



Sr. Madrid López, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente
Sr. Fernández Costales, Consejero
Sr. Pérez Solano, Consejero
Sr. Quijano González, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 de febrero de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 3 de octubre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. zzzzz*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 4 de octubre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 946/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- En el informe de la Inspección Médica se describen los hechos en los siguientes términos:

“D. zzzzz, nacido el 9/2/1920, presentaba como antecedentes médicos de interés los de diabetes mellitus tipo II, By-pass en miembro inferior



izquierdo por isquemia y osteoartrosis. El día 17/8/2000 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 por caída accidental tras la que presenta luxación en articulaciones interfalángicas proximales de 3º y 4º de la mano derecha y traumatismo con hematoma sobre región malar izquierda. Tras ser valorado con estudio radiológico es tratado y remitido a su domicilio con vendaje inmovilizador y cobertura antibiótica, recomendándose la observación en domicilio y la revisión en consulta externa de traumatología programada a los 5 días.

»El día 20/10/2000 el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh2 por dolores dorsolumbares y dificultad para la deambulación desde la caída anterior. En el servicio de Urgencias se recogen antecedentes, se realiza exploración física, en la que se observa malestar general y dolor a la exploración dorsolumbar, y estudio radiológico dorso-lumbar en el que se aprecian signos de artrosis degenerativa con numerosos osteofitos. La impresión diagnóstica es la de «artrosis degenerativa» siendo pautado tratamiento médico, reposo relativo y control por su médico general, según se establece en los antecedentes de hecho de la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia (aportada en la reclamación) no consta que el enfermo acudiese a consulta de atención primaria hasta el 21 de diciembre del mismo año.

»El día 2/12/2000 el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh2 por un episodio de disfasia (si bien se plantean interrogantes sobre el mismo) y pérdida de fuerza en extremidad inferior izquierda con alteración de control de esfínteres y caída al suelo, refiriendo varios episodios similares de duración variable en los dos últimos meses y encontrándose asintomático en el momento de la consulta salvo la referencia de dorsalgia. En la exploración clínica realizada el paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador, no se aprecian signos de meníngicos ni localización neurológica ni tampoco patología vascular aguda en extremidad inferior izquierda, la auscultación cardio-pulmonar es normal, no existe ingurgitación yugular, el abdomen es blando y depresible y la puñopercusión renal bilateral es normal. Se realiza estudio radiológico de la columna dorsal en el que se observa artrosis severa con aplastamientos y acuñaamientos vertebrales. También se practican estudios analíticos con valores de glóbulos rojos $3,9 \times 10^6$, hemoglobina de 9,4, 361.000 plaquetas y 12.200 leucocitos, glucosa de 139, urea 85, creatinina de 2, sodio de 133, potasio de 4,7 y creatín



cinasa de 85. En el estudio electrocardiográfico realizado se aprecia un ritmo sinusal a 88 latidos/minuto, hipertrofia ventricular izquierda y bloqueo bifascicular. La impresión diagnóstica que se establece es la de probable «episodio de accidente isquémico transitorio, insuficiencia renal y anemia», siendo indicado el ingreso del paciente en medicina interna (neurología).

»D. zzzzz es ingresado en el Hospital hhhh3, centro concertado con el Sacyl, el día 3/12/2000 a la 1 hora siendo valorado el paciente por el médico de guardia. En la historia se señalan los antecedentes médicos del enfermo y como enfermedad actual episodio de disfasia (dudosa), pérdida de fuerza en extremidad inferior derecha con caída al suelo sin pérdida de conciencia, no relajación de esfínteres, indicando que en los últimos meses ha presentado varios episodios; el paciente se encuentra asintomático en ese momento si bien refiere dorsalgia. Se realiza exploración clínica en la que, entre otros signos, no se aprecia rigidez de nuca ni focalidad neurológica y son solicitados como pruebas complementarias estudios analíticos (hemograma, coagulación y bioquímica) ECG, radiología simple de tórax y radiología simple de columna dorsal. La impresión diagnóstica que se establece es la de «accidente isquémico transitorio». La mañana de ese mismo día 3/12/2000 el paciente es valorado por el médico internista quien señala sus antecedentes personales y como enfermedad actual episodio de pérdida de fuerza en miembro inferior derecho y caída al suelo sin pérdida de conciencia ni relajación de esfínteres, no existiendo dificultades para hablar (habiendo tachado de la historia el síntoma de disfasia) ni desviación de comisuras; indicando que ha presentado varios episodios en los últimos meses con contusiones, fractura de muñeca etc. Como prueba complementaria se solicita un estudio de TAC craneal. En este día a las 20:30 horas precisa la administración de Nolotil por dolor.

