

Expediente Núm. 356/2009
Dictamen Núm. 232/2010

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 14 de octubre 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 26 de agosto de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria prestada por el servicio público de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de julio de 2008, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales derivados de la asistencia sanitaria recibida.

Refiere que en fecha “15 de febrero de 2007 (su) marido (...) acude a consulta de su médico de cabecera (...) que le ordena la realización de una placa de tórax”, señalándole que “pasara a recogerla una semana después” y

que, tras pasar a buscarla en dos ocasiones, se le comunica “que se debía haber extraviado”.

Expone que “el día 6 de marzo del mismo 2007 comienza a sentirse mal después de cenar, estando acostado en la cama, y que cuando se incorporó (...) perdió el conocimiento y cayó al suelo, siendo ayudado a levantarse por su esposa, y (que) tras recobrar el conocimiento (...) vomita”. Añade que “en la mañana del día 7 se pide nuevamente cita para ir al médico, el cual se la concede para el día 9”; que “ese mismo día 7 permanece en cama toda la mañana y sobre las 15:00 horas”, al ver que está “muy pálido y que cuando quiere ir al baño pierde el equilibrio, teniendo que ser ayudado”; se le pregunta si quiere ir al médico, respondiendo “que no, que como ya tiene la cita concedida para el día 9, que esperará para acudir”, pero al verlo tan mal se decide llamarlo y, “después de contarle los síntomas, atenderle y tomarle la tensión, que era de 4/9, diagnostica que padece ‘vértigo’, administrándole una inyección” e indicándole que “al día siguiente volviese a llamar al médico de guardia”; que siguió acostado y “sobre las 23:40 horas acudió al baño desde donde llamó a su esposa por encontrarse mal y que cuando esta entra ve que estaba muy pálido y vomitaba sangre, tanto por vía oral como anal, dejándole recostado mientras avisa al SAMU”; que “a los pocos minutos se persona el SAMU en el domicilio y lo encontraron fallecido, practicando la reanimación que resultó negativa, y el médico del SAMU diagnostica ‘hemorragia interna’, haciendo igualmente constar en el informe que se esperaba por resultado de placa desde el día 15 de febrero”; que “personado el médico de cabecera, este indicó a la familia que lo sentía y que realmente había sido un fallo del sistema, con lo que si deseaban iniciar acciones tenían toda la razón”.

Por último, afirma que “a resultas de la asistencia recibida se produjo (su) fallecimiento, tanto por la asistencia como por la dejadez de asistencia” y valora el daño ocasionado en doscientos mil euros (200.000,00 €), “incluidos (...) los daños morales”.

Fija como domicilio a efectos de notificaciones el despacho de un letrado Y comunica que se ha presentado “reclamación ante el Ministerio de Sanidad, que (se) declara incompetente (...) en fecha (...) 15 de mayo de 2008”.

Al escrito de reclamación se adjunta la siguiente documentación: a) Historia clínica del fallecido en el centro de salud, en la que constan, entre otros, un episodio de episodio de “esputo hemoptoico”, abierto el día 15 de febrero de 2007, y descrito como “tos con hemoptisis en cinco ocasiones, pequeña cantidad de sangre roja. No síndrome general. Había tenido algo de catarro previamente” y se solicita radiografía; y otro de mareo/vahído “sin síncope”, datado el 7 de marzo de 2007, por atención urgente a las 16:30 horas, figurando anotado que “acudimos a domicilio porque llamó esta mañana y le daban cita para el viernes (...). Anoche caída en domicilio, mareo con sensación de giro y luego vomitó, estaba desorientado y tuvieron que ayudarle a levantarse, hoy persiste mareo en cuanto se incorpora. No otra clínica. Está muy preocupado por los resultados pendientes de una radiografía”. En la exploración presentaba “TA 90/45. SatO2 98%. FC 120 lpm. AC RsCsRs taquicárdico. AP hipoventilación en ambos vértices con auscultación ruda y roncus. Exp. neurológica básica dentro de límites normales” y fijando como plan Dogmatil y “avisar mañana a su médico”. El día 8 de marzo de 2007 se refleja que “fue atendido por SAMU esta noche por un episodio de hemorragia interna siendo exitus a las 12:30 de la noche./ Se acude a domicilio. La familia recrimina la situación./ Se comenta que con fecha (...) 7 de marzo la Rx todavía no había llegado al centro. En las dos ocasiones que se habló telefónicamente con el paciente estaba asintomático y no había tenido episodios de hemoptisis”. El día 9 de marzo de 2007 se indica que “no hemos recibido aún informe de la radiografía. Entrego a la familia informe del SAMU. Quieren información sobre la historia clínica del paciente, por lo que se comenta que realicen una petición a Gerencia./ Se comenta acompañamiento del duelo a familiares y si consideran oportuno por otro profesional del centro ajeno al proceso para evitar interferencias emocionales./ Al abrir el correo al mediodía del viernes me llega el informe de la Rx de tórax que se había reclamado anteriormente. La

