

Expediente Núm. 284/2011
Dictamen Núm. 378/2011

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 16 de diciembre 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 23 de noviembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que considera derivados de una deficiente asistencia prestada a su hija por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de diciembre de 2008, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios sufridos como consecuencia, al parecer, de la deficiente asistencia sanitaria prestada a una hija y que habría provocado su fallecimiento.

Expone la reclamante que su hija, tras dos días con síntomas “de lo que parecía ser un proceso gripal común”, sufre un empeoramiento en la tarde del 28 de diciembre de 2007, “la tos era cada vez más insistente y la fiebre superó (...) los 39° C”. A lo largo del día siguiente los “síntomas se agravaron: la fiebre (...) superó esa noche los 40° C; la dificultad respiratoria era cada vez mayor; y la tos, ahora incesante, fue evolucionando con abundante expectoración purulenta, acompañada de un fuerte dolor torácico en el lado derecho”. El día 30 de diciembre, “a primera hora de la mañana (...), llamó al teléfono de emergencias 112, para solicitar asistencia médica de urgencia”, acudiendo “al domicilio la facultativa de guardia del servicio de urgencias del Centro de Salud `X´, quien (...) le diagnosticó un cuadro febril, propio de un proceso gripal común, prescribiendo, como único tratamiento, un comprimido de Dafalgán 1 gr cada 6 horas, con la indicación de acudir a consulta al día siguiente si los síntomas empeoraban”. Estos se fueron “agravando (...): la fiebre (...) se estabilizó por encima de 40° C; (...) la tos, iba acompañada de expectoración purulenta, con (...) presencia de sangre en el esputo; y la dificultad respiratoria fue aumentando (...), apenas podía hablar”. En la mañana del día 31 de diciembre vuelve a llamar al teléfono de emergencias 112, acudiendo al domicilio una facultativa del Centro de Salud `Y´, que “no apreció indicios que hiciesen variar el diagnóstico de cuadro febril (...), si bien, amplió el tratamiento con suero oral y Tiorfan, puesto que, a los síntomas descritos, se había añadido otro nuevo esa mañana, la diarrea líquida”.

Continúa diciendo que “esa misma tarde (del 31 de diciembre), sobre las 17:00 horas (...) comenzó (...) lo que parecía una importante mejoría en su estado de salud: la fiebre (...) descendió hasta los 37° C; comenzó a recuperar el apetito, aunque solo ingería alimento líquido (...), pudo incorporarse y desplazarse por sus propios medios hasta la cocina (...). Sin embargo (...), aún se podía apreciar (...) una importante dificultad respiratoria, que se evidenciaba en el habla entrecortada y el enorme esfuerzo que requería cada uno de sus movimientos”. Sobre las 18:30 su hija se acostó y unos minutos más tarde

advierte que “su cuerpo estaba frío al tacto, no respondía a estímulos y las uñas de sus manos presentaban un tono azulado”. Un equipo del Servicio de Asistencia Médica Urgente (Samu) acudió al domicilio “encontrando a (la perjudicada) con parada cardiorrespiratoria. Tras intentar sin éxito su reanimación cardiopulmonar durante cerca de veinte minutos, la (doctora), certificó su defunción por causas naturales./ No obstante, aunque no presentaba antecedentes clínicos (cefalea, adormecimiento y/o confusión mental) ni mostraba síntomas externos propios de esta enfermedad (rigidez en la nuca, petequias y/o manchas en la piel) la doctora (...) apuntó a una sepsis por meningococo como causa del fallecimiento, dando traslado a la Dirección de Salud Pública del Principado de Asturias, para su valoración y control epidemiológico, así como al Juzgado de Guardia (...) para la práctica de la autopsia (...). Simultáneamente, dado el alto riesgo de contagio, ordenó la profilaxis del cuerpo, que fue inmediatamente trasladado al Tanatorio, adoptando medidas preventivas frente a las personas que había estado en contacto con (la fallecida) los días previos a su defunción (...), al objeto de paliar los efectos de un posible contagio por meningococo”.

Sigue refiriendo que hasta el día 3 de enero de 2008 no se realizó la autopsia; que el día 5 de enero tiene conocimiento del informe realizado por un médico del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, en el que se establece que la causa del fallecimiento “no fue una sepsis por meningococo sino una `neumonía en fase aguda, de origen aparentemente bacteriano, con abscesificación focal bilateral afectando sobre todo al pulmón derecho, con insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía y marcado edema pulmonar´”. Añade que se remitieron “muestras tisulares de meninges al Laboratorio de Microbiología para su estudio (...), descartando la sepsis por meningococo como causa del fallecimiento”.

Considera la reclamante que “ninguna de las dos facultativas que le asistieron en las horas precedentes a su defunción supo interpretar su sintomatología”, propia de un “cuadro clásico de neumonía típica, consistente

en fiebre alta, dificultad para tragar, insuficiencia respiratoria, dolor torácico, tos abundante con expectoración purulenta e, incluso, con presencia de sangre en el esputo y, a última hora, diarrea (...), atribuyéndola (...), a un proceso gripal común”.

