 3 de abril de 2007, que ha sido “remitida de Oftalmología por disestesia frontal izquierda y panvasculitis linfocitaria en tumoración orbitaria” y que se le “propone hospitalización para acelerar estudios ante la falta de un diagnóstico etiológico de un problema inflamatorio local, que mejora con esteroides. Por las alteraciones a nivel renal, se deberían descartar procesos como vasculitis de Wegener”. f) Informe de alta por “mejoría”, emitido por el mismo Servicio el 28 de mayo de 2007, tras ingreso por “tumoración orbitaria”, en el que se consigna que es “remitida desde el Servicio de Oftalmología ante aparición de tumor en órbita de ojo izquierdo con biopsia compatible con perivasculitis linfocitaria para valoración de afectación sistémica” y que, realizadas las pruebas, “no se han encontrado

datos objetivos de enfermedad sistémica”, recomendándose “realizar vida normal” y continuar con las revisiones programadas en el Servicio de Oftalmología. g) Informes del Servicio de Radiodiagnóstico II de fechas 4, 7 y 28 de junio de 2007, relativos a las pruebas instadas, respectivamente, por las consultas de Neurología, Medicina Interna y Oftalmología, que revelan una “lesión infiltrativa del techo orbitario izquierdo fundamentalmente extraconal y preseptal, compatible con pseudotumor inflamatorio como primera posibilidad”; un “engrosamiento mucoso con formación de pequeños quistes de retención en ambos senos maxilares, sobre todo en el lado dcho.”, y un “pequeño osteoma en celdillas etmoidales medias derechas./ Quiste de retención en ambos senos maxilares./ No se observan alteraciones en el resto de los senos paranasales”. h) Hoja de intervención quirúrgica, datada el 16 de junio de 2007, en la que se describe como intervención practicada una “incisión cutánea nasal superior./ Dirección por planos hasta lesión orbitaria. Se realiza exéresis para Anatomía Patológica”. El informe anatomopatológico revela un “seudotumor inflamatorio”. i) Informe del Servicio de Oftalmología II de fecha 20 de julio de 2007, en el que se indica que “no se llega a un diagnóstico definitivo y en Anatomía Patológica solicitan una biopsia escisional completa para realizar biología molecular”. Ante la imposibilidad de realizarla en ese Servicio, se remite a la paciente a un centro hospitalario fuera de Asturias, “tras comentar el caso telefónicamente”. j) Informe de alta del Servicio de Oftalmología del hospital dependiente del Servicio Vasco de Salud al que fue derivada la paciente para cirugía programada, de 16 de octubre de 2007, en el que se detalla que el día anterior, bajo anestesia general, se le practica “orbitotomía anterior vía pliegue palpebral para disección y biopsia de tumor de techo orbitario”, con evolución “satisfactoria, en ausencia de complicaciones, motivo por el que causa alta”. Se le pauta tratamiento domiciliario, se le recomienda evitar esfuerzos y se la cita para una próxima revisión. El día 8 de enero de 2008, y como continuación a este informe de alta, el facultativo de la Unidad de Órbita y Oculoplástica que lo suscribe revela el resultado del estudio anatomopatológico, cuyo diagnóstico es

“proceso inflamatorio crónico inespecífico con ligera eosinofilia” y recomienda “scrining sistémico con pruebas complementarias radiológicas y analíticas de sangre y orina cada 6 meses para descartar posible asociación de proceso reumatológico como causa etiológica de esta inflamación”, aclarando que en la última revisión practicada en noviembre de 2007, la paciente “se encontraba asintomática y estable, motivo por el que (...) no se aconseja otro tratamiento”.

