

Expediente Núm. 286/2010  
Dictamen Núm. 120/2011

**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 31 de marzo de 2011, 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 24 de agosto de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en la red sanitaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de noviembre de 2009, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), por los daños sufridos como consecuencia de lo que estima un erróneo diagnóstico de su enfermedad por parte del servicio público sanitario.

Expone que en 1996 fue “diagnosticada de una neuritis óptica bilateral, sin descartar la existencia de un primer brote desmielinizante”, y que la “etiología fue sometida a estudio, diagnosticándose posteriormente, como episodio de esclerosis múltiple”. Relata que “por aquel entonces” tenía 17 años, y que en el año 2000 le reconocieron “una minusvalía (...) del 69%”. Continúa diciendo que “ese inicial diagnóstico erróneo” se “mantuvo durante 13 años, con un tratamiento específico para la enfermedad que supuestamente padecía”, en concreto hasta el año 2009 en el que le realizaron “diversas pruebas” por parte de “la Unidad de Neurología del Hospital `X`”.

Señala que “no se agotó la realización de las pruebas técnicas exigibles por la lex artis”, dado que de “las tres técnicas para la detección de la esclerosis múltiple (...) no consta que se realizara” el “análisis del Liquor”. Por último, indica que “de haberse realizado todas las pruebas (...) debería haberse diagnosticado de un modo certero la enfermedad (...), como de hecho se hizo en abril de 2009 (...), lo que no fue debido a los avances tecnológicos aplicados (...) inexistentes al tiempo del diagnóstico (...), sino a una errónea interpretación de las pruebas realizadas (...), lo que conllevaría la responsabilidad patrimonial que se denuncia”.

Solicita una indemnización que cuantifica en ciento cincuenta mil euros (150.000 €) por el “daño moral” ocasionado por la “pérdida de oportunidad de obtener un resultado más favorable”, teniendo en cuenta “la duración tan extrema del diagnóstico erróneo hasta su certeza (13 años), la edad “de la paciente (17 años)” y “la gravedad de las secuelas”, puesto que “se le reconoció un grado de minusvalía del 69%”.

Acompaña al escrito una copia de: a) Informe del Servicio de Neurología del Hospital “Y”, de fecha 2 de julio de 1998, en el que consta “paciente (...) diagnosticada de esclerosis múltiple (...) ha sido diagnosticada de la enfermedad en febrero de 1996 en base a una neuritis óptica”. b) Informe sobre el estado de salud e incapacidad laboral de la interesada emitido por el Director Médico del Hospital “X”, de fecha 30 de abril de 2009, en el que se

indica que la paciente, "tras estudios neurológicos completos, fue etiquetada como esclerosis múltiple", pero con el paso de los años y dado que "la evolución clínica" no se corresponde "con el diagnóstico que antecede", vuelve a "ser estudiada por la Unidad de Neurología", tras lo cual se afirma que "hoy, podemos descartar la existencia de tal esclerosis múltiple; y en todo caso mantener la existencia de otras patologías de mucha menor entidad". c) Resolución de la Consejería de Asuntos Sociales, de fecha 6 de octubre de 2000, por la que se reconoce el grado de minusvalía.

**2.** Mediante escrito de fecha 3 de diciembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Con fechas 14 de enero y 25 de febrero de 2010, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica de la paciente e informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna.

En la historia clínica destaca el informe de seguimiento de consultas externas de fecha 26 de noviembre de 2009, en el que se detalla que la paciente tiene "una pérdida de visión en el ojo izquierdo en 1996 compatible con una neuritis óptica con buena recuperación"; mientras estaba ingresada en el Servicio de Medicina Interna, tuvo "una debilidad/hipoestesia izquierda que recuperó bien en lo que a la fuerza se refiere", y continúa señalando que en el año 1996 "se realizaron estudios" en el Hospital "X" y en el Hospital "Y" "encaminados a descartar una enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple, incluyendo: RNM craneal (...), LCR (...), PEV (compatible con neuritis óptica izquierda) y PEES"; se añade que "en ese mismo año fue valorada por el Servicio de Neurología" de una clínica privada con el "diagnóstico final de `neuritis óptica bilateral´"; sigue indicando que los estudios realizados "no