Sostiene que hubo un “error de diagnóstico”, lo que privó a la perjudicada “de la oportunidad de recibir un tratamiento acorde a su dolencia y, con él, la posibilidad de sanar y sobrevivir a la misma”.

Además, son también objeto de la reclamación “los daños sufridos como consecuencia de la negligente actuación de los distintos órganos dependientes de esa Consejería (...) que intervinieron tras la defunción (...) cuyos inexplicables errores, agravaron innecesariamente el sufrimiento infligido a su familia”. Tales errores se concretan, por un lado y “respecto de la intervención del Samu”, en la emisión de “un diagnóstico de sepsis por meningococo” y la comunicación de la defunción “al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia de la Policía Nacional en el domicilio”, pues entiende que estos hechos determinaron “graves consecuencias que se derivaron de la demora injustificada en la práctica de la autopsia por parte del personal de Salud Pública”. Demora que “unida a las estrictas medidas de profilaxis a las que se vio sometido el cuerpo (...) como consecuencia de su erróneo diagnóstico, privaron a la difunta de la correspondiente liturgia funeraria”, de manera que “al dolor propio de la súbita e inesperada pérdida del ser querido, se sumó la angustiada incertidumbre respecto de la disponibilidad de los restos mortales (...) alcanzando el grado de desesperada indignación cuando se le comunicó que no podría celebrar su funeral de cuerpo presente, impidiendo la bendición de sus restos mortales y la despedida solemne de los numerosos familiares y amigos”.

Añade que “por último, e igualmente reprochable fue la actuación del patólogo responsable de la práctica de la autopsia, cuya torpeza, omitiendo la sutura y restauración del maltrecho cuerpo (...) culminó la sucesión de terribles despropósitos”, pues tuvo la reclamante que “afrontar la desagradable

experiencia de contemplar” el cuerpo en dicho estado al “efectuar la preceptiva identificación del cuerpo”.

Solicita una indemnización de seiscientos mil euros (600.000 €), de los que cuatrocientos mil euros (400.000 €) corresponderían “a los daños causados por el fallecimiento de su hija” y doscientos mil euros (200.000 €) “a los daños morales ocasionados por la sucesión de injustificados errores que acontecieron con posterioridad a su defunción”.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Certificado de defunción. b) Declaración de herederos. c) Factura en la que figuran las llamadas al 112. d) Parte médico de asistencia, de fecha 30 de diciembre de 2007. e) Parte médico de asistencia, de fecha 31 de diciembre de 2007. f) Informe clínico asistencial del Samu, de fecha 31 de diciembre de 2007. g) Dictamen médico de defunción emitido por un médico forense, de fecha 2 de enero de 2008. h) Esquela publicada en un diario local. i) Certificado de incineración, de fecha 3 de enero de 2008. j) Informe anatomopatológico e informe complementario del Hospital, de fecha 21 de enero de 2008.

2. Mediante escrito de fecha 11 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Mediante escritos de 19 de enero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Centro de Salud “X”, que le remita copia de la historia clínica de la perjudicada, así como informe de la médico de guardia que prestó asistencia; al Instituto de Medicina Legal de Asturias, informe de la médico forense que realizó la autopsia; al Samu, informe de la facultativa que asistió a la paciente; al Centro de Salud “Y”, de Gijón, y a

la Gerencia del Hospital, copia de la historia clínica e informe del médico responsable del proceso asistencial.

4. Con fecha 27 de enero de 2009, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor el informe de la médico de guardia.

En dicho informe se refiere que “con fecha 31/12/2007, estando de guardia en (el) CS `Y` acudo a domicilio de (...) a las 11:30 horas en respuesta a una llamada del 112 a las 10:45 horas (...), encuentro a la paciente acostada (...), recibo información de su estado de la propia paciente y de su madre: desde 3 ó 4 días presentaba fiebre, tos y afonía, en los 2 últimos la temperatura era más elevada (entre 39 y 40º) y desde la noche anterior presentaba diarrea con deposiciones líquidas y debilidad (...). La expectoración (...) es blanca (...). Procedo a la exploración en la que constato (...): orofaringe congestiva con mucosidad espesa; AP; murmullo vesicular conservado con algún estertor húmedo en base derecha./ Dado el conjunto de sintomatología y el momento de incidencia de la gripe en que nos encontrábamos, opté por prescribirle tratamiento sintomático dirigido a que remitieran sus síntomas gastrointestinales, ya que estaba con antipiréticos pautados por médico que la había visitado el día anterior y recomendándoles como es habitual, que en caso de no mejoría nos avisaran de nuevo”.

5. Con fecha 28 de enero de 2009, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor copia de la historia clínica. El día 29 de enero, el Gerente del Hospital remite a dicho Servicio copia de la historia clínica.

6. Con fecha 3 de febrero de 2009, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor informe de la facultativa del Centro “X”.

