



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 15 de noviembre de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, 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 15 de julio de 2005 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. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 18 de julio de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 653/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, previa ampliación del mismo, 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. Quijano González.

Primero.- El 22 de octubre de 2001 Dña. xxxxx acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx debido a los mareos, con un leve dolor de cabeza, y la parálisis del brazo y pierna derecha que estaba padeciendo.



En el mencionado servicio se recogen como antecedentes personales de la paciente, de 24 años, la inexistencia de hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, antecedentes de intervenciones quirúrgicas o alergias conocidas. Se procede a explorar a la paciente, siendo los resultados neurológicos normales. Además se realizan diversas pruebas complementarias, tales como radiología de tórax y electrocardiograma, que resultan normales, y una analítica sanguínea, que sólo presenta como anomalías un ligero descenso de la cifra de hematíes, hemoglobina y hematocrito.

La paciente experimenta una mejoría tras la exploración, y la impresión diagnóstica que se establece es la de mareo leve y ligera anemia; se le da el alta y se la remite a su médico de cabecera con indicación de que, en caso de presentar los mismos síntomas, acuda de nuevo al servicio de urgencias.

El 24 de octubre de 2001 la paciente ingresa de nuevo en el Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx debido a que presenta un cuadro de evolución de unas horas de desviación de la comisura bucal y borrosidad en la visión. Es valorada por el facultativo adjunto de urgencias, quien señala en la historia clínica sus antecedentes personales y le realiza una exploración clínica en la que destaca únicamente una parálisis facial central derecha, siendo el resto normal. Se establece como impresión diagnóstica la de accidente isquémico transitorio o enfermedad desmielinizante, razón por la que se solicita la práctica de un TAC craneal, que se realiza sin contraste. Se informa de la existencia en ganglios basales izquierdos de una lesión hipodensa que podría relacionarse con un infarto antiguo, por lo que se decide realizar un estudio de RMN para descartar una enfermedad desmielinizante crónica.

Así, la paciente es ingresada en el Servicio de Neurología, donde se le realiza una exploración en la que se aprecia un borramiento del surco nasogeniano derecho, discreta disartia (dificultad para hablar), nomina y repite y, aunque tiene un buen nivel de conciencia y de educación, tiene dificultad para la expresión de sus síntomas y tardanza en responder a los problemas matemáticos sencillos, sin embargo, no presenta apraxia (alteración de la capacidad para manipular objetos o para realizar actos con una finalidad determinada) y la memoria de breve relato está preservada. El balance muscular es normal y no presenta alteración sensitiva, ni en la marcha, ni en la coordinación, siendo el fondo de ojo y la campimetría normales. Se señala en la historia el resultado del estudio del TAC.



Como primera posibilidad diagnóstica se plantea la posibilidad de un accidente isquémico transitorio, más un accidente cerebrovascular en territorio profundo de la arteria cerebral media izquierda en una paciente joven y sin aparentes factores de riesgo vasculares. Se programa la realización de un doppler transcraneal urgente, que objetiviza asimetría de flujo entre las arterias cerebrales medias, siendo menor en la izquierda y con sístole cortada, lo que sugiere un problema en la luz a nivel proximal, turbulencia en sifón carotídeo y menor flujo en la carótida interna izquierda. Se solicita estudio de angiorresonancia encefálica y carotídea, informando de la existencia de una estenosis muy significativa de carótida izquierda en todo el trayecto cervical. También se señala la existencia de isquemia en el núcleo lenticular izquierdo y otra más reciente en brazo anterior de cápsula interna izquierda. Se pauta tratamiento de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

El 25 de octubre de 2001 se establece como impresión diagnóstica la de ictus juvenil, consistente en infarto isquémico en territorio profundo de cerebral media izquierda, probablemente secundario a una disección espontánea de arteria carótida interna izquierda intracavernosa. Se planea la realización de una arteriografía urgente, manteniéndose el tratamiento, y, a las pocas horas, la paciente presenta reagudización sintomática en forma de disfasia motora y empeoramiento de la funcionalidad de la extremidad superior derecha (plejia) y facial derecha.