»El día 4/12/2000 se solicitan estudios de doppler de troncos supraórticos, ecografía abdominal, gastroscopia y se completa estudio analítico. Estas pruebas se realizan al día siguiente siendo normal al estudio ecográfico, en el estudio gastroscópico se observó una candidiasis esofágica y en el estudio doppler una estenosis carotídea de un 25-30%; este día se solicita estudio de enema opaco. El mismo día 5/12/2000 se informan los resultados analíticos en los que destacan una VSG (velocidad de sedimentación globular) de 105, hierro de 17 μ g/dl, y ferritina 1200. El día 7/12/2000 se hace resumen de historia señalando que el enfermo ingresa por posible accidente isquémico transitorio



(AIT) estando pendiente de estudio TAC y que se encuentra en estudio por anemia estando programado el estudio de enema opaco para este día. En este mismo día se precisa administrar Nolotil por dolor a las 17:52 al igual que el día siguiente a las 11 horas, el día 9/12/2000 a las 14:20 horas (si bien en esta ocasión la medicación a las 20:30 horas no se había tomado aún) el día 10 a las 18:00 horas y el día 11 a la hora de la cena. El día 12/12/2000 es informado estudio analítico con cifras de hematíes de 3,44 mill/mm³, hematocrito de 26,5%, hemoglobina de 8,7 gr/cl y leucocitos de 11.100. Este día se administra Nolotil a las 11 horas por dolor. El TAC cerebral es informado el día 13/12/2000 indicando la existencia de severa o extensa hipodensidad de toda la sustancia blanca tanto periventricular como subcortical compatible con una lesión isquémica crónica difusa; observándose también signos importantes de atrofia cortical. El día 14/12/2000 a las 05:34 horas precisa Nolotil por dolor de espalda, lo mismo que el día 15 a las 15 horas y el día 16 a las 4:00 horas. El día 17 se le vuelve a dar Nolotil al paciente a las 5:30 horas por dolor, refiriendo que no le hace ningún efecto por lo que en este día es pautado Voltaren retard.

»El alta hospitalaria se produce el día 19/12/2000 con los "diagnósticos de isquemia cerebral transitoria, ateromatosis carotídea bilateral moderada, leucoencefalomalacea y atrofia cortical, candidiasis esofágica en paciente con diabetes mellitus tipo II y anemia ferropénica de origen no aclarado. En el informe del alta se señala que el paciente ha seguido una evolución favorable con Fluconazol por vía oral encontrándose asintomático desde el punto de vista neurológico. Así mismo se pautan recomendaciones de régimen de alimentación, tratamiento médico y la recomendación de control por su médico de asistencia primaria y especialista correspondiente.

»El día 21/12/2000 el paciente acude al médico de Atención Primaria quien le extiende las recetas prescritas en el Hospital hhhh3 y el día 3 de enero ingresa de forma privada en la Obra Hospitalaria hhhh4 para estudio y tratamiento. Procedente de consultas externas por un cuadro de dolor intenso y parálisis de extremidades inferiores sin incontinencia. Emitiendo, este centro, informe el día 26/1/2001 en el que se solicita la posibilidad de traslado del paciente al Hospital hhhh2 para un seguimiento cercano por el Servicio de Oncología. En este informe se señala que se había realizado estudio de RMN de raquis dorsal, lumbar y lumbosacro en el que se aprecia la existencia de un reemplazamiento de la señal del cuerpo vertebral D8 con pérdida de altura de



la vértebra y gran masa de partes blandas paravertebral derecha e incluso intrapulmonar que se introduce en el canal y engloba circunferencialmente la médula dorsal, la cual está comprimida por la masa. Tras administrar contraste, también se aprecia en este estudio captación en las vértebras adyacentes D7 y D9 que pudieran estar infiltradas por la masa, existiendo otro foco de captación en D6 que no está en contacto con la masa y que se piensa pudiera corresponder a una metástasis ósea y existiendo la duda de si la lesión de D8 es una lesión metastásica o se trata de un carcinoma de pulmón del lóbulo inferior derecho que infiltra las vértebras. También se indica que se ha solicitado consulta con neurocirujano, quien descarta cualquier intervención quirúrgica posible valorando la posibilidad de otro tratamiento alternativo de quimio o radioterapia.