En el mismo se refiere que “el día 30 de diciembre de 2007 a las 9:30 horas y estando realizando mi trabajo en el (...) Centro de Salud `X` recibimos

una llamada telefónica por parte de (...), quien me explicó que su hija (...) tenía fiebre de 36 horas de evolución, que había aumentado a 40º durante la noche (...) y solicitaba la visitáramos en su domicilio”, al que acude “minutos más tarde” encontrando a la paciente “duchándose”. Añade que “varios miembros de la familia sufrían aquellos días un cuadro catarral-gripal (...), (la perjudicada) comentó que presentaba artromialgias y dolor torácico con la tos, si bien en ese momento no tenía ni expectoración purulenta ni disnea (...). Procedí a la exploración física de la paciente que consistió en examen de vías respiratorias altas y bajas, para descartar proceso infeccioso a nivel de amígdalas, bronquio, pulmón...; examen cardiológico para descartar endocarditis, abdominal para descartar foco infeccioso digestivo y neurológico para descartar meningitis./ Dado que en la exploración no encontré hallazgos indicadores de estas patologías y que los síntomas se orientaban a un cuadro gripal, diagnosticué el cuadro de fiebre, por ser el síntoma predominante (ya que en ese momento tenía una temperatura de 39,4º) (...). Pauté tratamiento antitérmico y antiinflamatorio, ya que presentaba eritema en faringe, indicativo de inflamación leve a ese nivel, recomendando a la familia (...) y a la propia (paciente) vigilancia domiciliaria, es decir, que si aparecían nuevos síntomas o empeoraban los actuales deberían avisar o acudir para reevaluación (...). En ese momento no consideré necesario realizar ninguna prueba complementaria, ya que tanto la radiografía como la TAC (...) se realizan cuando hay sospecha de proceso bronconeumónico y ni los síntomas ni la exploración realizada (...) me hicieron sospechar el cuadro ni tampoco su rápida y agresiva evolución ya que se trataba de una mujer joven y sana (...), (no) fumadora, sin antecedentes ni enfermedades o tratamientos que provocaran algún tipo de inmunodepresión en ella y que condujera a una evolución tan agresiva en 72 horas”.

7. Con fecha 17 de febrero de 2009, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de la Jefa de la Unidad de

Coordinación de Atención a la Urgencias y Emergencias Médicas al que acompaña informe de la facultativa del Samu.

En el mismo se refiere que “el médico del Samu del que se dice que no valoró en su diagnóstico síntomas como la rigidez de nuca, bajo nivel de conciencia o cefalea, atendió a la paciente en situación de asistolia en el contexto de una PCR con lo cual le era imposible valorar estos síntomas./ Que ante la mínima sospecha de la patología de sepsis meningocócica (...), es labor del médico tomar las medidas oportunas:/ Avisar al servicio nacional de epidemiología para evitar nuevos contagios./ De acuerdo con el anterior servicio comenzar la evaluación pertinente a la familia. El servicio epidemiológico se ocupó de evaluar los posibles contactos en el trabajo. Todo ello debido a que la profilaxis es eficaz dentro de un periodo de tiempo limitado tras la exposición./ Que en ningún momento se aseguró que fuese un cuadro meningocócico y así se informó a la familia. Dados los síntomas recopilados en el domicilio se sospechó un cuadro séptico”. Finaliza diciendo que “el médico del Samu no firmó el parte de defunción” y añade que “en todo momento se siguieron los procesos habituales”.

8. Con fecha 5 de marzo de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración: “La neumonía puede ser una complicación de la gripe. El diagnóstico es a veces difícil, pareciendo una enfermedad respiratoria común, por lo que la medida preventiva más importante sería prestar atención a los síntomas respiratorios que perduren más de unos días”. Sigue refiriendo que “en el caso que nos ocupa, se solicitó asistencia médica el día 30 de diciembre, acudiendo el médico a domicilio y encontrando a una paciente que se estaba duchando y que presentaba una sintomatología de fiebre, no tenía dolor torácico ni tos, ni expectoración mucosa, por lo que se interpretó el proceso como síndrome gripal (...), pautando antitérmicos y con la recomendación de llamar si los síntomas

persistían o se agravaban./ Se solicitó nuevamente asistencia médica a las 11:30 horas del día 31 de diciembre, acudiendo una segunda médico al domicilio familiar, y al estar la orofaringe congestiva con mucosidad espesa se sigue pensando en enfermedad respiratoria al coincidir con una epidemia gripal./ Ante la mala evolución de la paciente a las 18:30 horas del mismo día se llama al Servicio de urgencias, que al llegar se encontró a la paciente en parada cardiorrespiratoria, intentado la reanimación sin éxito, certificando su fallecimiento por sospecha de sepsis meningocócica, que al igual que la neumonía, se inicia de forma repentina y cursa con dolor de cabeza, fiebre alta de 39 a 40° y con síntomas digestivos". Concluye diciendo que "no consideramos la existencia de mala praxis, sólo dificultades diagnósticas, al cursar una enfermedad enmascarada con proceso gripal y con el rápido desenlace fatal descrito".