realización de la Rx fue el 19 de febrero y el informe está firmado de 23 de febrero. El resultado es dentro de límites normales". El día 2 de abril de 2007 se hace constar que "la familia solicita informe certificando que no presentaba ninguna enfermedad en el momento del fallecimiento". b) Informe médico forense, de fecha 30 de junio de 2007, en el que se señala que el paciente, una persona relativamente joven sin antecedentes de interés, "comienza con un cuadro de hemoptisis de 1 mes de evolución que luego desaparece, según su familia. De manera brusca y en poco más de 24 horas realizó un cuadro de hemorragia digestiva masiva que le llevó a la muerte". Se descarta que la realización de la radiografía y el tiempo en que fue informada "tengan relación con el fatal desenlace". Sí "parece que la gravedad del inicio del cuadro clínico del fallecido en la noche del día 6 precisaría de una atención médica que no se produjo (...). Asunto este sólo achacable al propio fallecido y (a) su familia", aunque "la atención médica del servicio de urgencia parece asimismo reprochable", puesto que los síntomas de "tensión baja con una taquicardia en paciente que ha vomitado puede indicar una presencia de pre shock, y por tanto tomar o prever medidas que no se realizaron". Concluye que no se han producido las condiciones necesarias y precisas para llevar por vía penal las imprudencias y/o negligencias médicas, por lo que la actuación médica no debe ser reprochable en esta vía. c) Informe clínico asistencial emitido por el SAMU el 8 de marzo de 2007, según el cual "a nuestra llegada el paciente está tendido en el baño, inconsciente, sin respiración espontánea y sin pulso, con restos de sangre en boca y heces melénicas. Se inician maniobras de resucitación" que se suspenden por falta de respuesta a los 25 minutos. Según refieren sus familiares, "desde hace 15 días está a estudio por esputos hemoptoicos, pendiente de Rx". Como juicio clínico se anota "PCR sin recuperación".

2. El día 13 de agosto de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII una copia de la historia clínica relativa al proceso asistencial del

paciente, así como un informe actualizado del médico de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias que le atendió.

3. Mediante escrito notificado el día 21 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación en la Administración del Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, le concede un plazo “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación para acreditar la condición de (...) esposa del perjudicado fallecido, por cualquier medio válido en derecho”.

4. Obra incorporado al expediente un escrito, rubricado el día 1 de septiembre de 2008 por el letrado cuyo despacho fue designado como domicilio a efectos de notificaciones por la reclamante. En él manifiesta que “se ha cometido un error en la transcripción de los datos por esta parte y se ha realizado la reclamación por la esposa, pero en su lugar se escribió el nombre de la hijastra”; que “mediante el presente escrito indicamos y acreditamos que la reclamación se encabeza” por la esposa del fallecido “según certificación literal de matrimonio que aportamos en este acto, así como la de fallecimiento del perjudicado”. Finaliza indicando que “subsana ambos defectos”, y que “la reclamación se encabeza por (...), la esposa, ahora viuda del fallecido, y se aporta la documentación que acredita su condición”. Adjunta certificación literal de matrimonio, datada el 20 de mayo de 2005, así como fotocopia de la certificación literal de defunción ocurrida el día 8 de marzo de 2007.

5. Con fecha 1 de septiembre de 2008, el Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VIII remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado, que, según señala, también fue enviada al Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo por requerimiento del mismo, y los dos informes solicitados.

La historia clínica los siguientes documentos: a) Hojas de episodios en el centro de salud, donde se registran en el año 2006 atenciones por quemadura, insomnio y herida inciso-contusa. Las restantes anotaciones coinciden con las que figuran en el historial adjuntado a la reclamación. b) Informe radiológico del Hospital "X", relativo al estudio de tórax realizado el día 19 de febrero de 2007 y emitido el día 23 de ese mismo mes, en el que consta como orientación clínica "hemoptisis" y como resultado de la placa "dentro de límites normales". c) Escrito del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Langreo, requiriendo la historia clínica del perjudicado, del día 25 de abril de 2007.