La evolución de la paciente es favorable; se pauta tratamiento anticoagulante oral, se cursa interconsulta a los Servicios de Hematología y de Logopedia y se le da el alta el 5 de noviembre de 2001, determinándose en el informe de alta una discretísima afasia motora de rasgos transcorticales, así como una leve debilidad facial central derecha. La impresión diagnóstica que se establece es la de disección espontánea de carótida interna intracraneal izquierda.

En posteriores revisiones la paciente muestra una verdadera mejoría: en la de 26 de agosto de 2002 se le realiza un estudio de angiorresonancia magnética en el que se aprecia infarto lenticulo y corteza insular izquierda, así como estenosis crítica de 3 mm en carótida interna intracavernosa izquierda, manteniéndose el tratamiento anticoagulante. En las revisiones de 17 de diciembre de 2002 y 13 de mayo de 2003 la paciente se encuentra bien; ha finalizado sus estudios universitarios, sin haber padecido nuevos eventos



vasculares, presentando únicamente cierta dificultad para la escritura y manipulación.

Segundo.- El 3 de marzo de 2003 la interesada presenta un escrito por el que reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Hospital de xxxxx.

En su escrito señala que, formulada la denuncia con motivo de los hechos expuestos, el Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción nº 2 de xxxxx dicta, el 4 de marzo de 2002, Auto por el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de la causa, cuya copia adjunta. Además, señala que “por el hecho de que aún no se sabe cuáles son las secuelas definitivas que me pueden quedar, estando pendiente de los resultados de las pruebas efectuadas, (...) pongo en conocimiento de esa Entidad, mi decisión de hacer reclamación de los daños y perjuicios irrogados, por una asistencia sanitaria defectuosa (...) cuya cuantía aún no se puede concretar (...)”.

Adjunta una copia del informe clínico emitido por el Servicio de Neurología del Hospital de xxxxx el 28 de agosto de 2002, en el que se señala que, ingresada por “una lesión isquémica profunda hemisférica izquierda y una disección de carótida interna intracraneal izquierda, (...) desde esas fechas está tratada con anticoagulación y sigue revisiones periódicas en nuestra consulta. La evolución neurológica ha sido buena, aunque persisten dificultades en el lenguaje fundamentalmente para escribir. En junio de 2002 se realizan nuevas resonancias magnéticas con Angio resonancia que muestra una estenosis crítica en el trayecto intracavernoso de carótida izquierda, infarto crónico en núcleo lenticular y corteza insular izquierda, motivo por el que se continúa tratamiento anticoagulante”.

Tercero.- El 13 de marzo de 2003 se notifica a la reclamante el escrito por el que se pone en su conocimiento el inicio de actuaciones y el resto de los extremos exigidos por el artículo 142.7 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Además, al expediente se incorporan los siguientes documentos:



- La historia clínica completa de la interesada (folios 31 y siguientes del expediente).

- El informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de xxxxx el 25 de marzo de 2003, en el que se concluye que “de acuerdo con los datos clínicos (...) se considera que la asistencia, diagnóstico y tratamiento de D^a xxxxx, por parte de la Sección de Neurología, ha sido en todo momento irreprochable y ajustada a los conocimientos y la práctica neurológica actual”.

- El informe emitido por el médico residente que atendió a la interesada en su primer ingreso en urgencias el 22 de octubre de 2001, en el que pone de manifiesto que “dados los síntomas que refería la paciente se intentó descartar causa metabólica, neurológica o cardíaca, que los justificase. No existiendo localización neurológica en el momento de la exploración, ni datos objetivos de patología en las pruebas realizadas (...) y permaneciendo la paciente asintomática en todo momento, se llega a una impresión diagnóstica de mareo inespecífico y se decide el alta hospitalaria, con observación domiciliar y control por su médico de cabecera. Se informa a la paciente y así se hace constar en el informe de alta que regrese al servicio urgencias del hospital en caso de que repitiesen los síntomas por los cuales acudió a este servicio”.