»El día 29/1/2001 el paciente ingresa en el Hospital hhhhh2 siendo valorado por el oncólogo. En la historia se refleja el cuadro de varios meses de evolución de pérdida de fuerza de miembros inferiores, fundamentalmente derecho, con caídas reiteradas; habiéndose realizado diferentes pruebas complementarias, viéndose informe en este sentido de hhhh3, sin que se detecte patología. En diciembre se realiza estudio de RMN que evidencia una gran masa paravertebral D8 que destruye cuerpo vertebral y engloba médula dorsal, la masa parece intrapulmonar; realizado estudio PAAF se obtiene resultado de carcinoma poco diferenciado. En la anamnesis por aparatos se considera que presenta un PS (Performance Status) de 3 por paraparesia y dolor, dolor mal controlado a nivel dorsal medio. En la exploración clínica se observa palidez cutáneo-mucosa, mal nutrido e hidratado y en la exploración de extremidades paraparesia establecida sin nivel sensitivo, con reflejos plantares indiferentes y atrofia de musculatura de miembro inferior derecho. Como planificación se establece solicitar valoración de radioterapia paliativa al haber sido desestimada la actitud quirúrgica por el neurocirujano, valoración por traumatólogo y la no realización de más estudios salvo gammagrafía ósea. El especialista de traumatología consulta al paciente el día 30/1/2001 indicando que padece una paraparesia completa en paciente encamado con afectación metamérica de T8, considerando no indicado el tratamiento quirúrgico y que tampoco toleraría un corsé de extensión, únicamente una ortesis semirrígida toraco-lumbar con la que se pudiera movilizar mejor en la cama. El día 1/2/2001 es valorado por especialista oncólogo radioterapeuta quien señala que el paciente tiene indicación de tratamiento médico paliativo, descartando en ese momento la indicación de



radioterapia. El día 2/2/2001 se produce el alta en el Servicio de Oncología del Hospital hhhhh2 por traslado del paciente a un Centro Concertado, el juicio clínico que se establece en el informe de alta es el de carcinoma pobremente diferenciado de probable origen pulmonar, paraplejia establecida, sin indicación quirúrgica ni tratamiento oncológico activo. El paciente ingresa de nuevo en la Obra Hospitalaria hhhh4, esta vez con cargo al Sacyl, siendo alta hospitalaria el 9/2/2001 falleciendo 11 días más tarde”.

Segundo.- El 14 de marzo de 2002 Dña. xxxx presenta un escrito en el que, tras formular un relato de los hechos, manifiesta:

“Los anteriores hechos ponen en evidencia la existencia de un error por parte del Servicio Público obligando a esta parte a acudir a la medicina privada, todo ello por error de diagnóstico y ante una necesidad de urgencia vital, lo cual no pudo evitar el fallecimiento, si bien debido a una enfermedad que podía y que debía haber sido diagnosticada y tratada con carácter de urgencia por los Servicios Públicos y, no haciéndolo así, es evidente que concurren los requisitos para exigir la restitución de los gastos médicos ocasionados por el mal funcionamiento ya expresado”.

Concluye solicitando el pago de los gastos médicos ocasionados por importe de 5.772 euros.

Tramitada como solicitud de reintegro de gastos se desestima mediante Resolución de 22 de mayo de 2002 del Gerente de Salud de las Áreas de xxxx y xxxx al no apreciarse urgencia vital, criterio que es confirmado por la Sentencia 371/2002, de 11 de octubre, del Juzgado de lo Social nº 1 de xxxx, y por la de 11 de marzo de 2003 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, sede de xxxx, dictada en suplicación.

Tercero.- El 22 de enero de 2004 la interesada formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo, D. zzzzz, en los Hospitales hhhhh5 y hhhh3 de xxxx, por considerar que se produjo un “error de diagnóstico”, lo que le abocó a acudir a la sanidad privada ocasionándole gastos por importe de 5.772 euros, cantidad en la que solicita ser indemnizada.



Acompaña a la reclamación una copia de la Sentencia de 11 de marzo de 2003 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León anteriormente señalada, de diversa documentación médica y diferentes facturas por importe de 960.380 pesetas (5.772 euros).

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx y xxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- En el expediente constan, además de la historia clínica del paciente, diversos informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe del Dr. D. mmmm del Hospital hhhh3 de xxxx, de 19 de diciembre de 2000.

- Informe del Dr. rrrr de la Obra Hospitalaria hhhh4, de 26 de enero de 2001.

- Informes de Dr. D. vvvv, coordinador de urgencias del Hospital hhhh2, de 9 de febrero de 2004 y 2 de febrero de 2005.