k) Informe de alta del Servicio de UVI, en el que la paciente ingresa el día 24 de enero de 2008, en situación de “fallo respiratorio y renal”, tras un “cuadro de 12 días de evolución de síndrome gripal, fiebre, hemoptisis y epistaxis” del que fue tratada sin mejoría, y al que se asocia “una disnea progresiva y oliguria”, por lo que acude al Servicio de Urgencias del centro hospitalario donde se objetiva una anemia grave sin trombopenia, fallo renal e infiltrados bilaterales en la Rx de tórax. Se detalla que, ante “la sospecha de síndrome de Goodpasture o vasculitis sistémica, se inició tratamiento con esteroides a dosis altas” y, como medidas de soporte, “recibió oxigenoterapia y sesiones de hemodiálisis”, confirmándose a las 24 horas el diagnóstico de síndrome de Goodpasture, por lo que “el tratamiento se intensificó con la introducción de ciclofosfamida y sesiones de plasmaféresis”. La respuesta fue “buena, con mejoría del intercambio gaseoso, aunque la paciente persiste en anuria”. En el momento del alta en la UVI, 30 de enero de 2008, la enferma está “consciente, eupneica y hemodinámicamente estable”, recomendándosele tratamiento. l) Hojas de observaciones de enfermería, de 30 de enero de 2008, en las que se anota, a las 17 h, “llega de la UVI (...), sin incidencias (...). Pasando nutrición parenteral. No náuseas” y, a las 21 h, “pasa a UVI, pte. de cama”. m) Hojas de curso clínico, con anotaciones relativas a los días 31 de enero y 1 y 2 de febrero de 2008. El día 31 de enero se detallan los antecedentes de la paciente y los problemas que presenta en ese momento, señalando como comentario “Sd. pulmón-riñón con Ac antimb. basal + que hace sospechar Sd. Goodpasture y probablemente, dada la evolución, quede en situación de ARC terminal” y se pormenoriza un plan de actuaciones. El 1 de febrero se puntualiza que “se hace

ecografía urgente abdominal./ Hepatomegalia homogénea./ Derrame pleural bilateral (...). Engrosamiento de las paredes del colon sigmoides sin afectación clara de la grasa ¿sigmoiditis? No coincide con la zona del dolor”. Por último, el día 2 de febrero se consigna que “estando previamente bien, la encontramos en coma, con midriasis bilateral (...). TC craneal urgente./ Se comenta con UVI”. Ese mismo día, en la UVI, se anota que “avisan por deterioro del nivel de consciencia. A nuestra llegada la paciente se encuentra con GCS=3 y midriasis bilateral arreactiva. Se practica TC craneal urgente en el que se objetiva hemorragia cerebral masiva no subsidiaria de tratamiento agresivo en UCI”, y a las “12:30 h, exitus”.

**5.** Con fecha 29 de mayo de 2008, el esposo de la fallecida presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias la documentación requerida por el Servicio instructor, consistente en un escrito de su hijo en el que le autoriza a formular la reclamación en su nombre, al que acompaña copia de su documento nacional de identidad, y copias compulsadas del libro de familia, en las que consta el parentesco de ambos con la perjudicada.

**6.** El día 4 de junio de 2008, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia del informe clínico y del historial de la fallecida.

El informe del médico describe, cronológicamente, la atención prestada durante el año 2007 en relación con los hechos objeto de reclamación. La historia remitida contiene las hojas comprensivas de los distintos episodios por los que fue tratada la paciente en su centro de salud, entre los cuales figuran los días 11, 14 y 21 de enero de 2008, respectivamente, gripe, infección respiratoria aguda y epistaxis.

7. Con fecha 10 de junio de 2008, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor una copia del informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna II, suscrito el día 9 de junio de 2008.