El informe emitido por el médico de Familia el día 27 de agosto de 2008 consigna que el perjudicado acude a consulta "el 15 de febrero (...) comentando una expectoración acompañada de pequeña cantidad de sangre roja", que ello "se presenta en el contexto de un cuadro catarral, estando el paciente asintomático y con exploración normal, tratándose clínicamente de una hemoptisis leve no persistente". No refería síndrome general, "pero teniendo en cuenta su historia como fumador se realiza la petición de una radiografía de tórax", se le comenta que "llame para informarle de los resultados y que acuda al centro en caso de aparecer algún signo relacionado con el motivo de su consulta". Añade que en las dos ocasiones que llamó "la radiografía no había llegado todavía" y que "en las consultas telefónicas que realiza nos comunica que permanece asintomático". Señala que el resto del proceso clínico aparece descrito en el historial y aclara que "en la visita a la familia la mañana del 8 de febrero (*sic*) se expresa el malestar (...) por el fallecimiento del paciente, entendiendo el derecho de la familia a establecer reclamaciones si lo considerasen pertinentes, pero en ningún momento expresando que se había tratado de un fallo del sistema en los términos que aparecen reflejados en la reclamación".

La facultativa que prestaba servicios en Atención Continuada el día 7 de marzo de 2007 informa que ese día recibió un aviso del centro de salud para acudir al domicilio del perjudicado. Al comunicarse con un familiar de este le comenta que "está muy mareado, que la noche anterior se levantó, tuvo un

mareo con sensación de giro y vomitó, sufrió una caída y tuvieron que ayudarlo a levantarse porque estaba desorientado". Le indican que se habían puesto en contacto con su médico por la mañana, quien les recomendó acudir a consulta al día siguiente, y que como el enfermo continuaba mareado los dos días que mediaban hasta la cita adjudicada les parecía demasiado tiempo para esperar. A continuación señala que al llegar al domicilio "el paciente refiere el mismo síntoma, mareo en cuanto se incorpora", y no añade ningún otro, pero "sí comenta que está muy preocupado por una radiografía que se hizo hace más de 15 días" y de la que desconoce los resultados. Se le realiza la exploración, presentando "hipotensión y taquicardia, buena saturación de oxígeno, auscultación cardíaca normal y pulmonar con hipoventilación apical y roncus en ambos campos pulmonares", encontrándose la exploración neurológica básica dentro de límites normales. Con estos datos el cuadro se interpreta como "un síndrome vertiginoso y se le administra tratamiento intramuscular con Sulpiride", recomendándole avisar al día siguiente a su médico "para nueva exploración y valoración del tratamiento a seguir". Por último, reseña que la visita domiciliaria se realizó hacia las 16:00 horas y que, al finalizar el turno de guardia a las 22:00 horas, no se había recibido ningún aviso para acudir nuevamente a este domicilio.

6. Con fecha 11 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él valora que la asistencia médica practicada al enfermo no guarda relación alguna con su posterior fallecimiento, pues tanto en la consulta con su médico de Atención Primaria, a la que acude el día 15 de febrero de 2007, con motivo de una expectoración acompañada de pequeña cantidad de sangre en el contexto de un cuadro catarral, diagnosticada como hemoptisis leve no persistente, como en las dos ocasiones que contactó telefónicamente con el centro de salud el paciente estaba asintomático y, aunque la radiografía llegó veinte días después, no presentaba hallazgos patológicos. Asimismo, en la asistencia prestada en el domicilio por el servicio de Atención Continuada, con

los datos de la anamnesis y de la exploración, el cuadro se interpretó como un síndrome vertiginoso y se le administró tratamiento intramuscular con Sulpiride, siendo el diagnóstico correcto sin que existieran en ese momento “motivos claros para adoptar otras ‘medidas pensando en un posible agravamiento de la sintomatología’, como afirma el médico forense, si bien no dice cuáles son esas medidas y más bien parece que lo hace sabiendo ya el desenlace final del cuadro y el diagnóstico de hemorragia masiva que se produjo ocho horas más tarde”. Sostiene que “valorando la actuación médica en el momento de producirse esta y con la información que tenía el médico (...), y no, como hace el forense, después de conocer el resultado final”, ha de calificarse la misma como “correcta, que es lo mismo que hace el mencionado perito judicial cuando al final de su informe valora las conductas de los profesionales sanitarios como adaptadas a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, no reprochables penalmente, al no ser enmarcables dentro del concepto de negligencia o imprudencia médica”. Por ello, concluye que la reclamación ha de ser desestimada, dado que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

