

Expediente Núm. 387/2009
Dictamen Núm. 154/2011

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 5 de mayo 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 3 de octubre de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de agosto de 2008, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital que le habría ocasionado la pérdida parcial de visión en un ojo.

Refiere que el día 17 de julio de 2008 acude al Servicio de Urgencias del hospital aquejada de “fuertes dolores (...) en ojo izquierdo y pérdida y deterioro

de visión del mismo" y se le diagnostica "DSNEP OI". Al día siguiente, 18 de julio, acude al Servicio de Oftalmología, donde, tras realizarle unas pruebas, se le diagnostica "coriorretinitis" y se decide que debe "ser evaluada por Medicina Interna". El día 28 de julio inicia tratamiento consistente en "50 miligramos de Prednisona y Omeprazol", supervisado por el Servicio de Oftalmología, "al constar negativos todos los análisis de Medicina Interna". El día 31 de julio vuelve a acudir al Servicio de Oftalmología, sin haber notado mejoría alguna, y le comunican que debe continuar el tratamiento, comprobando una facultativa que ha "perdido visión". La reclamante afirma que, al interesarse por los efectos secundarios del tratamiento, una de las facultativas le responde que "tienes algo devorándote la retina (*sic*) y hasta que sepamos algo más tienes que tomarte el tratamiento". A pesar de la gravedad que implica dicho comentario, no se vuelve a citar a la paciente hasta "pasados 11 días".

Expone que, alarmada por la información recibida, el día 1 de agosto acude a una "consulta privada" en la que "se me realiza exploración (...) y se me informa que se trata de una membrana vascular con una pequeña hemorragia y es necesario realizar varias pruebas para confirmar el diagnóstico. Se me complementa el tratamiento de Prednisona con "Celestone" y "Voltarén" (...) y se me informa ampliamente de esta patología y del tratamiento disponible por medio de inyección intraocular. Se me realiza nuevamente la prueba referida como "escáner" y se me informa que el diagnóstico es una membrana vascular sin líquido, a falta de un angiograma que daría un diagnóstico firme". El día 4 de agosto vuelve a repetirse la prueba en la "consulta privada", obteniéndose los mismos resultados; además, le realizan un angiograma que "confirma el diagnóstico sin lugar a dudas" y ha recuperado de un 40% a un 51% de visión", añadiendo que "por medio del tratamiento en gotas la presión y (el) dolor ocular han disminuido y la mancha central se hace más transparente".

La paciente acude al Servicio de Medicina Interna del hospital el día 8 de agosto de 2008 para saber si "se me prestará nueva consulta" y un facultativo le informa que "desde su Servicio no van a realizar más pruebas".

El día 11 de agosto, acude al Servicio de Oftalmología, donde una facultativa, ante el diagnóstico de la clínica privada, “reitera que no va a cambiar su diagnóstico” de coriorretinitis, aunque finalmente decide repetir “las pruebas, y entre ellas un angiograma”, en las que se fija el diagnóstico de “membrana vascular (...) previsiblemente (...) causada por mi miopía (...). Se me informa que se me debe poner un tratamiento de un medicamento llamado Avastin” mediante una “inyección intraocular” que le aplicará “otra persona con bastante experiencia”, quedando citada para el día 14 de agosto. El día anterior acude al Servicio de Oftalmología para conocer “el nombre de la persona que me realizará el tratamiento” y la doctora que me atiende “me responde que es ella misma (...), a pesar de haberme dicho en dos ocasiones que sería otra persona”. La reclamante manifiesta su “clara desconfianza” en dicha doctora y sus “reticencias a que mi tratamiento sea realizado” por la misma, pues consiste en “inyección intraocular, despierta y colaborando con la misma mientras inyecta en mi ojo el medicamento Avastin”.

En la reclamación reprocha, además, un trato “grosero (...) y en ocasiones humillante” por parte de una doctora del Servicio de Oftalmología, modificaciones en el diagnóstico, desinterés hacia su patología, “una excesiva demora para una patología que actualmente ha provocado la pérdida de mi visión central en el ojo izquierdo”, la vulneración de “mi privacidad y la de mi historial médico”, habiendo llegado a utilizársele, en su opinión, como “caso de estudio”.