En él se indica que la paciente fue vista por primera vez en ese Servicio el día 3 de abril de 2007, remitida desde el de Oftalmología por “perivasculitis linfocitaria en tumoración de órbita”, recibiendo tratamiento desde el día 29 de marzo anterior. Refiere que en los múltiples estudios que se le realizan en busca de enfermedad sistémica se le “detecta HTA de 180/100” y se le practica un amplio examen con “una exploración normal, salvo la afectación ocular, una bioquímica general de sangre con urea normal, creatinina de 0,7, PCR neg., placa de tórax normal”. También se le hace un “estudio inmunológico que tiene unos ANAS positivos patrón 1/80 nucleolar, ANCAS neg., título bajo en principio sin significación patológica” y un “sedimento de orina con proteinuria de + 100 hematíes/campo”. La paciente permanece hospitalizada entre los días 20 y 28 de mayo de 2007 por la perivasculitis linfocitaria, HTA y alteración del sedimento urinario a fin de estudiarla más profundamente y descartar una vasculitis sistémica. Durante el internamiento mantuvo la tensión arterial en cifras normales, “sin ningún tipo de medicación hipotensora, la Rx de tórax fue normal, los anticuerpos antinucleares de nuevo ANAS título bajo resto neg., la proteinuria cuantificada de (...) valor normal, la creatinina de 0,8 mg/dl y el sedimento de orina (...) completamente normal, sin proteinuria, hematuria ni cilindros”. Estima que “no hay datos que apoyen que la patología ocular que tenía la enferma tenga nada que ver con el síndrome de Goodpasture que la paciente desarrolla en enero de 2008 (...), y que (...) aquí el distrés respiratorio (...) y la severa afectación renal (...) ya eran muy significativos del síndrome que posteriormente se demostró”. Concluye afirmando que la paciente se encontró asintomática durante todo ese tiempo, por lo cual se procedió a darle de alta para seguimiento por el Servicio de Oftalmología.



8. Con fecha 16 de junio de 2008, el Secretario General del centro hospitalario remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Oftalmología, firmado el día 10 de junio anterior por una de las facultativas que prestó atención a la paciente, con el V.º B.º del Jefe del Servicio.

En él se señala que la enferma acudió por primera vez a consulta en dicho Servicio el día 12 de marzo de 2007, por un “edema palpebral de un mes de evolución”, no habiendo mejorado con el tratamiento pautado por el Servicio de Urgencias, donde fue diagnosticada de “blefaritis”.

Añade que, tras la exploración hecha, “se aprecia una tumoración en la zona nasal superior de (la) órbita izquierda con edema de párpado” y “un engrosamiento de color asalmonado en la conjuntiva nasal superior”. Las posibilidades diagnósticas son “lesión benigna tipo granulomatosa. Linfoma, melanoma o incluso lesión metastásica”. Se le realiza entonces, el día 16 de marzo de 2007, una biopsia de la tumoración a través de la conjuntiva, siendo el resultado anatomopatológico de “panivasculitis linfocitaria”. Asimismo se le practica un TAC craneal donde se distingue un “nódulo en la región antero-superior e interna de la órbita izquierda”. El estudio se envía al Servicio de Medicina Interna para descartar enfermedad sistémica y se instaura tratamiento con corticoides, mejorando el cuadro, que vuelve a empeorar al descender la dosis de estos. Se decide realizar una RNM -el día 30 de mayo de 2007-, que es informada como “lesión infiltrativa de techo orbitario izquierdo compatible con pseudotumor inflamatorio, sin poder descartar linfoma o tumor metastático”, y una nueva biopsia de la masa orbitaria -el día 15 de junio siguiente-, siendo el resultado de Anatomía Patológica de “pseudotumor inflamatorio sin poder descartar linfoma”. Ante la sospecha de linfoma, se solicita estudio de monoclonalidad B y T, “encontrándose positividad en ambos casos”. No se llega a un diagnóstico definitivo y Anatomía Patológica solicita una “biopsia escisional completa para realizar biología molecular”. Dada la imposibilidad de hacerla en ese Servicio, se deriva a la paciente a la Unidad de Órbita de otro hospital, donde fue intervenida el día 15 de octubre de 2007, constandingo como

diagnóstico en el correspondiente informe “tumor techo orbitario izquierdo pendiente de estudio anatómico patológico”. El resultado del mismo da como diagnóstico final el de “fibrosis e inflamación crónica folicular intra y periglandulares”.