7. Mediante escritos de 15 de septiembre de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 4 de diciembre de 2007 (*sic*), una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, todos ellos con amplia experiencia en el Servicio de Urgencias. En él concluyen que “el enfermo falleció repentinamente tras haber presentado en las 24 horas precedentes mareo con giro de objetos (...). El cuadro corresponde a una muerte súbita cuya causa más frecuente es un infarto agudo de miocardio (...). En ausencia de autopsia no se puede asegurar cuál fue la causa de la muerte (...). Aunque el paciente presentase al final de su

vida un vómito con sangre y heces melénicas ello no significa necesariamente que tuviese una hemorragia digestiva. Es (...) incluso más probable que el origen del sangrado estuviese en territorio ORL (...). Las características del paciente y del mareo que presentaba justifican la actuación del médico que acudió a atenderle a su domicilio, diagnosticándole de vértigo y recomendándole (que) acudiese a su médico al día siguiente (...). No puede asegurarse que el enfermo presentase un shock hipovolémico como causa de la muerte, ya que cuando acudió el SAMU (...) estaba en situación de parada cardiorrespiratoria”.

9. El día 18 de marzo de 2009, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. Con fecha 22 de abril de 2009, se presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que se alega, en primer lugar, que es preciso solicitar, para la mejor evaluación de la posible negligencia por parte del Sespa, que se aporte y traslade a los familiares diversa documentación y datos, entre ellos, el informe radiológico, pues el que consta en el expediente “no tiene validez, al carecer de firma del radiólogo responsable”, así como la radiografía en la que se basa el referido informe, “con el fin de evaluar por nuestro médico de valoración corporal si de la misma pudiera observarse algún indicio que acreditara la negligencia de la Administración en el tratamiento efectuado” y “un informe explicativo de por qué se determina que se encuentra dentro de los límites normales y si se apreció algún indicio de alguna patología, aunque fuera incipiente”. Añade que, una vez deberá conferirse un nuevo trámite de audiencia. En segundo lugar, y en relación con los informes médicos de la Administración, manifiesta que con independencia de cuál fuera la causa del deterioro del paciente, “éste sólo puede estar originado por la actuación de los servicios médicos, ya sea por no detectarse la verdadera patología que le afectaba (...), ya (...) porque el

tratamiento efectuado era equivocado, al no tener conocimiento el médico de guardia del informe radiológico” que le hubiera permitido “descartar una de las posibles patologías que producían las dolencias”. Indica que, tal como lo expone el especialista en Daño Corporal consultado, “de la documentación facilitada por la Administración se deduce una negligencia médica, pues con la sintomatología que presentaba el paciente se deberían haber llevado a cabo una serie de pruebas, como son la TC, ecografía abdominal, gammagrafía u otro tipo de exploraciones de imagen avanzadas”. Considera vergonzosa la afirmación de que “fue responsabilidad de los familiares el no acudir a Urgencias”, toda vez que ellos no tienen conocimientos médicos para valorar cuándo es necesario hacerlo. Entiende probada la relación de causa efecto, ya que se le “administró (un) tratamiento médico conforme a un diagnóstico (vértigo) que se ha probado equivocado”, y por tanto no es cierta la valoración del informe técnico de la Administración, pues los profesionales “no utilizaron todos los medios que la lógica propia de la medicina en función de los indicios existentes aconsejaría” y por ello, “no fue su actuación ajustada a la lex artis”. Tras documentar lo alegado citando distintas sentencias, reitera la petición de indemnización ya cuantificada.

11. Con fecha 4 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio instructor interesa del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “X” dos copias de las placas de tórax realizadas al paciente a petición de su médico de Atención Primaria, así como un informe de las mismas a fin de completar el efectuado con fecha 23 de febrero de 2007.

El día 13 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio de Radiología del hospital remite al servicio instructor un escrito en el que se consigna que en los archivos del centro de salud no figuran las mencionadas radiografías, que tampoco están en el archivo de pasivos del hospital; que han sido informadas el día 23 de febrero de 2007 por el facultativo que cita, como “`dentro de límites normales’ y que si existe un registro en papel de dicho informe sin la firma del radiólogo ha de existir el mismo informe con (...) firma impresa”. Culmina señalando que

“se ha informado a la Dirección Médica de Atención Primaria del Área de este asunto, dado que es su competencia la gestión de la historia clínica y, en este caso, de las radiografías del paciente, al ser solicitadas estas desde un centro de salud”.