mostraron alteraciones”, y que “desde el año 1996 hasta enero de 2008 no constan revisiones en la historia clínica de este Centro”, desde entonces “nota de modo paroxístico sensación de `hormiguillo´ en miembros izquierdos. Esto puede ocurrir aproximadamente un par de veces al año y dura 2-3 días”, que “relaciona con el nerviosismo”; por otro lado, “desde hace unos 5 meses nota `hormiguillo´ en ambas manos, especialmente por las noches, que llega a ser doloroso (...), también lo nota en el ordenador o al apoyar el brazo en la conducción. Por lo demás asintomática”. En el apartado “últimos estudios”, señala la realización de una “RNM cráneo Cerviño-dorsal (6-08): sin lesiones desmielinizantes claras”, siendo la impresión diagnóstica “síndrome clínico aislado (neuritis óptica) sin criterios de esclerosis múltiple en el momento actual. Probable sd. tunel carpiano bilateral”.

El informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna, de fecha 18 de febrero de 2010, reitera el contenido del informe de seguimiento expuesto y resume los informes realizados por los especialistas del Hospital “Y”.

4. El día 22 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “Y” remite al Servicio instructor copia de los informes que obran de la historia clínica de la interesada.

En el informe correspondiente al ingreso en el Servicio de Neurología del día 10 al 23 de abril de 1996, debido a la pérdida de visión en el ojo izquierdo, consta que se le practicaron, entre otras pruebas, un TC craneal, un LCR, resonancia magnética, Rx de toráx y senos paranasales, potenciales evocados y una segunda resonancia nuclear magnética. Durante dicho ingreso “se describe un cuadro brusco de mareo, cefalea (...), molestias dolorosas a la movilización de extremidades izquierdas”. El tratamiento “con esteroides orales (...) conducen a mejoría del defecto visual”, y se afirma que “la lesión corresponde a una neuritis óptica retrobulbar izquierda de origen no filiado. No debe descartarse la posibilidad de un primer brote desmielinizante”, siendo el diagnóstico “neuritis óptica retrobulbar izquierda”.

Es ingresada de nuevo en el Servicio de Neurología del día 19 de noviembre hasta el día 5 de diciembre de 1996, por “pérdida de agudeza visual en el ojo derecho”. Tras la realización de diversos estudios entre los que se encuentran punción lumbar, potenciales evocados, y RNM, se indica: “nuevo episodio de neuritis óptica retrobulbar” del ojo derecho. Se recomienda “tratamiento sintomático esteroideo”.

Un informe del Servicio de Neurología de 2 de octubre de 1997 señala que “fue vista de nuevo en septiembre del 97, no habiendo presentado nuevos brotes”, no obstante permanece ingresada del día 17 al 19 de diciembre de dicho año “por nuevo episodio retrobulbar del lado izquierdo, con pérdida de agudeza visual severa”; el diagnóstico indica “EM. Nuevo brote desmielizante retrobulbar”. En el informe del Servicio de Neurología de fecha 2 de julio de 1998, consta: “en el mes de mayo del 98 ha tenido un episodio de diplopía que le ha durado 3 días”, tras la realización de la exploración neurológica y la analítica correspondiente se señala que “presenta una anemia” y que “se ha solicitado para iniciar tratamiento con interferon beta-1b”.

El mismo servicio informa el día 18 de febrero de 1999 que la interesada acude por “presentar anemia de tipo ferropénica”, que entienden no guarda relación con la toma de interferon; se añade que “refiere amenorrea” y que “últimamente la paciente tiene problemas de incontinencia urinaria”.

Por último, el Coordinador del Servicio de Neurología, mediante escrito de fecha 19 de marzo de 2010, manifiesta que la “última revisión fue en el año 1999, estando citada el día 17 de febrero de 2000, cita a la que no acudió. Desconocemos evolución posterior de la paciente, así como diagnóstico actual”.