Concluye indicando que la paciente “fue estudiada por Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas y Hematología, a la vez que por el Servicio de Oftalmología, sin haber encontrado ninguna enfermedad sistémica que justificase el cuadro oftalmológico”.

9. Con fecha 27 de junio de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos recogidos en la reclamación y procede a su valoración, señalando que posiblemente la perjudicada “haya sufrido dos procesos simultáneos diferentes”. El primero, el ocular, comienza a principios del año 2007 y del que fue estudiada y tratada en los Servicios de Oftalmología, Medicina Interna y Hematología del Hospital ..... e incluso enviada a la Unidad de Órbita y Oculoplástica de otro centro especializado en octubre del mismo año, el cual, “tras estudios varios emitió el diagnóstico de tumor de techo orbitario, siendo biopsiado (...) para proceder a tratamiento correcto, finalizando el mismo”. El segundo, el síndrome de “Goodpasture”, es una enfermedad que puede tener un comienzo insidioso o bien agudo, como en el caso de la paciente, donde resulta de “una gran agresividad y de un pronóstico sombrío”. No obstante, no puede descartarse que los síntomas oculares fuesen una manifestación de la enfermedad de Goodpasture o vasculitis sistémica, aunque no hay datos que apoyen que dicha patología “tenga nada que ver” con este síndrome que “la paciente desarrolla en enero de 2008, con severa afectación pulmonar y renal; severidad tal que la lleva a la muerte”. Se le realizaron “todos los estudios tendentes a descartar esta enfermedad”, puesto que “se sospechó este diagnóstico a lo largo del año 2007, pero los parámetros clínicos, analíticos y radiológicos eran normales”. Este síndrome “no es común y

su diagnóstico es posible cuando se presenta con toda la virulencia en sus manifestaciones clínicas". La paciente fue tratada convenientemente desde un comienzo y, "a medida que aparecía clínica más específica, fue igualmente estudiada sin regatear estudios, instaurando tratamientos adecuados en todo momento a la clínica más evidente", pero la patología que portaba "era tan grave que la llevó a la muerte a pesar de una correcta actuación de los profesionales médicos intervinientes en su proceso asistencial", por lo que se concluye que la reclamación debe ser desestimada.

**10.** Mediante escritos de 2 de julio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y del expediente completo a la correeduría de seguros.

**11.** Con fecha 14 de octubre de 2008, una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. Tras realizar un resumen de los hechos y una serie de consideraciones médicas, concluyen que "la paciente presentaba un seudotumor de órbita izquierda y posteriormente apareció un cuadro muy sugestivo, clínica y analíticamente, de síndrome de Goodpasture, que mejoró con tratamiento y finalmente falleció por una hemorragia cerebral masiva". El seudotumor orbitario "fue manejado de forma diligente cuando se observó que la blefaritis con la que se manifestó no respondía adecuadamente al tratamiento" y, a partir de ese momento, se hizo un estudio extenso para descartar las posibles causas del mismo, "poniendo a disposición de la enferma todos los medios disponibles". El síndrome de Goodpasture "se manifestó 12 días antes del último ingreso en el hospital, donde se procedió de una forma diligente y efectiva, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, con mejoría notable de la paciente". Este síndrome es "un proceso independiente que no tiene ninguna relación con el seudotumor de órbita que

previamente presentaba”, ya que cuando la enferma fue estudiada a lo largo de 2007 no lo manifestaba, por lo que “la actuación médica seguida (...) ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

**12.** Con fecha 12 de marzo de 2009, se notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Transcurrido el plazo señalado, no consta que se hayan presentado alegaciones.

**13.** Con fecha 5 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en argumentos similares a los recogidos en el informe técnico de evaluación y en el realizado a instancias de la compañía aseguradora, concluyendo que se llevó a cabo una “actuación según (la) *lex artis*”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de mayo de 2009, registrado de entrada el día 20 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo

18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), 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.