- El informe emitido el 7 de abril de 2003 por la doctora adjunta del Servicio de Urgencias que atendió a la interesada en su ingreso de 24 de octubre de 2001, en el que se determina que “con diagnóstico inicial de AIT o Enfermedad desmielinizante se solicita interconsulta al neurólogo de guardia, quien decide el ingreso de la paciente en planta”.

- El informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx de 7 de abril de 2003, en el que manifiesta que “con respecto a las actuaciones llevadas a cabo por los médicos del Servicio de Urgencias, considero que ambas han sido correctas, realizando las pruebas de imagen pertinentes en cada caso, en el momento que la clínica así lo indicaba, así como la determinación de la interconsulta al neurólogo, al tratarse de una parálisis facial central”.



- El informe emitido por la Inspección Médica el 30 de septiembre de 2003, en el que señalan las siguientes conclusiones:

1. "Dña. xxxxx acude al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx por primera vez (...) refiriendo haber padecido síntomas que, a la vista de los resultados de las pruebas de imagen realizadas con posterioridad, se correspondía muy probablemente con un episodio de accidente isquémico transitorio en territorio de arteria cerebral media izquierda.

»Sin embargo, dichos síntomas fueron etiquetados en ese Servicio como mareo leve y ligera anemia, produciéndose un error diagnóstico.

»2. La producción de este error viene propiciado por el hecho de que se está ante una paciente joven, (24 años), sin ningún factor de riesgo vascular conocido y cuya exploración neurológica fue normal. Circunstancias que no favorecían el establecimiento de una sospecha diagnóstica de enfermedad cerebrovascular.

»3. El hecho de que la clínica presentada el 22/10/2001 se hubiese diagnosticado como una enfermedad cerebrovascular hubiese permitido el inicio del tratamiento antiagregante y de los estudios encaminados a descubrir su etiopatogenia con una anticipación de dos días antes. Lo cual pudiera o no haber evitado el segundo episodio isquémico cerebral sufrido, pudiendo establecerse así su repercusión en un mayor o menor grado en las secuelas neurológicas secundarias a los ictus padecidos. Pero en ningún caso esta anticipación hubiese supuesto ninguna modificación sobre la enfermedad de base padecida `disección carótida interna izquierda´, la necesidad de su tratamiento con anticoagulación y de someterse a revisiones periódicas".

Cuarto.- El 4 de noviembre de 2003 tiene entrada el escrito de alegaciones de la interesada en el que, reiterando las contenidas en su escrito de reclamación, vuelve a poner de manifiesto que "al día de la fecha, aún no están determinadas las secuelas concretas que se derivan del hecho, por lo que tampoco se puede concretar la indemnización a solicitar, lo que pongo en conocimiento de esa Gerencia para constancia, y para interrumpir cualquier plazo de prescripción".



Quinto.- Tal y como se pone de manifiesto en el escrito que tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud el 19 de enero de 2004, se celebra la reunión de la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil en la que, teniendo en cuenta el informe emitido por el perito médico de la compañía aseguradora sssss, S.A., se rehúsa la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxxx. El mencionado informe del perito del seguro señala:

“A la vista del diagnóstico final es muy probable que la clínica que presentó la paciente se pueda relacionar con la presencia de una disección de la carótida intracraneal, pero la levedad de la cefalea, la normalidad de la exploración neurológica, así como la mejoría y desaparición espontánea de la clínica no permitían sospechar a priori la presencia de una disección carotídea (causa absolutamente excepcional de cefalea). De lo dicho previamente entendemos que el manejo diagnóstico de la paciente fue adecuado, no estando indicada la realización de un TC cerebral en su primera asistencia y siendo adecuada el alta a su domicilio para ser controlada por su médico de primaria. En todo caso la realización de dicha prueba no hubiera cambiado el manejo de la paciente puesto que las alteraciones isquémicas precisan de un tiempo de al menos 4 horas para ser visibles, refiriéndose en la historia que la clínica en este caso llevaba menos de doce horas de evolución (...) durante su estancia en neurología se realizó un correcto manejo de la paciente tanto desde el punto de vista de diagnóstico como de tratamiento (...). Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis”.