Con base en ello, solicita que “se costeen los gastos que (le) ha ocasionado la dejadez y falta de pericia demostrada por la (...) persona que se responsabilizó de (su) caso (...). Se abra expediente a instancia de parte, dadas las serias irregularidades de todo el proceso y la aparición de 3 diagnósticos desde el día 17 de julio hasta el día 11 de agosto (...). Se emita informe por este Servicio relativo a (lo) descrito y las irregularidades presentes (...). Se solicite informe y evaluación a un Servicio de Oftalmología de otro centro hospitalario de la Seguridad Social de otra Comunidad Autónoma”, dado que “es un caso extraño”.

No cuantifica el importe de la indemnización que reclama.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informe del Área de Urgencias del hospital, de fecha 17 de julio de 2008. b) Hoja de seguimiento del Servicio de Medicina Interna con imágenes, en la que constan anotaciones los días 18 y 31 de julio de 2008. c) Cita para el Servicio de Oftalmología para el día 11 de agosto de 2008.

2. El día 29 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, le comunica que dispone de un plazo “de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de esta notificación, para proceder a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistida de su petición”.

3. Con fecha 25 de agosto de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del hospital una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del Servicio de Oftalmología.

4. El día 9 de septiembre de 2008, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la interesada.

5. Con fecha 9 de septiembre de 2008, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de la reclamante en el que cuantifica el importe de la indemnización en once mil seiscientos sesenta y nueve euros con setenta y seis céntimos (11.669,76 €).

Adjunta a su escrito una copia de los presentados por la reclamante ante el Servicio de Atención al Paciente del hospital el día 14 de agosto de 2008 y

dirigidos al Jefe del Servicio de Oftalmología y al Gerente, así como varias facturas de una clínica privada y de una farmacia.

6. Mediante oficio de 25 de septiembre de 2008, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Oftalmología.

En él, emitido el 23 de septiembre de 2008, se refiere que la paciente “fue vista de urgencia el día 17-07-2008 (...), siendo diagnosticada de desprendimiento seroso de neuroepitelio en área yuxtafoveolar de ojo izquierdo con papila con bordes difusos./ Citada al día siguiente en consulta de retina (...), se realizó OCT y AFG. Dichas pruebas diagnósticas sugerían la existencia de un foco de coriorretinitis yuxtafoveolar y otro foco yuxtapapilar./ Se solicita consulta a Medicina Interna” y el día 28 de julio “comienza el tratamiento con corticoides (...). Se cita de nuevo el día 11-08 (...) y, antes de ser explorada, la paciente manifiesta que fue vista con posterioridad” en una clínica privada y que “el diagnóstico fue de membrana neovascular subretiniana en ojo izquierdo./ Le reitero que no modifiqué mi diagnóstico inicial, y que estaría indicado repetir la AFG para comprobar si esos focos de coriorretinitis se habían complicado con la aparición de una membrana neovascular. Una vez que la exploración confirma la complicación citada, le explico el tratamiento que existe para esta patología, y que consiste en la inyección intravítrea de Avastin en quirófano (...). Dado que yo tenía muy próximas las vacaciones (...), le dije a la paciente que iba a ser tratada por otro médico (...). A pesar de ello (...), para no demorar el tratamiento, ante la complicación rápida que había presentado, decido tratarla yo misma, pidiendo un hueco en el quirófano para una urgencia (...). Se avisa personalmente a la paciente por teléfono para que se presente el 14-08 (...). La víspera, la paciente se presenta en mi consulta para decirme que no le merezco confianza y que desea ser tratada por otro médico del Servicio”. Hablo con la otra doctora “en su presencia y ella accede a tratarla mientras fuera yo la que realizara el seguimiento, puesto que la actitud de la paciente era de rechazo y desconfianza hacia toda la actuación en este hospital (...). No

se presentó (...) el día de la cita y, aunque la enfermera llamó a su domicilio y a su móvil (ambos operativos), no se consiguió hablar con ella”.

Finaliza indicando que “en todo momento el manejo de la paciente y su enfermedad fueron los correctos y no existió ningún tipo de descoordinación dentro del Servicio de Oftalmología, ni en su relación con el Servicio de Medicina Interna”.