9. Mediante escritos de 13 de marzo 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.

10. Con fecha 9 de mayo de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. Consideran que "esta enferma no presentaba ninguna de las situaciones que aconsejan su derivación al hospital ni tampoco ninguna indicación para el tratamiento con antibiótico (...). Por el contrario el cuadro clínico y la situación epidemiológica (...) hacían sospechar fuertemente una gripe como causa de los síntomas que presentaba (...) y así lo interpretaron los médicos que le atendieron, indicando un tratamiento sintomático, atribuyendo los síntomas de focalidad respiratoria a la gripe". En cuanto a la sospecha de "la existencia de una sepsis meningocócica" consideran que "fue correcto pensar en esta posibilidad" al tratarse de "una enferma con fiebre, joven y sin enfermedad previa" que presentó una "muerte súbita", es decir "no traumática,

no esperada, que ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas”. Asimismo consideran que puesto que dicha enfermedad, producida por el meningococo, es “causante de epidemias de meningitis, especialmente en personas jóvenes y niños (...), se deben tomar las medidas preventivas oportunas”, por lo que “fue correcto” comunicar esa sospecha a las autoridades sanitarias, como también lo fue la comunicación de los hechos al Juzgado, pues se desconocía la causa de la muerte de la perjudicada.

11. Mediante escrito de fecha 25 de mayo de 2009, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 28 de mayo se presenta una persona autorizada en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por ciento diecinueve (119) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 11 de junio de 2009, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que la reclamante “manifiesta su más rotunda disconformidad con las conclusiones recogidas en el Informe Técnico de Evaluación”. Considera que las facultativas que atendieron a su hija “interpretaron erróneamente la sintomatología de la paciente, emitiendo un diagnóstico erróneo de cuadro febril con gastroenteritis, privándole del tratamiento correcto respecto de su auténtica dolencia, la neumonía”. Añade que “el hecho de que, en esas fechas, la situación epidemiológica de gripe se encontrase en un momento de alta incidencia en Asturias (...), su formación (...) y su experiencia en el desempeño de su actividad profesional les dotan de instrumentos suficientes para diferenciar los síntomas de ambas patologías”. Con respecto al “diagnóstico de sepsis meningocócica” que hace la facultativa del Samu, manifiesta que “no existe en la historia clínica de la paciente ningún síntoma que justifique su diagnóstico;

más bien al contrario, destaca la total ausencia de síntomas patonogmónicos de esta enfermedad, como cefaleas, rigidez de nuca, inflamación meníngea, o petequias cutáneas que el cuerpo de la fallecida no presentaba./ Este segundo error en el diagnóstico (...) acarreó graves consecuencias derivadas de la profilaxis de sus restos mortales, con el consiguiente daño infringido a su familia al impedir su velatorio y posterior funeral". Considera que no se dan los requisitos con los que se define la muerte súbita en el informe de la asesoría privada, el "carácter no traumático e inesperado, que ocurre en una persona que previamente está clínicamente estable y muere en la primera hora después de la aparición de los síntomas (...), puesto que, en el momento de su defunción, la paciente llevaba, al menos, cinco días enferma de neumonía y, el único motivo por el que su muerte fue inesperada, fue el hecho de que se le diagnosticase erróneamente un proceso gripal, siendo el fallecimiento por gripe, un desenlace inesperado en personas jóvenes y sanas, como era el caso", y reprocha a la facultativa del Samu su negativa "a firmar el certificado de defunción de la paciente por causas naturales y remitiendo el caso al Juzgado de Instrucción". Manifiesta que "no se aporta al expediente el informe elaborado por la médico forense (...) adscrita al Instituto de Medicina Legal de Asturias (...). Tampoco hay constancia en el procedimiento del informe del responsable del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital explicando los motivos que retrasaron la práctica de la autopsia", ni consta "referencia alguna a la intervención de Salud Pública, respecto a las decisiones adoptadas respecto a los restos mortales". Considera que "la información omitida es de gran relevancia" por lo que solicita que se elabore "un nuevo informe técnico de evaluación". Asimismo solicita que "se requiera informe (...) a la Dirección de Salud Pública del Principado de Asturias (...), relativo a los hechos objeto de la denuncia, con especial referencia a los motivos por los cuales se demoró la práctica de la autopsia (...). A la médico forense (...) informe relativo a las circunstancias en las que se firmó el certificado de defunción (...) y los contactos mantenidos entre ésta y el personal responsable de Salud Pública, en

relación a la práctica de la autopsia (...). Al responsable del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital explicando los motivos que retrasaron la práctica de la autopsia y las circunstancias en las que se entregaron los restos mortales (...) a su familia tras la misma”.

13. Con fecha 2 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma se manifiesta que “la enferma no presentaba ninguna de las situaciones que aconsejan su derivación al hospital, ni tampoco ninguna indicación para el tratamiento con antibióticos ante un cuadro febril” sino que, por el contrario, “el cuadro clínico y la situación epidemiológica en ese momento, hacían pensar en una gripe y así lo interpretaron los médicos asistenciales que indicaron tratamiento sintomático, atribuyendo los síntomas de focalidad respiratoria a la gripe”. Considera igualmente correcta “la actuación de la médico forense con la sospecha de sepsis meningocócica”, pues es obligado pensar en esa patología ante una “muerte súbita, no traumática, que ocurre en una persona que previamente estaba en situación clínica estable y muere en las primeras horas después de la aparición de los síntomas” y que, además, es “joven y sin enfermedad previa (...)”, e igualmente fue correcto tomar medidas preventivas oportunas y comunicar el hecho a las autoridades sanitarias (...) (al tratarse de una) enfermedad causada por el meningococo, que es un germen que produce epidemias de meningitis”. Aunque tras la práctica de la autopsia “este diagnóstico no se confirmó (...)”, todos los indicios previos apuntaban a la sepsis”. También se considera correcta la “actuación de los médicos con la comunicación de la muerte al Juzgado ya que al desconocer la causa de la muerte era necesario hacer las diligencias oportunas”. Se establecen finalmente las siguientes conclusiones: “La paciente murió por una neumonía./ Que el cuadro se inició con un síndrome febril con alguna manifestación de infección respiratoria de vías altas que hizo pensar en un síndrome gripal, pautando tratamiento sintomático./ Que el síndrome febril que