**5.** Con fecha 5 de abril de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Tras la descripción de los hechos recogidos en la reclamación, señala que la “clínica que ha presentado la paciente (...) es la que cualquier manual (...) atribuye a la esclerosis múltiple”; que “a menudo las primeras manifestaciones se presentan como problemas de

visión (...), hormigueo, entumecimiento (...), trastornos en el equilibrio (...), problemas para orinar o defecar, dolores inespecíficos”, que “la aparición y desaparición de síntomas inexplicables y la incertidumbre inicial suele caracterizar el diagnóstico de la esclerosis” y que “el diagnóstico definitivo suele retrasarse por el carácter transitorio de la enfermedad en sus inicios, como por los largos periodos de tiempo que separan unos brotes de otros, así como por la ausencia de una prueba específica para identificarla”. Añade que “no existe ningún tratamiento curativo para la esclerosis múltiple y los (...) disponibles están dirigidos” entre otros fines “a paliar sus síntomas” y que “la paciente ha sido tratada y valorada de acuerdo con la clínica que (...) su evolución ha presentado en cada momento”. Finalmente, en cuanto al reconocimiento de la minusvalía, señala que el hecho de tenerla reconocida “de acuerdo con los baremos de valoración de grado de discapacidad no le impide trabajar”.

**6.** Mediante escritos de 8 de abril de 2010, por el Servicio instructor se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** El día 4 de mayo de 2010 emite dictamen una asesoría privada, suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología.

Afirman en él que “el diagnóstico de esclerosis múltiple se basa en la suma de criterios clínicos y de pruebas complementarias”, pues “no existe consenso sobre las exploraciones complementarias mínimas que deben realizarse de rutina en un paciente con sospecha de EM”; añaden que la paciente tiene inicialmente un episodio de neuritis óptica en el ojo izquierdo, siete meses después en el ojo derecho, ocurriendo posteriormente nuevas recaídas intercaladas con otros síntomas -hormigueos, debilidad y dolor en extremidades, inestabilidad- “asociados muy frecuentemente a la EM”, por lo que asumen que “ante la frecuencia y la severidad de los episodios de neuritis óptica, se emitiera el diagnóstico de EM y se propusiera iniciar en 1998

tratamiento con inmunomoduladores”. Concluyen que “se trata de un caso clínico complejo, cuyo estudio y diagnóstico de presunción se realizó de forma correcta y de acuerdo con los criterios vigentes en cada momento”.

**8.** El día 19 de julio de 2010 se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y se le adjunta una copia de los documentos que forman parte del procedimiento.

**9.** Con fecha 3 de agosto de 2010, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta que “ha existido una prestación irregular al diagnosticarle erróneamente la enfermedad (...), no pudiendo ampararse la medicina pública (...) en la complejidad del caso”. Afirma que “deben rechazarse” los informes emitidos por la asesoría privada y por el Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, pues “no contraatacan con argumentos médico-jurídicos (...) las afirmaciones contrastadas contenidas en la reclamación”, y que “no se niega en ninguno de los dos informes” citados el hecho de que no se realizase la prueba -“análisis del Liquor”- ya citada en el primer escrito de reclamación.

**10.** Con fecha 9 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución de la reclamación en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación y en el dictamen médico realizados a instancias de la compañía aseguradora.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de agosto de 2010, registrado de entrada el día 31 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 26 de noviembre de 2009, y el informe en el que se basa la interesada para descartar el diagnóstico de esclerosis múltiple es de fecha 30 de abril de 2009, 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.

No obstante, 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.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de haber sido erróneamente diagnosticada de una esclerosis múltiple, lo que le “impidió el tratamiento adecuado a la enfermedad que padecía” y le habría ocasionado “el reconocimiento de un grado de minusvalía en un porcentaje del 69%, que podría haberse evitado” con dicho tratamiento.

Resulta acreditado que a la interesada le ha sido diagnosticada una esclerosis múltiple y consta a su vez el certificado del grado de minusvalía que la interesada anuda a la falta de un tratamiento acorde a la dolencia que padecía. En todo caso, en cuanto a la extensión y alcance de los daños que alega, realizaremos la oportuna evaluación en el supuesto de que concurran los presupuestos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

No obstante, hemos de recordar que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y

técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarias y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. En particular, tratándose de actuaciones diagnósticas, en la valoración de la *lex artis* han de tenerse en cuenta, entre otros factores, los síntomas manifestados por la paciente, el carácter especializado del servicio, así como los medios humanos y materiales disponibles en el momento de prestar la atención, o aquellos que fueran razonablemente exigibles.