7. Con fecha 11 de mayo de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “la paciente acudió de urgencia refiriendo disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo el Servicio de Oftalmología del (hospital). La exploración oftalmológica reveló un diagnóstico probable de coriorretinitis (...). El proceso se beneficia del uso de corticoides (...) que (...) se pautaron de forma inmediata, Prednisona 50 miligramos./ Deben realizarse estudios para encontrar la causa y el origen del proceso, por lo que la paciente fue remitida (...) al Servicio de Medicina Interna para intentar una confirmación diagnóstica (...). El día 31 de julio se apreció una hemorragia en el foco inflamatorio macular, por lo que se realizó una AGF que puso de manifiesto un aumento de fluorescencia a nivel de mácula./ Le hablaron del mal pronóstico del proceso y no conforme acudió a (una) Clínica Privada donde emitieron, tras práctica de Angiografía” el diagnóstico “de membrana neovascular subretiniana (...). Las membranas neovasculares subretinianas, o neovascularización coroidea, son la complicación común y más grave de distintos procesos patológicos oculares, entre otros el de coriorretinitis, asociado o no a la miopía magna y a la degeneración macular (...). Podría considerarse (...) como un estadio avanzado del proceso anterior sufrido por la reclamante”.

Se estima en el informe que “en todo momento el manejo de la paciente y su enfermedad fueron los correctos y no existió ningún tipo de descoordinación dentro del Servicio de Oftalmología, ni en su relación con el Servicio de Medicina Interna (...). No se acepta, por tanto, lo alegado por la reclamante como falta de uniformidad de criterios diagnósticos, ni escasa

dotación de medios". Asimismo "está perfectamente acreditada" la profesionalidad de la doctora que la atendió, lo mismo que la inexistencia de "demora diagnóstica", puesto que se "instauró tratamiento específico inmediato", actuando el Servicio de Oftalmología, "en todo momento, según protocolización acorde a la confeccionada por sociedades científicas de la especialidad".

Concluye que "la paciente fue tratada adecuadamente tras confirmación diagnóstica de su proceso, abordando la complicación surgida de forma correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, proporcionándole en todo momento los medios diagnósticos y terapéuticos para la patología presentada".

8. Mediante escritos de 18 de mayo de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 25 de junio de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Oftalmología. En él se concluye que en "los días 17 y 18 de julio de 2008 las exploraciones realizadas fueron las adecuadas, y se confirmó la existencia de un desprendimiento seroso retiniano, además de una leve inflamación del nervio óptico, sin existir en ese momento ninguna membrana neovascular coroidea (que, de haber existido, se habría hallado en la exploración del fondo de ojo, AFG y OCT que se realizaron) (...). Dado que el desprendimiento seroso podría ser de origen infeccioso o autoinmune, se solicitaron pruebas específicas a Medicina Interna, que atendió a la paciente pocos días después (...). En cuanto los resultados de dichas pruebas estuvieron disponibles (una semana más tarde), se contactó telefónicamente con la paciente para que comenzase (el) tratamiento con esteroides orales, actitud que es adecuada, y tres días después fue atendida en la consulta (...). En esta revisión la paciente aún no había notado mejoría con el tratamiento, indicándose revisión 11 días más tarde, actitud que es adecuada (...). En los días siguientes la paciente acudió a un

centro privado, que realizó las mismas exploraciones que se habían realizado en la sanidad pública (...), encontrando una membrana neovascular coroidea en el ojo afectado. Cuando la paciente acudió a su cita en la sanidad pública, 11 días más tarde, se repitieron las pruebas AFG y OCT y se confirmó la existencia de dos membranas neovasculares coroideas (...). Se le indicó tratamiento de las membranas mediante inyección intravítrea del fármaco Avastin tres días más tarde, actitud y periodo de tiempo que son extremadamente adecuados. La paciente abandonó, por voluntad propia, el tratamiento en la sanidad pública (...). Las exploraciones y pruebas diagnósticas realizadas a la paciente en la sanidad pública fueron adecuadas. El diagnóstico de las membranas neovasculares es complejo y el tratamiento se considera preferente, no urgente. En este caso concreto, la membrana neovascular coroidea pudo haber aparecido en algún momento entre el 18-7-2008 (fecha en que se realizó AFG y OCT y no se halló ninguna membrana) y el 4-8-2008 (fecha en que, según afirma la paciente, aunque no aporta informes que lo confirmen, se repitieron dichas pruebas en la sanidad privada y se hallaron las membranas) (...). Entre el 4-8-08 y el 11-8-08 (que tenía cita programada) la paciente no acudió a Urgencias, por lo que fue ella misma quien motivó que la sanidad pública conociese con unos pocos días de retraso la existencia de membranas (...). Aún así, se puede afirmar que una diferencia de unos pocos días en el diagnóstico y tratamiento de una membrana neovascular coroidea carece de influencia en cuanto al pronóstico de la misma (...). El tratamiento de las membranas neovasculares coroideas es controvertido en el momento actual, habiendo variado de forma notable en los últimos años, ya que los tratamientos actuales no consiguen los resultados deseados, en muchos casos”.