12. Evacuado un nuevo trámite de audiencia mediante oficio notificado a la interesada el 22 de junio de 2009, mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 23 de julio siguiente se alega que “en principio debemos tener por no existentes ni placa radiográfica ni informe médico de la misma, pues por la Administración no se ha aportado prueba documental de su existencia, lo que evidenciaría una prestación médica inadecuada”, al ser esta la que debería contar “con los medios y la documentación necesaria para probar que actuó conforme (a) los mínimos exigibles por la *lex artis ad hoc*”. Considera que, “en todo caso, todas las posibilidades existentes, ya sea un extravío de la radiografía involuntario o no, que esta no se efectuara o que, como se afirmara en un primer momento, se efectuó pero se remitió tardíamente tras ya haberse producido la defunción, constatan un comportamiento negligente de la Administración”, pues de haber obrado en poder del médico el resultado de las pruebas radiológicas con anterioridad al fallecimiento se hubiera podido pautar el tratamiento adecuado, bien conociendo la causa de sus dolencias o bien descartándolas y realizando pruebas complementarias que determinarían la verdadera causa de las mismas.

13. Con fecha 6 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación y aclarando, en cuanto a la base de las alegaciones formuladas en el segundo escrito presentado por la reclamante, que el informe radiográfico “no se encuentra firmado por estar archivado en soporte informático como ocurre en todos los hospitales, lo que en ningún caso

puede suponer que no se haya realizado”, pues “consta en la historia clínica de Atención Primaria y estaba incorporado en ella”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de agosto de 2009, registrado de entrada el día 28 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.- Es objeto de análisis una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales sufridos por la interesada a causa del fallecimiento de otra persona, a la que se alude, en el primero de los hechos, como marido de la misma.

Tras requerimiento para acreditar la condición de esposa del fallecido, la reclamante indica, sin aportar prueba alguna, que es su hijastra. La ausencia de acreditación de su vinculación con el finado, con el que -según consta- no

compartía domicilio, impide apreciar que su esfera jurídica se haya visto afectada por el fallecimiento.

En consecuencia, 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), debemos concluir la falta de legitimación de la reclamante.

No obstante, en el trámite de subsanación, se alega error en la transcripción de los datos, y que se ha formulado reclamación por la esposa pero que, en su lugar, se escribió el nombre de la hijastra; sin embargo, no se aporta documentación alguna que permita tener por cierto lo afirmado. Al contrario, estimamos que el error ha sido presentar a la reclamante como esposa cuando no lo era. En efecto, el escrito inicial contiene un relato de hechos que solo adquiere coherencia si se examina teniendo en cuenta que la interesada es la hijastra, y la pierde si se cambia a la reclamante. Así, se refiere a los hechos de una sola persona a la que se alude de dos formas diferentes, nominalmente y por su condición de esposa. Si la reclamante es la hijastra y la esposa es otra únicamente se produce un desdoblamiento de la acción, que pasaría a estar realizada por dos sujetos, lo que resulta compatible con el relato efectuado, pero si se cambia a la reclamante, como se pretende, las actuaciones atribuidas nominalmente a la hijastra quedarían fuera de contexto.

En realidad, parece perseguirse una sucesión en la reclamación de todo punto improcedente, pues no estamos ante la transmisión de una relación jurídica, y, por ello, debió darse por finalizada la tramitación de este procedimiento en aquel momento, sin perjuicio de la facultad de la esposa de formular una nueva reclamación.

No obstante, la reclamación se ha formulado extemporáneamente. En efecto, 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”. Al respecto,

debemos señalar 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 las posibles interrupciones en el plazo de prescripción de la reclamación.

En el caso examinado, la reclamación se presenta el día 15 de julio de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 8 de marzo de 2007. La reclamante no ha acreditado eventuales interrupciones en el plazo de un año legalmente establecido, por lo que es claro que fue formulada una vez transcurrido aquel, y por tanto debemos colegir que la acción había prescrito. La interesada manifiesta haber formulado una pretensión anterior frente al Ministerio de Sanidad, que no acredita, pero lo cierto es que aunque justificara la realidad de tal afirmación la conclusión no variaría, pues la presentación de una reclamación ante una Administración que carece de competencia en el asunto, como sucede en el presente caso, no provoca la interrupción del plazo para reclamar ante la competente.

Nuestro dictamen podría finalizar aquí, pero no podemos dejar de llamar la atención de la Administración acerca de los episodios relativos a la radiografía realizada al paciente el día 19 de febrero de 2007, que la instrucción del procedimiento ha puesto de manifiesto, y que al parecer se ha extraviado. En relación con ello, debemos recordar lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. El citado artículo, relativo a la conservación de la documentación clínica, establece la obligación de los centros sanitarios de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, así como el deber de los profesionales sanitarios de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes. Pues bien, el extravío de una prueba radiológica supone una negligencia en el cumplimiento de dichas obligaciones que no parece razonable, y que resulta incompatible con una asistencia sanitaria de

calidad. Ello requiere la adopción de medidas correctoras tendentes a evitar su reproducción, sin perjuicio de la exigencia de responsabilidades individuales, si a ello hubiere lugar.

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.