La perjudicada alega que “en el año 2009”, tras la realización de diversas pruebas, se descartó “el diagnóstico previo, realizado desde hacía 13 años, de esclerosis múltiple”, por lo que entiende que dicho error “le impidió el tratamiento adecuado a la enfermedad que padecía” y le ocasionó “el

reconocimiento de un grado de minusvalía en un porcentaje del 69% que podría haberse evitado con el tratamiento adecuado desde su inicio". Basa su reclamación, fundamentalmente, en el informe de 30 de abril de 2009 del Director Médico del Hospital "X", que afirma que la paciente "fue etiquetada como esclerosis múltiple", pero que con el paso de los años, la evolución clínica "no se corresponde" con dicho diagnóstico, por lo que es nuevamente estudiada "tanto desde el punto de vista de la exploración física, como desde el punto de vista de las pruebas objetivas que deberían confirmar la existencia de la enfermedad", por lo que "hoy, podemos descartar la existencia de tal esclerosis múltiple" y en todo caso "mantener la existencia de otras patologías de mucha menor entidad".

Ahora bien, como ya hemos indicado, incumbe a la reclamante la carga de la prueba de la existencia del nexo causal directo e inmediato entre la infracción de la *lex artis ad hoc* y el daño alegado, lo que implica que no sólo debe acreditar la existencia de una violación de la *lex artis* médica sino, además, probar que a esa infracción -en el supuesto concreto que examinamos, el error diagnóstico que alega- se anuda como efecto directo e inmediato el perjuicio cuya indemnización se reclama, en este caso, el grado de minusvalía del 69%, que estima es consecuencia de la pérdida de oportunidad de realizar un tratamiento adecuado. Sin embargo, la interesada no ha desarrollado la menor actividad probatoria al respecto ni aportado ningún documento o argumentación que sustenten la existencia de tal relación causal. No se ha probado, ni siquiera indicado, cuál habría de ser el tratamiento adecuado, ni en qué medida el prescrito pudo propiciar el resultado final y la minusvalía padecida. En consecuencia, este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de proceso causal referido sobre la base de la documentación que obra en el expediente y de los informes técnicos incorporados por la Administración, frente a los que la interesada no ha aportado otros contradictorios.

De la documentación incorporada al expediente resulta acreditado que a la interesada le realizaron en distintas ocasiones desde el año 1996 hasta el año 1999 en el Hospital "Y", y desde el año 2001 al 2009 en el Hospital "X", numerosas pruebas, entre otras varias resonancias magnéticas, TC craneal, LCR, Rx y potenciales, todas ellas relacionadas con los síntomas que presentaba en cada momento, que comenzaron con la pérdida de visión en el ojo izquierdo, posteriormente también en el ojo derecho, pérdida de fuerza en los miembros izquierdos, diplopía, mareos, pérdida de sensibilidad en el lado izquierdo y hormigueos en ambas manos.

Al respecto señala el informe técnico de evaluación que la "resonancia magnética, exploración neurológica, estudio de líquido cefalorraquídeo y los potenciales son pruebas que confirman el diagnóstico y pueden ayudar a localizar las lesiones en el sistema nervioso central", añadiendo que "no hay una prueba específica para identificar" la esclerosis múltiple; en el mismo sentido se pronuncian los especialistas externos en neurología, concretando que la resonancia magnética es "la exploración complementaria más útil en la actualidad para el diagnóstico temprano de la EM, aunque sus resultados (...) no son patognomónicos".

Con relación al diagnóstico de la interesada no hemos de olvidar que inicialmente padeció una pérdida de visión bipolar, que fue diagnosticada como "una neuritis óptica" la cuál, según el informe de los especialistas externos, "supone en un 25% de los pacientes afectados de EM el síntoma de inicio"; que posteriormente fueron cambiando los síntomas y tras la realización de nuevas pruebas se diagnosticó en un momento determinado "esclerosis múltiple", pero ha de tenerse en cuenta que los especialistas afirman que en el "90% de los casos cursa de forma remitente-recurrente", de manera que el paciente puede recuperarse hasta que aparecen nuevos brotes, y que los síntomas que "puede cursar un brote son extremadamente variables". Además, afirman que "no se conoce del todo si se trata de una forma restringida de EM o de una patología distinta" y que ambos diagnósticos "pertenecen a espectro de las enfermedades

desmielinizantes, se superponen y aún hoy por hoy la neuritis óptica no resulta una entidad del todo clara tanto en lo que se refiere al diagnóstico como al tratamiento”.