Sin embargo, el escrito de reclamación firmado por quien manifiesta ser el marido de la fallecida y actuar en nombre propio y en el de su único hijo, mayor de veinticinco años, no está acompañado de ningún documento público o privado que pruebe tales afirmaciones; por ello, la Administración dirigió a aquel un requerimiento para que acreditase su condición de esposo y la capacidad de representación de su hijo, dando por cumplido tal requerimiento con la aportación de la fotocopia compulsada del Libro de Familia y de un escrito de autorización que dice otorgar el hijo a favor de su padre. A pesar de que con tal documento privado no se acredita la representación de modo fehaciente en los términos que establece el artículo 32.3 de la LRJPAC, la Administración ha continuado la tramitación del procedimiento sin cuestionar la capacidad de quien suscribe el escrito de reclamación en nombre de su hijo. No obstante, si finalmente se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, esta no debería estimar la reclamación formulada en nombre del hijo de la fallecida sin que previamente se requiera al firmante de la misma para corregir tal insuficiencia y que sea subsanada.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de mayo de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la paciente cuyo resarcimiento pretenden los interesados- el día 2 de febrero del mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se les notifica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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

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

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

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

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

**SEXTA.-** En el presente caso los interesados fundamentan su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al sostener que se ha producido un error de diagnóstico de la enfermedad de su esposa y madre, respectivamente, lo que impidió aplicar un tratamiento adecuado a la afección que finalmente condujo a su fallecimiento.

La realidad del daño ha quedado acreditada y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe



presumir que los interesados han sufrido un daño moral que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial que examinamos.

Apreciada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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 obtención de resultados concretos.

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.

Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. La declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los interesados sostienen en su reclamación la existencia de un error en el diagnóstico de la enferma, manifestando "que no se ha emitido un diagnóstico de la enfermedad que padecía la paciente" y que una conducta adecuada exigía la realización de "todas las pruebas necesarias para emitir un diagnóstico que hubiese descartado sin duda la existencia de un carcinoma o, detectado éste, lo hubiera sido en un estado precoz que hubiera permitido un tratamiento que llevase a la curación de la enferma o un periodo de mayor supervivencia". Consideran, en definitiva, que aunque durante todo el año 2007 se le realizaron pruebas por el problema ocular que padecía no se le diagnosticó en ningún momento la enfermedad de base que ya tenía.

Sin embargo, y pese a que les incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realizan, los reclamantes no han desarrollado la menor actividad probatoria, dejando transcurrir incluso el trámite de audiencia sin formular alegaciones o presentar los documentos y justificaciones que estimasen oportunas en apoyo de sus pretensiones. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la

asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada por la Administración sanitaria.

En el supuesto que nos ocupa la paciente presenta un problema ocular desde comienzos del año 2007, siendo atendida por su médico de Atención Primaria y por varios servicios de un hospital público, y es ingresada en este en dos ocasiones para tratarle la dolencia ocular, y especialmente para realizarle múltiples estudios ante la sospecha de una enfermedad sistémica. Fue incluso trasladada a un centro hospitalario situado fuera de la Comunidad Autónoma para ser examinada por un especialista en órbitas oculares, habiendo sido operada en dicho centro en octubre de 2007. En enero de 2008 presenta síntomas de un proceso gripal, por lo que acude a su centro de salud en varias ocasiones; ante su empeoramiento, y tras sufrir una hemorragia nasal que le impide respirar, acude al Servicio de Urgencias, quedando ingresada en la Unidad de Vigilancia Intensiva con severa afectación pulmonar y siendo diagnosticada, el día 30 de enero de 2008, de "síndrome de Goodpasture". Una vez aplicado el tratamiento prescrito y dada su mejoría es trasladada a planta, pero a los dos días presenta un coma, por lo que es llevada nuevamente a la citada Unidad, donde fallece el 2 de febrero.