presentaba no cumplía ninguno de los criterios de derivación obligada al hospital para completar estudio. Que la sospecha de sepsis meningocócica fue correcta, la enferma era joven, no tenía enfermedad previa, tenía fiebre y falleció de forma repentina”.

14. Mediante escrito de 7 de julio de 2009, se solicitó la emisión de dictamen al Consejo Consultivo del Principado de Asturias. En respuesta a lo interesado, el Pleno de este, en sesión celebrada el día 22 de julio de 2010, dictamina que debe retrotraerse el procedimiento, a fin de realizar los actos de instrucción necesarios, solicitando los informes preceptivos y resolviendo lo procedente sobre la práctica de pruebas.

15. Con fecha 2 de noviembre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita la emisión de informes al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, a la Dirección General de Salud Pública y al Servicio de Atención Médica Urgente.

16. Con fecha 9 de noviembre de 2010, el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica remite informe en el que relata que tras recibir la solicitud de autopsia el día 3 de enero de 2008, esta fue realizada “dentro de las 24 horas siguientes, margen de tiempo adecuado si tenemos en cuenta que una autopsia requiere una preparación de material y disponibilidad de personal que no es inmediata y menos en fechas como esas”. Precisa que si bien “resulta imposible saber las circunstancias en las que se produjo la entrega del cadáver dado que esos datos no se recogen en la documentación habitual de una autopsia, y tanto el patólogo encargado del caso como el auxiliar de prosección” se encuentran jubilados, considera “improbable que en este caso concreto no se hayan seguido” “las normas de actuación que incluyen la sutura, lavado y entrega con sudario del cadáver”, pues le “consta” que con anterioridad a su llegada al servicio, en el año 2010, se seguían “las indicaciones contenidas en el

Real Decreto 18-6-1982, núm. 2230/1982, de desarrollo de la Ley 21 de junio de 1980, reguladora de las Autopsias Clínicas, artículo 5.3”.

Acompaña a este escrito copia del informe anatomopatológico emitido con fecha 21 de enero de 2008, de la solicitud de realización de autopsia remitida al Hospital -junto con el informe de situación de alerta de salud pública de la Sección de Vigilancia Epidemiológica -, el día 3 de enero de 2008 desde la Dirección General de Salud Pública, y de la autorización de la autopsia firmada por una hermana de la fallecida.

17. Con fecha 16 de noviembre de 2010 se remite informe del Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas sobre las actuaciones realizadas por el mismo en relación a la alerta de salud pública posteriormente descartada. En él se constata que tras recibir el día 31 de diciembre de 2007 una primera comunicación del caso de muerte súbita con sospecha de sepsis meningocócica, se recomendó tratamiento a los convivientes y miembros del entorno laboral de la fallecida. El mismo día “se intenta localizar a la forense para asegurar la toma de muestras para análisis microbiológico; la secretaria judicial especifica que el cadáver está bajo custodia judicial y no facilita el teléfono de la forense de guardia”, con quien personal del Servicio logra contactar al día siguiente, comunicándole “el especial interés en poder establecer la causa real de la muerte en el contexto de una notificación de sospecha” de la enfermedad; el día 3 de enero de 2008, “ante la tardanza en la realización de la autopsia”, la Dirección General de Salud Pública “organiza con el Hospital” la realización de la necropsia en el mismo. Las actuaciones descritas, concluye, responden a lo establecido en la normativa aplicable y al Protocolo específico existente en la propia Dirección General, sin que el manejo del cadáver requiera en estos supuestos “la adopción de ninguna medida especial de protección”, salvo las “habituales”.

18. Con fecha 30 de noviembre de 2010, el instructor del procedimiento solicita al Instituto de Medicina Legal de Asturias informe elaborado por la médico forense encargada del caso, petición reiterada el 24 de enero de 2011 y, de acuerdo con lo indicado por el Director del Instituto, con fechas 8 de febrero y 13 de abril ante el Juzgado de Instrucción, recibándose oficio emitido por la Secretaria Judicial del mismo en el que se pone en conocimiento del requirente que en las Diligencias correspondientes no consta “informe alguno en relación con lo interesado, al margen del certificado de defunción e informe clínico asistencial del SAMU (...) sin perjuicio de dirigirse directamente a la médico forense interviniente en su día, si lo considera oportuno”.

19. Mediante escrito notificado el 19 de septiembre de 2011, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de la nueva documentación incorporada con posterioridad a la celebración del primer trámite de audiencia, así como relación de la obrante en el procedimiento.