10. El día 28 de julio 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. Con fecha 5 de agosto de 2009 la reclamante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una

copia de aquel, compuesto en ese momento por ochenta y ocho (88) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. El día 12 de agosto de 2009, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, además de reafirmarse en los términos de su reclamación inicial, manifiesta que “no abandonó el servicio sanitario”, sino que “acudió al Servicio de Atención al Paciente”, donde “recibió instrucciones claras y comprensibles que consistían en solicitar por escrito, tras un relato de (los) hechos, otro especialista o traslado a otro centro de otra Comunidad Autónoma, así como un escrito de queja al Gerente del HUCA”, lo que realiza “el mismo día que se señala se me habían indicado para el quirófano”. Y añade que “ante la solicitud de cambio de especialista, y tras 3 meses, se recibe respuesta fechada el 7 de octubre de 2008 por el Servicio de Asistencia Sanitaria, estableciendo que, aceptado el cambio, se propone el Instituto de Microcirugía Ocular de Barcelona”. Además, señala que “quiere impugnar y manifestar que debe rechazarse el documento que consta numerado en el expediente (...), como Informe del Servicio de Oftalmología al estar viciado desde el principio, por ser de interés quien lo firma y suscribe, el Jefe del Servicio (...). Es un caso claro de conflicto (...), que se enfrente una postura de una parte con la otra con el alto grado de relación con la clínica privada y uno de los médicos de la clínica privada que finalmente diagnosticó correctamente, realizó tratamiento y control a la paciente”.

Adjunta una copia de los siguientes documentos: a) Informe de una clínica oftalmológica privada, de fecha 15 de mayo de 2009. b) Escrito del Subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, de fecha 7 de octubre de 2008.

12. Con fecha 15 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma considera que, “tras el estudio de todo el historial clínico” de la reclamante, “la asistencia prestada fue acorde a la lex artis”.

13. Previa solicitud de consulta, formulada por V. E., mediante escrito de 3 de octubre de 2009, registrado de entrada el día 13 del mismo mes, el Presidente del Consejo Consultivo del Principado de Asturias solicita el día 18 de octubre de 2010, la ampliación del expediente con un informe complementario. Habida cuenta de la posible “contradicción entre la afirmación contenida en el informe técnico de evaluación, en el que se señala que el día 31 de julio se apreció una hemorragia en el foco inflamatorio macular, por lo que se realizó una AGF (*sic*) que puso de manifiesto un aumento de la fluorescencia a nivel de mácula”, y el resto de la documentación obrante en el expediente, así como las manifestaciones de la interesada, de las que resulta que en la consulta” que tuvo lugar ese día “no se realizó tal prueba”, se estima necesario la remisión de un “informe aclaratorio sobre tal extremo” por parte del Servicio de Oftalmología. Asimismo, “se solicita aclaración respecto a la existencia de cita programada en ese Servicio el 8 de agosto de 2008”.

Con fecha 13 de abril de 2011, tiene entrada en el registro del Consejo Consultivo del Principado de Asturias la documentación adicional solicitada - informe del Servicio de Oftalmología, emitido el día 1 de diciembre de 2010-, así como la relativa a la concesión de un nuevo trámite de audiencia a la reclamante, quien presenta alegaciones el 2 de febrero de 2011 en las que procede “a actualizar la reclamación” solicitada, que asciende a 12.543,56 €, emitiéndose una nueva propuesta de resolución el 14 de marzo de 2011 en sentido desestimatorio.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de octubre de 2009, registrado de entrada el día 13 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 14 de agosto de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la atención sanitaria prestada a la interesada en los meses de julio y de

agosto 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.

