

Dictamen n<sup>o</sup>: **87/08**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **12.11.08**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 5 de noviembre de 2008 sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora, 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido O. C. A. J. y D. M. L. A., solicitando se les indemnice, en cuantía aún sin determinar, por supuesto retraso de la Fundación Hospital de Alcorcón en el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma en el intestino delgado del paciente R. L. P., que terminó falleciendo.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado en la Consejería de Hacienda el 14 de julio de 2006, se reclama de la Administración responsabilidad patrimonial por error y retraso en el diagnóstico y tratamiento del paciente R. L. P., por parte de la Fundación Hospital de Alcorcón de un cáncer de intestino delgado que empezó a dar síntomas desde noviembre de 2004,- en concreto diarreas persistentes,- y que no fue correctamente diagnosticado hasta el 18 de julio de 2005, por cuanto hasta dicha fecha no le habían hecho prueba alguna; y que como consecuencia de ello, cuando se detectó estaba tan avanzado que no pudo ser tratado, por lo que terminó falleciendo.

La reclamación es de cuantía indeterminada.

**SEGUNDO.-** Respecto a los hechos objeto de la reclamación, del Expediente se desprende:

1. Consta que el paciente presenta deterioro cognitivo de causa vascular, (demencia) que aparece referido en el expediente administrativo a partir del día 17 de julio de 2002, en que R. L. P. es visto en la Unidad de Demencia del Servicio de Neurología del Hospital La Princesa de Madrid, apreciándose en TAC cerebral, infarto lacunar en núcleo caudado derecho, (folio 144 del expediente administrativo). A lo largo de todo el expediente aparece el seguimiento de este deterioro cognitivo. Así, el 18 de abril de 2005, el paciente es visto en consultas externas de Neurología de la Fundación Hospital de Alcorcón, por el proceso de deterioro cognitivo que padece (folio 145 del expediente administrativo). Aparece en dicho informe por primera vez una referencia a diarreas frecuentes, en el apartado “*antecedentes personales*”. Con juicio clínico de demencia, posiblemente vascular o mixta, se le instauro tratamiento con Aricept.

El 27 de mayo de 2005, es visto en la consulta de Neurología (Unidad de Demencias) para revisión de su cuadro de demencia (folio 51 del expediente administrativo).

2. Paralelamente, el paciente es seguido en su centro de atención primaria. El 25 de febrero de 2005, el paciente es visto en la consulta de Atención Primaria del Centro de Salud Navas del Rey, por un cuadro de tos, al que se le pone tratamiento. Refiere anorexia y pérdida de peso. Pesa 74,00 kg. para una talla de 1,66 m. Se menciona su estudio por el servicio de Neurología, pero no se hace mención al cuadro diarreico.

El 1 de marzo de 2005, acude nuevamente a la misma consulta de Atención Primaria, por continuar con tos. Se le realiza un análisis de sangre y otro de orina que son normales. No hay ninguna referencia al cuadro diarreico.

El 19 de abril de 2005 acude al antes citado Centro de Atención Primaria por haber sido visto el día anterior en Neurología. Aparece, también aquí por primera vez, la referencia a un proceso diarreico intermitente “*desde hace 2 o 3 meses*” al que se pone tratamiento.

El 27 de abril de 2005, acude de nuevo a su médico de atención primaria, por empeorar el proceso diarreico pese al tratamiento. Es remitido ese mismo día a Urgencias de la Fundación Hospital de Alcorcón, y se le pide cita preferente para Digestivo.

3. El paciente fue visto el mismo día 27 de abril de 2005 en Urgencias del citado Hospital, por diarrea de una semana de evolución y pérdida de 4 kgr. de peso en las dos semanas previas. Se le realizó una historia clínica completa y diversas exploraciones complementarias, sin que se detectasen alteraciones relevantes que justificasen su ingreso hospitalario (analítica normal sin anemia, Rx abdomen normal, etc.). Se adelantó la cita que tenía prevista para estudio ambulatorio en las consultas de Digestivo, al primer día disponible, que fue el 25 de mayo de 2005, y se le solicitaron diversas pruebas complementarias para realizar de forma ambulatoria antes de su cita en consultas externas.