20. Con fecha 3 de octubre de 2011, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que la reclamante expone, en primer lugar y en relación con el informe emitido por el Servicio de Anatomía Patológica, que este aporta “documentación de gran relevancia para establecer las circunstancias relativas a la solicitud de la práctica de la autopsia y la cronología de los hechos”, en concreto, la solicitud de realización de autopsia el día 3 de enero de 2008, que a su juicio “evidencia la simpleza de un trámite que se demoró innecesariamente” al no superar “las cuatro horas y media” comprendidas entre la recepción del fax (11:58 horas) y la incineración de los restos mortales (“a las 16:30 horas de ese mismo día”). Por otra parte, estima que las afirmaciones relativas a la práctica habitual en lo concerniente a las condiciones en que se entregan los cadáveres a los familiares no “desvirtúan las declaraciones del personal de la funeraria ni de los

familiares que tuvieron la doblemente desagradable tarea de identificar los restos mortales (...) desfigurados y mutilados tras su autopsia”.

En segundo lugar, y en cuanto a lo informado por el Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas, considera a este responsable de “las estrictas medidas de cuarentena que se adoptaron a continuación y que tan graves perjuicios acarrearón para su familia”, así como de la comisión de un “grave error de procedimiento del que se derivaron graves perjuicios para la familia, al retrasar innecesariamente la entrega de los restos mortales” al notificar el fallecimiento al forense de guardia, que considera improcedente. Añade que la constatación de que “el manejo de cadáver de una persona fallecida por” la enfermedad “no precisa la adopción de ninguna medida especial de protección” justifica “más aún su reclamación” por el agravamiento del “inmenso dolor por la inesperada pérdida” que las mismas ocasionaron a sus familiares, ya que de forma innecesaria los restos mortales “fueron puestos en cuarentena, prohibiendo su exposición pública, incluso con el féretro cerrado, por el alto riesgo de contagio que se les suponían, impidiendo su velatorio en el tanatorio y posterior traslado al templo para la celebración de las honras fúnebres”.

Finaliza solicitando la elaboración de un nuevo Informe Técnico de Evaluación.

21. Con fecha 11 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma reitera las conclusiones expuestas en la emitida el día 2 de julio de 2009 y además señala en relación a las actuaciones posteriores al fallecimiento que “en casos de que un facultativo acuda a un domicilio en el que el paciente ya ha fallecido, no es anormal la llamada al forense de guardia”, “que las medidas de profilaxis adoptadas con el cadáver son las que establece el protocolo”, que “la Dirección General de Salud Pública ordenó la realización de la autopsia en el mismo momento en que tuvo la autorización

judicial, bajo cuya custodia está el cadáver” y “que la demora de 24 horas en la realización de la autopsia es normal, ya que como indica el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica (...) se precisa preparación de material y disponibilidad de personal que no es inmediata”.

22. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de noviembre de 2011, registrado de entrada el día 25 de noviembre de 2011, 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 Sanidad, 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 9 de diciembre de 2008. Dado que el fallecimiento de la hija de la reclamante se produjo el 31 de diciembre de 2007, la reclamación ha sido 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 legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Reiterando lo ya expuesto en nuestro anterior dictamen sobre el mismo asunto, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo. Ciertamente, se ha comunicado a la reclamante la incoación del procedimiento y las normas de aplicación al mismo -en las que consta el plazo máximo para notificar la resolución expresa y los efectos de su transcurso sin que se haya producido dicha notificación-, por lo que con una interpretación flexible cabría entender efectuada indirectamente la comunicación de dichos extremos, pero no se le ha indicado en modo alguno la fecha de recepción de su reclamación en el registro del órgano competente para su tramitación, es decir, la fecha desde la cual se contará el plazo máximo en que debe notificarse la resolución expresa de dicha reclamación.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en el 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.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en la existencia de daños, de índole moral, consecuencia del fallecimiento de su hija; por una

parte, los derivados de la existencia de un error de diagnóstico de la patología padecida y que provocó el fatal desenlace y, por otro, los referidos a las circunstancias inmediatamente posteriores a la defunción, relativas a la determinación de la causa de la muerte.

A la vista del expediente, resulta acreditada la producción del deceso de la paciente, tras recibir asistencia sanitaria en su domicilio por parte de los servicios de atención primaria y de urgencias, por lo que hemos de presumir que su madre ha sufrido un daño moral derivado del fallecimiento. Igualmente, resulta probada la existencia de una sospecha inicial de sepsis meningocócica como causa del fallecimiento, posteriormente descartada tras establecerse como definitivo el diagnóstico de "neumonía bacteriana en fase aguda". Esta sospecha determinó la activación de una serie de mecanismos de alerta epidemiológica y la necesidad de practicar la necropsia, lo que hubo de suponer una alteración del proceso ordinario de honras fúnebres tras el fallecimiento de un familiar. Esta alteración, la necesidad de practicar la necropsia y la de prevenir la enfermedad meningocócica en las personas en contacto con la fallecida, sin duda han supuesto un padecimiento añadido al ya derivado de la pérdida de un ser querido, pero no consta acreditado que hayan causado un daño moral con la entidad y los requisitos de efectivo y evaluable económicamente que resultan legalmente exigibles.