No obstante, advertimos que la perjudicada sostiene, en el primer trámite de audiencia, que “quiere impugnar y manifestar que debe rechazarse (...), `Informe del Servicio de Oftalmología´” incorporado el expediente “al estar viciado desde el principio por ser de interés quien lo firma y suscribe, el Jefe del Servicio”, pues entiende que “es un caso claro de conflicto (...), que se enfrente una postura de una parte con la otra con el alto grado de relación con la clínica privada y uno de los médicos de la clínica privada que finalmente diagnosticó correctamente, realizó tratamiento y control a la paciente”. Sin embargo, y sin perjuicio de la incidencia que la denunciada vinculación pudiera tener desde el ámbito profesional de los empleados públicos, no se alcanza a comprender, en este caso concreto, el alcance y sentido de las alegaciones de la interesada, dado que el citado informe, suscrito por la facultativa que atendió a la reclamante, con el visto bueno del Jefe de Servicio, no hace sino refrendar

la correcta actuación de la sanidad pública, confirmando los propios documentos que la reclamante aporta, sin que quede demostrada parcialidad en su elaboración y contenido derivada de la citada relación con la clínica privada.

Por último, 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.- Es objeto de análisis una pretensión de indemnización por los daños ocasionados a consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Área de Urgencias y en el Servicio de Oftalmología de un hospital público.

Consta en el expediente el tratamiento dispensado a la reclamante en ambos Servicios, así como en el de Medicina Interna, por una patología ocular, habiendo causado el trastorno padecido una pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo.

La interesada imputa a la asistencia recibida daños morales y económicos. Los primeros, ocasionados, según manifiesta, por error en el diagnóstico, y que estarían acreditados en las hojas de curso clínico del Servicio de Medicina Interna II, en los que se refiere que el 8 de agosto de 2008 la paciente acude “angustiada ante la discordancia de (...) diagnósticos” entre el centro público y uno privado “y la demora de inicio con riesgo de (disminución de agudeza visual) permanente”. Los daños económicos estarían originados por

los gastos médicos derivados de la asistencia sanitaria recibida en un centro privado, acreditados mediante diversas facturas. Sobre esta reclamación, debe recordarse que la naturaleza de la pretensión de indemnización por el coste del tratamiento en la clínica privada se corresponde, en principio, con la de una solicitud de reintegro de gastos, a la que se adiciona el daño personal sufrido; a este respecto, como ya hemos manifestado en anteriores dictámenes, hemos de reiterar que si bien cabe admitir la opción que efectúa la reclamante, decantándose por el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial en vez del de la acción de reembolso, para que pueda prosperar deberán concurrir los requisitos generales que hemos señalado en la consideración jurídica quinta. Por tanto, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario y si es antijurídico.

En suma, cabe concluir que existe un daño real y efectivo, evaluable económicamente, con independencia de una completa valoración del resto de los daños alegados y de su cuantificación, que habremos de realizar, en su caso, si concurren los requisitos necesarios para una declaración de responsabilidad patrimonial.

En este sentido, la mera constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica por sí misma la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que es preciso examinar si se dan las circunstancias que permitan reconocer a la reclamante el derecho a ser indemnizada por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos. En concreto ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público y que resulta antijurídico.

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 solo 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 necesarios 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.

Según la reclamante, “en fecha 17 de julio debió ser diagnosticada de una `membrana neovascular subretiniana idiopática´, puesto que finalmente este era el problema médico padecido, y que no fue detectado ni tratado correctamente por la falta de impericia (*sic*) del personal” que la atendió. Imputa al servicio público un error en el diagnóstico de su enfermedad, con el consiguiente retraso en su tratamiento, lo que, unido al trato inadecuado por parte de alguno de los facultativos que la asistieron, habría motivado finalmente una pérdida de confianza en la asistencia sanitaria pública y el recurso a un centro privado, de cuyos gastos pretende resarcirse.