- Informe de 26 de octubre de 2004 de la Inspección Médica, emitido por D. ffff, coordinador médico del Área de Inspección de xxxx.

Sexto.- Con fecha 9 de septiembre de 2005, de conformidad con el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.

Notificado a la parte reclamante, ésta comparece el 29 de septiembre en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx y xxxx tomando vista del expediente y formulando alegaciones mediante escrito de 13 de octubre de 2005.



Séptimo.- Con fecha 24 de agosto de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Octavo.- El 31 de agosto de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Noveno.- Por Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León de 13 de noviembre de 2006, se requirió a la Consejería de Sanidad para que aportase determinada documentación, quedando suspendido el plazo para la emisión del dictamen, conforme al artículo 53.5 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León. Una vez remitida la documentación solicitada, el 24 de enero de 2007 se reanuda dicho plazo.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por 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.



3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

La parte interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, toda vez que el marido de la reclamante falleció el 20 de febrero de 2001, y que cabe considerar que ya el 14 de marzo de 2002 la interesada ejercitó una pretensión resarcitoria fundamentada en un error de diagnóstico imputable a los servicios sanitarios públicos.

5ª.- El fondo del asunto exige analizar si en la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos al esposo de la reclamante se produjo un error de diagnóstico imputable a dichos servicios, de modo que concurren los presupuestos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

La cuestión que se suscita ha de analizarse desde la contemplación de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan



posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Así, la cuestión fundamental consiste en analizar si los diagnósticos realizados por los servicios sanitarios públicos en relación con la dolencia padecida por el paciente resultan conformes a la *lex artis ad hoc*.

Con dicho fin, interesa recordar las siguientes circunstancias fácticas relativas a la asistencia que se le prestó en la sanidad pública:

- El 17 de agosto de 2000 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 tras una caída accidental, se realiza estudio radiológico. Diagnóstico: luxación y traumatismo.

- El 20 de octubre de 2000 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh2, se realiza exploración física (dorsolumbar) y estudio radiológico. Diagnóstico: artrosis degenerativa.

- El 2 de diciembre de 2000 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh2, se realizan exploración clínica y estudios radiológico, analítico y electrocardiográfico. Diagnóstico: episodio de accidente isquémico transitorio, insuficiencia renal y anemia.

- Del 3 al 19 de diciembre de 2000 permanece ingresado en el Hospital hhhh3, se realizan exploraciones clínicas, estudios analíticos, ECG,



radiología simple de tórax y columna dorsal, doppler de troncos supraórticos, ecografía abdominal, gastroscopia y TAC cerebral. Diagnóstico: isquemia cerebral transitoria, ateromatosis carotídea bilateral moderada, leucoencefalomalacea y atrofia cortical, candidiasis esofágica en paciente con diabetes millitus tipo II y anemia ferropénica de origen no aclarado.

De modo que al paciente, tras cuatro asistencias –permaneciendo ingresado en la última 17 días– y la realización de numerosas pruebas, se le diagnostica en la sanidad pública respecto de la sintomatología referida como pérdida de fuerza en la extremidad inferior derecha: isquemia cerebral transitoria; y respecto de la sintomatología referida como dolor dorsolumbar: artrosis degenerativa, en último término calificada como severa con aplastamientos y acuñaamientos vertebrales.

Posteriormente, el 3 de enero de 2001 ingresa de forma privada en la Obra Hospitalaria hhhh4 en la que, tras realizarle un estudio de RMN de raquis dorsal, lumbar y lumbosacro, en el que se aprecia gran masa de partes blandas paravertebral derecha e incluso intrapulmonar, se le diagnostica, respecto de la lesión de D8, bien una lesión metastásica, bien un carcinoma de pulmón del lóbulo inferior derecho que infiltra vértebras. Diagnóstico que luego es precisado en la sanidad pública, tras la realización de un PAAF, como carcinoma pobremente diferenciado, de probable origen pulmonar.

Respecto a esta lesión la Inspección Médica señala: “Parece evidente que esta masa por su tamaño ya estaba presente cuando el paciente acude en las dos ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh2 y queda ingresado en el Hospital hhhh3, y ella es casi con toda seguridad la causante del dolor dorsolumbar que presentaba el enfermo y puede ser posible que también lo fuese de los episodios de pérdida de fuerza en extremidades inferiores, aunque en la etiología de éstos también se debe considerar la posibilidad de la isquemia cerebral en un paciente con antecedentes médicos de hipertensión arterial y diabetes, posibilidad que parece reforzarse con los resultados compatibles del TAC craneal realizado”.