En todo caso, dejando a un lado la valoración concreta del daño que, en su caso, habremos de realizar, ha de advertirse que la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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 del 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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. 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 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.

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*.

También hemos de 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 que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En primer lugar, y en relación al fallecimiento, que atribuye a la deficiente asistencia recibida, considera la interesada que “el diagnóstico erróneo de cuadro febril con gastroenteritis” que supuso la privación “del tratamiento correcto” fue debido a la falta de apreciación en la fallecida de los “síntomas clásicos y habituales en un proceso de neumonía”. Estima que la “formación” y “experiencia en el desempeño de su actividad profesional (...) dotan” a las dos médicos que prestaron su asistencia en las horas previas a la muerte “de instrumentos más que suficientes para diferenciar los síntomas de ambas patologías”. Sin embargo, la realidad es que el diagnóstico requería la realización de pruebas complementarias, pruebas sobre cuya necesidad la reclamante no se pronuncia pero cuya efectiva realización, de acuerdo con los informes incorporados al expediente -a los que nada se opone en lo que a esta cuestión concierne-, no estaba justificada en este caso. Y es que la valoración de “la actuación de las facultativas” no puede llevarse a cabo, como pretende la actora, exclusivamente “examinando si la historia clínica de la paciente mostraba la sintomatología característica de esta patología (...) o si por el contrario, la sintomatología aún no se había manifestado y, en consecuencia, no existía la posibilidad objetiva de emitir un diagnóstico acertado”, ya que el diagnóstico de neumonía requiere la existencia de “un cuadro clínico compatible junto con el hallazgo de una condensación en la radiografía de tórax”. Así, pese a que en sus alegaciones la reclamante cuestiona el contenido del informe

pericial elaborado por cuatro especialistas en Medicina Interna a instancia de la compañía aseguradora en cuanto se limita “a valorar la actuación de las facultativas respecto del diagnóstico de cuadro febril, cuando ha quedado demostrado hasta la saciedad que la causa del fallecimiento fue la insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía bacteriana en fase aguda y no un proceso gripal”, lo cierto es que ha de plantearse si el cuadro que presentaba la paciente determinaba la necesidad de realizar pruebas complementarias a fin de detectar la existencia de un proceso infeccioso. Dado que la “enferma presentó un síndrome febril como manifestación principal de la neumonía”, y tras analizar “si la actuación de las médicos que le atendieron era la correcta”, el dictamen concluye que “el cuadro febril que presentaba no” cumplía “ninguno de los criterios de derivación obligada para completar el estudio”, pues la “enferma no presentaba ninguna de las situaciones que aconsejan su derivación al hospital ni tampoco ninguna indicación para el tratamiento con antibiótico ante un cuadro febril”, precisando que “por el contrario, el cuadro clínico y la situación epidemiológica en ese momento hacían sospechar fuertemente una gripe como causa de los síntomas que presentaba la paciente y así lo interpretaron las médicos que la atendieron”.

En este sentido, la primera médica que atiende a la enferma señala expresamente que procedió a la “exploración física de la paciente que consistió en examen de vías respiratorias altas y bajas, para descartar proceso infeccioso a nivel de amígdalas, bronquio, pulmón...; examen cardiológico para descartar endocarditis, abdominal para descartar foco infeccioso digestivo y neurológico para descartar meningitis”, no hallando “indicadores de estas patologías” y orientando en cambio los síntomas a un cuadro gripal, lo que determina la emisión de diagnóstico y el tratamiento pautado, recomendándose vigilancia domiciliaria y atención a la aparición de nuevos síntomas o al empeoramiento de los existentes. Precisa que no consideró necesario “realizar ninguna prueba complementaria, ya que tanto la radiografía como la TAC” proceden “cuando hay sospecha de proceso bronconeumónico y ni los síntomas ni la exploración

realizada (...) hicieron sospechar el cuadro ni tampoco su rápida y agresiva evolución” en una “mujer joven y sana”. La exploración se repite al día siguiente por otra médico, que afirma que, “dado el conjunto de sintomatología y el momento de incidencia de la gripe en que nos encontrábamos, opté por prescribirle tratamiento sintomático dirigido a que remitieran sus síntomas gastrointestinales”, aparecidos durante la noche anterior.

En suma, coincidimos con el informe técnico de evaluación en la conclusión de inexistencia de “mala praxis”, aunque sí de “dificultades diagnósticas, al cursar una enfermedad enmascarada con proceso gripal y con el rápido desenlace fatal descrito”, debiendo tenerse en cuenta además lo señalado en el dictamen en cuanto a que “las manifestaciones que presentaba esta enferma hacen” que se considere que padecía la catalogada como “neumonía indeterminada”, y que “aunque no se pudo identificar claramente el agente causal, la aparición de abscesificación y afectación de más de un lóbulo hace pensar en una neumonía por Klebsiella y menos frecuente por estafilococo que además es un germen que puede producir neumonía secundaria como complicación de la gripe”, proceso que no se descarta padeciera la hija de la interesada.

En segundo lugar, y en relación a los hechos producidos tras el fallecimiento, debe distinguirse a su vez entre los derivados de la sospecha de sepsis meningocócica como causa de la muerte, posteriormente descartada, y los atribuidos a la demora en la realización de la autopsia.