Es evidente que la paciente fue manifestando a lo largo de esos años síntomas diversos, que se le realizaron las pruebas adecuadas y que ello condujo a un “diagnostico de presunción”, sin que de ello quepa afirmar la existencia de un “error diagnostico”, pues incluso el último informe médico del Hospital “X”, que refiere “sin criterios de esclerosis múltiple”, añade inmediatamente “en el momento actual”, lo que indica que los diagnósticos en este tipo de enfermedades han de ceñirse a las circunstancias que presente puntualmente la patología.

Respecto a los tratamientos a aplicar, tanto el informe técnico de evaluación como el de los especialistas privados concluyen de manera sustancialmente parecida, puesto que señalan que los brotes se tratan con corticoides y los fármacos que modifican la evolución de la enfermedad son los inmunomoduladores, y en el caso que nos ocupa a la interesada le fueron pautados mayoritariamente corticoides y en una ocasión un inmunomodulador.

Todo lo expuesto nos lleva a compartir la conclusión del informe técnico de evaluación cuando señala que “la paciente ha sido tratada y valorada de acuerdo con la clínica que en su evolución ha presentado en cada momento”. No cabe admitir, por tanto, la imputación concreta realizada por la reclamante al respecto de una “pérdida de oportunidad” consistente en “obtener un resultado más favorable” con otro tratamiento que, por cierto, no concreta, pues no ha de olvidarse que a lo largo de casi todo el período objeto de estudio se le pautaron corticoides, tanto en las etapas en las que estaba diagnosticada como neuritis óptica como en aquellas en las que tenía brotes considerados como de esclerosis múltiple, a excepción del período en el que se pautó interferón beta-1b, fármacos que en ningún momento se acredita a lo largo de la documentación incorporada al expediente que tengan un efecto contraproducente en su evolución. A ello hemos de añadir que la propia

interesada rechazó voluntariamente en varias ocasiones los tratamientos pautados, que no asistió en multitud de ocasiones a las citas programadas y que en largos períodos de tiempo no acudió a revisión alguna.

Por último, y en lo que respecta al daño en relación con el grado de minusvalía, que afirma “podría haberse evitado”, hemos de señalar que la valoración de la incapacidad se basa en el daño objetivo que padece la persona, la pérdida de agudeza visual, con independencia de su etiología, y que el grado de discapacidad no condiciona sus posibilidades de incorporarse al mundo laboral, ya que es la clínica que presente en cada momento la que limitará o no sus posibilidades laborales. En todo caso, ha de tenerse en cuenta que el reconocimiento de la minusvalía es un procedimiento rogado, que atribuye determinados beneficios fiscales a quien la padece, y que es revisable, una vez transcurridos dos años, a solicitud de las personas interesadas, por lo que nada le impediría instar la revisión del grado de minusvalía reconocido.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que no es posible afirmar la existencia de un error diagnóstico, que las pruebas realizadas eran las adecuadas a los síntomas que la interesada presentaba en cada momento, y que los diagnósticos, al igual que los tratamientos -cuando lo permitió la colaboración de la paciente-, se ajustaron a las distintas formas clínicas en las que la enfermedad se manifestó a lo largo de su evolución, de manera que ni el diagnóstico realizado ni los tratamientos pautados -rechazados por la interesada en ocasiones- han supuesto una pérdida de oportunidad terapéutica, por lo que el grado de discapacidad es el resultado de las limitaciones que objetivamente sufría la interesada en el momento en que se llevó a cabo el oportuno reconocimiento médico. Por ello, no apreciamos infracción alguna de la *lex artis* asistencial, y consideramos que los padecimientos que la reclamante atribuye al supuesto error diagnóstico son, en realidad, consecuencia del proceso patológico que sufre, por lo que no existe nexo causal entre el daño alegado y el servicio público sanitario.

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.