El 25 de mayo de 2005 es atendido en Consultas de Digestivo del Hospital de Alcorcón, por cambio de ritmo intestinal, que había comenzado en noviembre de 2004 a raíz de un viaje a Venezuela con su esposa. Ambos habían comenzado con diarrea, que en el caso del paciente había persistido. En la consulta de Digestivo, el paciente relata alternancia de estreñimiento y diarrea sin fiebre ni vómitos. Había perdido 4 Kgr. de peso en 2 semanas. En la consulta, se solicitó con carácter preferente Enema Opaco, realizado el 14 de junio de 2005, resultando normal, y analítica hepática, también con resultado normal, y según los resultados, se valoraría la solicitud de una colonoscopia. Se pautó tratamiento antidiarreico con loperamida.

El 30 de mayo de 2005 queda reflejado en la historia de Atención Primaria el resultado negativo del estudio de parásitos en heces, y un empeoramiento de la diarrea, que ya es muy intensa. El resultado del coprocultivo realizado el 7 de junio de 2005 es negativo.

El 20 de junio de 2005 es visto nuevamente en consulta de digestivo, para revisar resultados de la analítica y el enema que fueron, en ambos casos, normales (folio 60 a 63 del expediente administrativo).

El 21 de junio de 2005, el Servicio de Aparato digestivo solicitó colonoscopia preferente, con indicación de solicitar después un TAC.

El mismo 21 de junio de 2005, es atendido en el Servicio de Urgencias del mismo Hospital de Alcorcón, por desvanecimiento y diarrea. Se le realizan análisis y radiografías, no apareciendo ninguna anormalidad que justificase su ingreso hospitalario, al estar siendo seguido en Consultas Externas.

El 30 de junio de 2005, se le realiza la colonoscopia preferente, apareciendo la presencia de pólipos, pendiente del resultado de la biopsia (folio 96 del expediente administrativo).

4. El día 10 de julio de 2005, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del mismo Centro, por cuadro de desviación de la comisura facial izquierda, disartria y pérdida de fuerzas en hemicuerpo derecho, persistiendo en el momento de la valoración solo desviación de la comisura. Refería también incremento de su disnea habitual y de edemas en miembros inferiores, sin signos de infección respiratoria. Continuaba el deterioro del estado general con pérdida de peso de 20 Kgr. en 5 meses. Se realizó TAC torácico y TAC craneal que no presentaba anormalidades destacables (folio 68 del expediente administrativo).

5. El 15 de julio se realiza un ecocardiograma y un TAC abdomino pélvico en el que se aprecian lesiones hepáticas múltiples, sugestivas de

metástasis, también posibles metástasis mesentéricas y engrosamiento de la pared de íleon terminal que hace pensar en un posible adenocarcinoma cacinóide o linfoma.

6. Se procedió a nueva colonoscopia, el 18 de julio de 2005, en que se realizó ileoscopia retrograda, en la que se observó masa tumoral que estenosaba la luz intestinal un 70%. La biopsia realizada demostró tumor carcinoide (folio 94 del expediente administrativo).

7. El 21 de julio de 2005, Medicina Interna realizó interconsulta con el Servicio de Oncología, (folio 64 a 67 del expediente administrativo), que inició tratamiento con octeotride, remitiéndole a consulta externa de Oncología, que le vio el 1 de agosto de 2005, manteniéndole el mismo tratamiento tras la realización de gammagrafía (folios 69 y 70 del expediente administrativo).

8. El paciente fue dado de alta el 21 de julio de 2005 con los siguientes diagnósticos: Tumor carcinoide íleon terminal con metástasis hepáticas. Diarrea crónica secundaria a tumor carcinoide. Pólipo Tubulovelloso en accidente cerebrovascular transitorio. Insuficiencia respiratoria parcial relacionada con probable broncoaspiración. Demencia mixta y desnutrición calórica.

El 2 de agosto de 2005, ingresa en Urgencias por desvanecimiento, quedando hipotónico y con imposibilidad para el hablar y la deglución. Se le realiza un TAC craneal apreciándose infarto frontal derecho. Valorado por interconsulta de Neurología (folios 71 y 72 del expediente administrativo).