En cuanto a los primeros, cabe señalar que aun presumiendo tanto la efectividad del seguimiento por parte de la interesada del tratamiento médico recomendado, como la existencia de perjuicios derivados del mismo, lo cierto es que de acuerdo con lo informado por el Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas la actuación de la Administración sanitaria ante la existencia de una sospecha de enfermedad fue correcta, articulándose las medidas preventivas previstas en el Protocolo específico existente, que incluyen la administración de medicación a los “contactos estrechos” de la fallecida por

presentar estos “un riesgo mucho más elevado de desarrollar la enfermedad que el resto de la población”.

La justificación de la aplicación de esta medida ante la sospecha de la enfermedad radica en que “la quimioprofilaxis debe administrarse lo más rápidamente posible (a ser posible en las primeras 24 horas), ya que los beneficios disminuyen con el tiempo y no se recomienda una vez pasados 10 días”, tiempo inferior, de acuerdo con los informes obrantes, al necesario para confirmar la existencia de la enfermedad.

Por otra parte, pese a la insistencia de la actora en atribuir a la médica del Samu el error en el “diagnóstico” inicial de la causa del fallecimiento desencadenante de “graves consecuencias”, lo cierto es que el juicio clínico consignado por esta profesional en el informe asistencial emitido el día del deceso es el de “sepsis”, precisando que existe “sospecha de meningococo” pero sin efectuar un “diagnóstico” definitivo; en cambio, el dictamen médico de defunción emitido por la forense con fecha 2 de enero de 2008, que la propia reclamante aporta sin objetar su contenido, sí establece el “fallecimiento por causas naturales, a consecuencia de: sepsis por meningococo”.

Atribuye la perjudicada el daño consistente en la “desesperada indignación” sufrida ante la imposibilidad de celebración de un “funeral de cuerpo presente” a la concurrencia de dos factores, “las estrictas medidas de profilaxis a las que se vio sometido el cuerpo (...) como consecuencia de su erróneo diagnóstico” y la “demora injustificada en la práctica de la autopsia por parte del personal de Salud Pública”. En cuanto a aquellas, de acuerdo con lo informado por esta última Dirección General, “el manejo del cadáver de una persona fallecida por enfermedad meningocócica no precisa la adopción de ninguna medida especial de protección, ni del cadáver ni del personal que lo maneja, salvo las protecciones habituales”. Ello no se contradice con la exposición de la reclamante, quien en su escrito inicial señala a la médico forense como responsable de la decisión de que el cuerpo debiera “permanecer en el depósito en estricta cuarentena” debido a “su carácter altamente

contagioso”, dato que no ha podido contrastarse dada la ausencia de informe emitido por esta profesional pese a las diversas solicitudes dirigidas por el instructor al Instituto de Medicina Legal.

No obstante, la documentación obrante sí proporciona información suficiente para concluir que no existió el alegado retraso en la práctica de la necropsia por los servicios dependientes de la Administración sanitaria a la que se dirige la reclamación, que condicionara la celebración de las exequias. Así, coincidimos con el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica en que la realización de la prosección en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud desde la Dirección General competente constituye un “margen de tiempo adecuado, si tenemos en cuenta que una autopsia requiere una preparación de material y disponibilidad de personal que no es inmediata y menos en” tales fechas. Aceptando que el retraso de tres días en la disposición de los restos mortales pueda causar dolor a los familiares, no puede compartirse ni la hipótesis formulada por la dicente en el sentido de que la realización de la autopsia el mediodía del día 2 de enero hubiera permitido disponer de sus restos en el momento de celebración del funeral, a primera hora de la tarde del mismo día, ni la exclusiva imputación de dicha demora a la Dirección General de Salud Pública, obviando otras circunstancias de las que existe constancia por la exposición de la propia reclamante, quien indica que la necropsia no se llevó a cabo el día 1 de enero porque la médico forense requerida “desde la Dirección del Tanatorio” para su práctica “se negó a acudir por tratarse de la festividad de Año Nuevo”, lo que a su juicio no merece reproche alguno ni supone incidencia en la tardanza denunciada.

Finalmente, y en cuanto al perjuicio que habría provocado el estado en que fueron entregados los restos mortales de la difunta, los hechos relatados por la reclamante divergen sustancialmente de la práctica habitual seguida, descrita por el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica. Con independencia de que el relato que realiza la interesada se sustenta únicamente en su mera declaración -pues no aporta prueba alguna al respecto pese a aludir a “las

declaraciones del personal de la funeraria ni de los familiares que tuvieron la (...) tarea de identificar los restos” -, el artículo 5.3 del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio dispone que “cuando el procedimiento suponga la desfiguración manifiesta del cadáver, la autopsia clínica requerirá la constancia escrita de la autorización expresada por el interesado antes de su fallecimiento, o la conformidad del cónyuge o familiares en primer grado del difunto, o la orden formulada por la autoridad sanitaria cuando exista un interés relevante para la salud pública”, constando en el expediente tanto la autorización emitida por los familiares, como la solicitud remitida por la Directora General competente al hospital de realización de la autopsia “por razones justificadas desde el punto de vista de la Salud Pública”.

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.