Al respecto, debemos señalar, en primer lugar, que no consideramos que la mera apelación a una pérdida de confianza pueda justificar el reembolso de los gastos cuando un usuario del servicio público sanitario abandona este de forma voluntaria, y para valorar dicha apreciación -dado que el Consejo Consultivo no puede indagar directamente en lo insondable e intangible- hemos de acudir a los datos objetivos que obran incorporados al expediente, externos al ánimo personal, por si alguna actuación extremadamente dañosa o perjudicial para la interesada pudiera justificar en cierta medida esa desconfianza total, de modo que la misma no pudiera ser resuelta con el derecho a una segunda opinión médica o con la solicitud de cambio de un

especialista concreto. Debe dejarse constancia de que si bien es cierto que la reclamante ejerció este derecho, solicitando una evaluación de su caso por otro centro hospitalario, tal solicitud se realizó mediante escrito de 14 de agosto de 2008, cuando ya había recibido asistencia sanitaria por la clínica privada cuyo coste reclama, según se deriva de la nota-informe que de la misma obra incorporada al expediente.

Procede, por tanto, determinar la existencia de un error diagnóstico por parte de la Administración sanitaria con infracción de la *lex artis*. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

Para valorar esta cuestión en el caso concreto planteado debe partirse de que el día 18 de julio de 2008 el Servicio de Oftalmología del hospital diagnostica a la reclamante "coriorretinitis" en el ojo izquierdo, después de practicarle una angiografía con fluorescencia (AFG) y una tomografía óptica computarizada (OCT); posteriormente, concretamente el 4 de agosto de 2008, una clínica privada le realiza la misma prueba de AFG, confirmándole, el 5 de agosto, la "presencia de una membrana neovascular subretiniana idiopática" en su ojo izquierdo. Ahora bien, frente a las afirmaciones de la reclamante, esta discrepancia de diagnósticos no prueba, por sí misma, una infracción de la *lex artis*. Al contrario, los diversos informes que figuran en el expediente acreditan una adecuada atención por parte de la Administración sanitaria.

A la luz de los referidos informes, no desvirtuados de contrario, parece claro que la asistencia prestada y las pruebas realizadas el 18 julio de 2008 fueron las adecuadas conforme a los síntomas alegados, y ningún especialista contradice el diagnóstico efectuado en aquella fecha. La propia perjudicada indica en su escrito inicial que no cabe "entrar a valorar si se trata de una

auténtica transformación, como sostiene la doctora, o (de) una membrana vascular desde el principio"; valoración que, no obstante, resulta imprescindible para conocer si el error en el primer diagnóstico que alega ocurrió o no. Es más, los especialistas sostienen que, de haber existido la membrana neovascular en ese momento, se habría hallado con las pruebas realizadas. En este sentido, el informe técnico de evaluación indica que una de las complicaciones que puede derivar del diagnóstico previamente realizado -el de la coriorretinitis- es precisamente la membrana neovascular subretiniana.

De ello se desprende que no ha quedado acreditado que la aparición de esta membrana fuera anterior a la asistencia prestada por la sanidad pública a la interesada el 18 de julio de 2008.

Por otra parte, según se hace constar en el informe técnico de evaluación, no existió "pérdida de oportunidad, porque (...) mayor detección precoz no habría variado el pronóstico de la enfermedad"; conclusión a la que se llega también en el informe elaborado por los dos especialistas en Oftalmología, al señalar que "una diferencia de unos pocos días en el diagnóstico y tratamiento de una membrana neovascular coroidea carece de influencia en cuanto al pronóstico de la misma".

Finalmente, por lo que se refiere al tratamiento instaurado, tanto para la coriorretinitis como para la membrana, el informe técnico de evaluación y el emitido por los especialistas avalan la actuación de los facultativos intervinientes en la asistencia y consideran acorde con la *lex artis* el pautado. De manera específica, en lo relativo a la inyección intravítrea propuesta como tratamiento de la membrana, consta en la documentación aportada por la propia interesada que optó por recibirla en la clínica privada, pese a que tenía programada su administración en el centro sanitario público el 14 de agosto, tras haberle sido propuesta el día 11 de ese mismo mes. Por tanto, diagnosticada la membrana, no solo no hubo demora en la atención prestada por la sanidad pública sino que se prescribió el mismo tratamiento que, voluntariamente, fue aplicado por la clínica privada.

En definitiva, no ha quedado acreditado que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente no se haya ajustado a la *lex artis ad hoc*, por lo que los daños alegados no guardan relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario y no resultan antijurídicos.

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.