Los documentos y los informes médicos obrantes en el expediente ponen de manifiesto que la enferma fue tratada de una dolencia ocular a comienzos de 2007, para lo cual se le practicaron múltiples pruebas y estudios ante la sospecha de una enfermedad sistémica. De las diversas pruebas realizadas, entre las que se encuentra un estudio inmunológico (anticuerpos ANAS y ANCAS), concluyen los informes médicos que no se encuentra la enfermedad sistémica que se sospechaba, ya que las mínimas alteraciones que presentaba en los análisis a principios de mayo de 2007 no se confirmaron posteriormente, y se normalizaron otros datos analíticos y radiológicos, no habiendo indicios de que el pulmón y el riñón de la paciente estuviesen alterados. Así lo señala el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario al

indicar que “todos sus parámetros clínicos, analíticos y radiológicos eran normales” y que posteriormente, en el mes de julio y en septiembre de 2007, “la función renal de esta enferma era normal”, y lo corrobora el informe técnico de evaluación. En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido por los especialistas en Medicina Interna al sostener que en el estudio preoperatorio que se hizo a final de septiembre de 2007 no existía alteración pulmonar ni renal. Por tanto, queda acreditado que durante el año 2007 se le realizaron a la paciente numerosos estudios para comprobar que no existiera una vasculitis sistémica y que el resultado de los mismos no evidenció en aquel momento la presencia de esa patología; no presentaba, pues, clínica ni dato alguno que aconsejase un tratamiento o conducta asistencial diferente a la seguida. Los diversos informes médicos que constan en el expediente prueban que en enero de 2008, cuando la enferma ingresa en el centro hospitalario con la grave afectación pulmonar y renal, se le realizan nuevamente diversas pruebas, entre las que se encuentra un estudio inmunológico (anticuerpos ANAS y ANCAS) que ya se le había practicado en la primavera de 2007 con un resultado negativo en aquella época. Sin embargo, en esta ocasión, como pone de relieve el informe técnico de evaluación, el estudio inmunológico ya “establece el diagnóstico (...) de síndrome de Goodpasture o vasculitis sistémica”. Los informes médicos sostienen que la enfermedad diagnosticada consiste en la asociación de hemorragia pulmonar y glomerulonefritis progresiva, que suele aparecer con una insuficiencia renal de rápida evolución y que cuando tiene un comienzo agudo, como en el presente caso, es de “una gran agresividad y de un pronóstico sombrío”, concluyendo el informe técnico de evaluación “que la patología que la paciente portaba era tan grave que la llevó a la muerte”.

Por último, debemos destacar que el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario considera posible que la fallecida sufriera dos procesos simultáneos diferentes: uno, el ocular, que tiene su origen a principios del año 2007, y el segundo, el síndrome de Goodpasture, no habiendo datos que apoyen que la patología ocular que manifestaba tenga

nada que ver con el síndrome de Goodpasture que desarrolla en enero de 2008, lo que ratifica también el informe técnico de evaluación. Por otra parte, el informe emitido por los especialistas en Medicina Interna sostiene que el síndrome de Goodpasture “apareció 12 días antes del diagnóstico, sin que existiese previamente”, y afirma que se trata de un proceso independiente del problema ocular.

Este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudiera ser imputable el fallecimiento de la perjudicada o que pudiera haber influido en el curso de la enfermedad. La documentación que obra en el expediente pone de manifiesto que no se efectuó ningún diagnóstico erróneo, ya que los que en cada momento se realizaron se correspondían con los síntomas que la enferma presentaba y fueron hechos tras practicarse las pruebas correspondientes. Los informes médicos incorporados al expediente no permiten dar por probado que la dolencia ocular que tenía la paciente en el año 2007 tenga relación alguna con el síndrome de Goodpasture que la misma desarrolló en enero de 2008. Al contrario, sí queda acreditado en aquel que el estudio inmunológico que confirma el síndrome de Goodpasture en enero de 2008 ya se había realizado en la primavera de 2007 con unos resultados que descartaban una enfermedad sistémica.

Por tanto, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los interesados y el servicio público sanitario, no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, no quedando acreditado un retraso diagnóstico ni una pérdida de oportunidad terapéutica, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.