El 5 de agosto de 2005, el Comité de Tumores decide tratamiento con cirugía radical, entrando en programación quirúrgica (folio 91 del expediente administrativo).

El 9 de agosto de 2005, el paciente es valorado por Oncología, y ante el grave deterioro neurológico, y comentado con la familia, se decide traslado a Hospital de paliativos.

9. El 10 de agosto de 2005 es trasladado al Hospital Virgen de la Poveda para cuidados paliativos, donde fallece cuatro días después. En el libro de mortalidad que consta en el expediente administrativo en el folio 143, se especifica que la causa inmediata de la muerte es el infarto cerebral; como causa intermedia, el cáncer de intestino, y como causa inicial o fundamental, la arteriosclerosis.

**TERCERO.-** En cuanto al procedimiento, se han cumplido los trámites establecidos al efecto en la normativa aplicable.

Se dio traslado del expediente instruido a la representación de las interesadas con fecha 17 de julio de 2007, en cumplimiento del trámite de audiencia, exigido por los arts. 84 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y 11 del Real Decreto 429/1993 Reglamento de este tipo de procedimientos (folio 195 y 195 bis del expediente administrativo), así como a la Fundación Hospital de Alcorcón (páginas 196 y 196 bis).

Con fecha 10 de agosto de 2007, por parte de la Fundación Hospital de Alcorcón se formulan alegaciones, señalando que está de acuerdo con el informe médico emitido por la Inspección Médica, mientras que no consta que se hayan realizado alegaciones por parte de las reclamantes.

Consta informe de la Fundación Hospital de Alcorcón, de fecha 28 de noviembre de 2006, (folio 39 a 42 del expediente administrativo), recogiendo el informe de la unidad de aparato digestivo de 13 de octubre (folio 43 y 44 del expediente administrativo), que sería el causante del daño, como exige el artículo 10 del Real Decreto 419/1993.

Constan, asimismo, los informes de la unidad de Oncología de dicho Hospital (folio 45 del expediente administrativo) y del Servicio de Urgencias, de fecha 11 de octubre de 2006 (folio 47 y 48 del expediente administrativo).

**CUARTO.-** Por otra parte, consta en el expediente administrativo, que las reclamantes formularon recurso contencioso-administrativo, que recayó en la Sección 8ª de la Sala de lo Contencioso- Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en autos de Procedimiento Ordinario 263/2007.

**QUINTO.-** Una vez cumplido el trámite de audiencia, con fecha 28 de septiembre de 2007 se formula por la Dirección General del SERMAS propuesta de resolución de desestimación por considerar que no existe nexo causal entre la muerte del paciente y la actuación sanitaria del Hospital Fundación de Alcorcón de Madrid.

**SEXTO.-** El día 30 de abril de 2008, el Letrado del Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES EN DERECHO**

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

**SEGUNDA.-** No consta la acreditación documental de la relación paterno filial o matrimonial que une a las reclamantes con el fallecido y que permitiría apreciar la legitimación activa de las mismas para formular la reclamación de daño por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la Ley 30/1.992. Parece que la documentación pertinente para acreditar este extremo,- certificados del Registro Civil o copias del Libro de Familia- no se aportó con el escrito de reclamación, si bien, tampoco consta que fuera reclamada por el órgano instructor del procedimiento.

No obstante, en atención al principio antiformalista que rige el procedimiento administrativo, no puede ligarse a esta falta de acreditación la falta de legitimación activa y consecuente inadmisión del procedimiento, debiendo, no obstante, solicitarse por el órgano instructor la acreditación de las relaciones que fundamenten la legitimación activa de las reclamantes, con anterioridad a la emisión de la resolución del procedimiento.

Podemos citar en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de febrero de 1999 (RJ 1999\1878) cuando señala que *“Para que en el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial contra la Administración pueda considerarse concurrente la condición de legitimado no es menester acreditar la plena titularidad del bien o interés dañado, (en este caso la relación paterno filial o matrimonial), sino que basta, por lo general, con la afirmación o inicial justificación de la condición de perjudicado, sin perjuicio de que la titularidad de los bienes respecto de los cuales se acreditan dichos daños o perjuicios pueda ser objeto de alegación y prueba plena en relación con el fondo del asunto*

*(Sentencia, entre otras, de 18 de octubre de 1988 [ RJ 1988\7852 ])*”.