No obstante ha de analizarse si los diagnósticos realizados por los servicios sanitarios públicos, pese a la divergencia con el que posteriormente se pondría de manifiesto, se efectuaron conforme a los parámetros de la *lex artis ad hoc*, a cuyo fin interesa distinguir:



a) El diagnóstico de isquemia cerebral transitoria, en relación con la sintomatología referida como pérdida de fuerza en las extremidades inferiores.

Al respecto la Inspección Médica, tras realizar diferentes consideraciones, en las que se valoran especialmente los resultados del TAC craneal, concluye:

“Por tanto con respecto a la interpretación diagnóstica que se realizó de los episodios de pérdida de fuerza sufrida por el paciente se considera que estaban en consonancia con las manifestaciones clínicas y antecedentes médicos que éste presentaba en ese momento y parecieron confirmarse con los estudios diagnósticos complementarios realizados”.

De modo que no cabe afirmar que dicho diagnóstico no se ajustase a los parámetros de la *lex artis*.

b) El diagnóstico de artrosis, en relación con la sintomatología referida como dolor dorsolumbar.

La Inspección Médica, tras poner de relieve cómo el paciente manifestó dicho dolor desde la primera consulta reiterándolo en múltiples ocasiones, conforme consta en la hoja de evolución, señala:

“Ahora bien en estos estudios de radiología simple mencionados, sí aparecen anomalías que junto a las alteraciones analíticas presentadas por el paciente como la anemia ferropénica de origen no aclarado y la elevada velocidad de sedimentación globular, hubiesen podido sugerir descartar otros diagnósticos con pruebas complementarias de imagen de mayor poder de resolución”.

Consideración de la que se infiere que habría motivos para haber realizado dichas pruebas complementarias (resonancia magnética) y que en consecuencia, conforme a la *lex artis ad hoc*, debería haberse realizado una prueba diagnóstica que con toda seguridad hubiera puesto de manifiesto la dolencia que padeció el esposo de la reclamante, evitando con ello el error de diagnóstico que se produjo.



Error de diagnóstico motivado por la no sujeción de los servicios sanitarios públicos a la *lex artis ad hoc*, al no realizar una prueba diagnóstica que debieron realizar, y que determina la obligación de la Administración de responder de los daños y perjuicios ocasionados al concurrir el resto de presupuestos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Diagnóstico incorrecto, tras varias visitas a los servicios sanitarios públicos, en la última permaneciendo ingresado 17 días, durante varios meses, y la realización de múltiples pruebas y diagnósticos, que cabe considerar abocó al paciente a acudir a la sanidad privada en la que, tras realizarle la prueba que no se le practicó en la sanidad pública, se le diagnosticó la dolencia que efectivamente padecía.

En consecuencia, procede reconocer a la parte reclamante el derecho a ser indemnizada por el importe de los gastos ocasionados en la sanidad privada con el objeto de obtener el diagnóstico correcto, no así de los que pudieran haberse originado por el tratamiento de la enfermedad diagnosticada, toda vez que del expediente no se desprende la urgente necesidad de éste, por lo que pudo prestarse en la sanidad pública como finalmente sucedió.

Por otra parte ha de señalarse que el error de diagnóstico, pese a las consideraciones que se realizan por la parte reclamante, fundamentalmente en el escrito de alegaciones, no tuvo una incidencia apreciable en el fatal desenlace de la enfermedad. En este sentido la Inspección Médica señala:

“En todo caso estamos hablando de un periodo temporal, desde que acude el enfermo la primera vez al Hospital hhhhh2 hasta la realización del estudio de RMN en el Hospital hhhh4, de poco más de dos meses, periodo temporal que por su brevedad y por el hecho de que las manifestaciones clínicas ya eran consecuencia de gran expansión tumoral no tendría ningún tipo de repercusión en el pronóstico final del paciente dentro del contexto de la enfermedad padecida”.

Por último, en cuanto a la valoración del daño a efectos indemnizatorios, ha de señalarse que en principio, conforme a lo expuesto, se estima correcta la realizada por la parte reclamante por importe de 5.772 euros, resultante de las



facturas aportadas, considerándose todos los gastos vinculados a la obtención del diagnóstico correcto, toda vez que dicho extremo parece no haber sido cuestionado por la Administración, de no ser así, procedería, mediante expediente contradictorio, descontar el importe de aquellos que se hubiesen generado por el tratamiento de la enfermedad, una vez correctamente diagnosticada.

El importe de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución estimatoria, conforme a lo expuesto en el cuerpo de este dictamen, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. zzzzz.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.