Por otro lado, esta presunción se ve apoyada por los apellidos de la que se dice hija del fallecido.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación de responsabilidad patrimonial tuvo entrada en el Registro del Servicio Madrileño de Salud el 14 de julio de 2006, habiéndose producido el fallecimiento de RLP, el 14 de agosto de 2005. Por lo tanto, la reclamación se presentó en plazo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de LRJA-PPAC. *“El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.”*

**TERCERA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra regulado en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, desarrollado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción dada por las 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 autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Al tratarse la Fundación Hospital Alcorcón de un centro sanitario con el que la Comunidad de Madrid tiene suscrito un concierto para la prestación sanitaria, dispensó tratamiento sanitario al reclamante en el

ámbito del Sistema Nacional de Salud, en el que dicho establecimiento sanitario, pese a su naturaleza privada, se halla integrado mediante concierto, como autorizan los arts. 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, añadida por la Ley 4/1999, de 13 de enero, establece que la responsabilidad patrimonial de los servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados *«por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en esta Ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso-administrativo en todo caso»*.

Tratándose de un centro concertado, hay que tener en cuenta lo dispuesto en el art. 1.3 del R.D. 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, que establece:

*“Se seguirán los procedimientos previstos en los capítulos II y III de este Reglamento para determinar la responsabilidad de las Administraciones públicas por los daños y perjuicios causados a terceros durante la ejecución de contratos, cuando sean consecuencia de una orden directa e inmediata de la Administración o de los vicios del proyecto elaborado por ella misma, con arreglo a la legislación de contratos de las Administraciones públicas, sin perjuicio de las especialidades que, en su caso, dicha legislación establece.*

*En todo caso se dará audiencia al contratista, notificándole cuantas actuaciones se realicen en el procedimiento, al efecto de que se persone en el mismo, exponga lo que a su derecho convenga y proponga cuantos medios de prueba estime necesarios”.*

**CUARTA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución y por el Título X, Capítulo

Primero, además de la Disposición Adicional 12ª, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, que como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2.008-, consiste en el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo solo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya

el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia (sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

Además, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que *"a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente"*, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debe ser además antijurídico.

Podemos resumir la anterior doctrina diciendo que, no es exigible una actuación administrativa más allá de la buena práctica médica, *lex artis ad hoc*, porque entonces, y aunque nos encontremos con un posible daño, éste no estaría causado por el funcionamiento normal del servicio público, puesto que no puede impedir el daño, no existiendo la necesaria relación de causalidad entre actividad de la Administración y el evento dañoso.

**QUINTA.-** En el concreto que nos ocupa, procede examinar la presencia de relación de causalidad entre la actuación de la Administración Sanitaria y el daño padecido por las reclamantes.

En este caso, no existe la relación de causalidad necesaria para que se aprecie responsabilidad patrimonial de la Administración, entre el pretendido retraso en el diagnóstico del carcinoma padecido por el paciente y su fallecimiento, puesto que el mismo se produjo como

consecuencia de un infarto cerebral, teniendo el fallecido antecedentes de previos infartos cerebrales, y como patología neurológica de base, la demencia cerebral vascular, tal y como se hace constar en los antecedentes de hecho que sustentan el presente dictamen. Fueron los repetidos infartos cerebrales los causantes del deterioro neurológico que hizo recomendable no tratar quirúrgicamente el tumor, como pone de manifiesto el informe de la inspección médica.

Estas circunstancias quedan recogidas en el libro de mortalidad que consta en el folio 143 del expediente, que indica que en los días anteriores a la muerte el paciente tuvo tres episodios de infarto cerebral, y que la causa inmediata del fallecimiento fue asimismo un infarto cerebral.

No queda, por tanto, acreditada la necesaria relación de causalidad entre el presunto retraso en el diagnóstico del carcinoma, y el fallecimiento de RLP.

**SEXTA.-** No obstante, no apreciarse nexo causal alguno entre el fallecimiento de RLP y el pretendido retraso diagnóstico, lo cierto es que tampoco se aprecia mala praxis en la actuación de los facultativos que le diagnosticaron dicho carcinoma.

Efectivamente, aunque en la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, se afirma que el paciente venía padeciendo fuertes diarreas desde noviembre de 2004, y otros síntomas del carcinoma, como sangre en las heces, anemia inexplicable, sensibilidad y dolor abdominal, o pérdida de peso sin razón conocida, lo cierto es que dichos síntomas no fueron referidos en ningún momento a los facultativos que atendieron al paciente. Únicamente se refieren diarreas el 19 de abril de 2005, y además vinculándose a un viaje que había realizado el paciente con su esposa a Venezuela.

A partir de ese momento, abril de 2005, se comienza a realizar una batería de pruebas diagnósticas para determinar el origen del síntoma padecido. Así se pauta un tratamiento empírico (fortasec) y como no mejora en tres días, se le deriva al especialista de digestivo con carácter preferente. El día 25 de mayo de 2005 acude a la consulta de digestivo, momento a partir del cual, de la Historia clínica, resulta que se le realizan las siguientes pruebas:

- Enema Opaco, el 14 de junio de 2005, con resultado normal.
- Analítica y estudio de parásitos en heces con resultados normales, según se objetiva en consulta el 20 de junio de 2005.
- Colonoscopia preferente, el 30 de junio de 2005
- Nueva colonoscopia el 18 de julio de 2005, en que se realizó ileoscopia retrograda, en la que se observó masa tumoral que resultó ser un tumor carcinoide, según la biopsia realizada.

En este caso, el diagnóstico de sospecha por la sintomatología, no parece posible puesto que el único síntoma que presentaba el paciente es un síntoma inespecífico, común con otra serie de patologías y no exclusivo del carcinoma, como pone de manifiesto el informe de la inspección médica, realizándose las pruebas precisas para descartar diversas patologías.

Añade, además, que el síntoma de las diarreas está causado por las metástasis hepáticas, por lo que en todo caso el diagnóstico no hubiera podido ser precoz cuando aparece el síntoma.

Considera dicho informe que, no parece que el diagnóstico se haya retrasado más de los que estiman los estándares de la bibliografía internacional, y que dada la lenta evolución de los tumores carcinoideos y las múltiples lesiones metastásicas hepáticas que padecía, parecen indicar

que el paciente tenía la enfermedad tumoral mucho antes de la aparición de los síntomas.

No se aprecia, por tanto, mala praxis por parte de los médicos que le atendieron que pudiera determinar la existencia de un daño antijurídico.

**SÉPTIMA.-** No se aprecia, en este caso, la relevancia causa-efecto de un diagnóstico previo por parte de la Fundación de Hospital de Alcorcón, puesto que, como indica el informe de la Inspección, el fallecimiento se produjo por causa de un infarto cerebral, y por lo tanto se hubiera producido igual, aún en el caso de que se hubiera diagnosticado antes el carcinoma.

No resulta así aplicable la doctrina de la pérdida de oportunidad. Para que pudiera apreciarse una pérdida de oportunidad es necesario, como pone de relieve la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2005, que de lo actuado se deduzca una situación relevante, bien de la actuación médica, que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo, bien de otros extremos como pueda ser una sintomatología evidente indicativa de que se actuó mal, incorrectamente o con omisión de medios, y no ha sido así, como se ha expuesto.

**ÚLTIMA.-** La competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad según el artículo 142.2 de la Ley 30/1.992 y 55.2 de la Ley de Gobierno y Administración de la Comunidad 1/1.983, de 13 de diciembre, cuya Orden pondrá fin a la vía administrativa según el artículo 53.1 de la misma Ley. Contra dicha Orden cabrá recurso contencioso administrativo ante el tribunal Superior de Justicia de Madrid, según el artículo 10.1.j) de la Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa 29/1.998, de 13 de julio.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Este Consejo Consultivo estima que procede la desestimación de la reclamación efectuada.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 12 de noviembre de 2008