Sexto.- Durante el trámite de audiencia, la interesada presenta el 25 de febrero de 2004 un escrito en el que, poniendo de manifiesto que aún no ha sido dada de alta médica en el tratamiento seguido como consecuencia de la dolencia padecida los días 22 y 24 de octubre de 2001, no puede concretar las secuelas que podrían servir de base para fijar una posible indemnización.

Séptimo.- Con fecha 28 de octubre de 2004, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.



El 11 de noviembre de 2004 el Director General de Administración e Infraestructura firma propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación.

El 14 de febrero de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa sobre la propuesta, realizando una serie de observaciones a la fundamentación de la desestimación.

Octavo.- Elaborada una nueva propuesta de resolución del expediente conforme a las observaciones realizadas por la Asesoría Jurídica, la nueva propuesta de orden de la Consejería de Sanidad desestimatoria de la reclamación, de fecha 17 de junio de 2005, es informada favorablemente por la Asesoría Jurídica el 28 de junio siguiente.

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

Noveno.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 18.3 de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, se solicita informe de expertos sobre si habría sido razonable realizar alguna prueba distinta de las practicadas, de acuerdo con los datos que obran en el expediente con el fin de alcanzar un diagnóstico, así como si habría tenido algún tipo de incidencia en la evolución posterior de la paciente o en el tratamiento al que fue sometida en el caso concreto de que el diagnóstico inicial hubiera sido el de un accidente isquémico transitorio secundario a la disección de la arteria carótida interna izquierda. El mencionado informe, emitido por el Dr. J. ggggg, Jefe de Sección de Neurología del Hospital hhhhh de xxxxx, tiene entrada en el Consejo Consultivo el 24 de octubre de 2005. En él se concluye lo siguiente:

“En la primera visita a Urgencias de la paciente, se le realizaron las pruebas razonables a la vista de la clínica en ese momento, siendo dada de alta, remitiéndola a su médico de cabecera y/o a una segunda visita a urgencias.

»Como alternativa de actuación médica, así mismo correcta, se podría haber sospechado un accidente isquémico transitorio en la primera visita a Urgencias y dejar ingresada a la paciente en observación.



»Esta actuación hipotética no hubiera cambiado nada en la evolución natural de la enfermedad vascular y sus secuelas. Pienso que la evolución hubiera sido similar, sólo que en el Hospital en vez de su domicilio; y tanto la clínica, como los estudios y posterior tratamiento no hubieran sido distintos ni hubieran cambiado el curso natural del proceso.

»Ante la 2ª cuestión (...) ya en parte respondido, he de añadir que actualmente existe tremenda controversia entre la actitud conservadora y la terapia agresiva de las disecciones de arterias carotídeas, por lo que repito, cualquier otro hacer médico diferente, en el caso que nos ocupa, poco o nada hubiera modificado la evolución del proceso”.

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.

No obstante, en la resolución que se dicte debe añadirse la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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.

5ª.- La 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, puesto que, tratándose de daños de carácter físico, "el plazo empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". Puesto que los hechos se produjeron entre el 22 y el 24 de octubre de 2001, y el 4 de marzo de 2002 se dictó por estos hechos Auto de sobreseimiento por el Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción, se considera que la interesada ha presentado su escrito de reclamación dentro del plazo legalmente establecido para ello (el 3 de marzo de 2003).

6ª.- Entrando en el fondo del asunto, es preciso determinar si en la asistencia sanitaria prestada a la interesada en el Hospital de xxxxx concurren los presupuestos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

La reclamante considera que existió una asistencia sanitaria defectuosa debido al error de diagnóstico en el que incurrió el personal adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx.

La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura como una responsabilidad de carácter objetivo en la que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso a dicho sistema. 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 o 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios



sanitarios es, en general, 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.

La teoría expuesta justifica que no se anude necesariamente a un diagnóstico equivocado la responsabilidad de la Administración, toda vez que también en estos casos lo que es exigible del personal sanitario –y a ello tiene derecho el paciente– es a que se realicen las actuaciones necesarias y razonables en función de los conocimientos técnicos de cada momento dirigidas a intentar obtener un diagnóstico correcto, para aplicar posteriormente la terapia adecuada.

En el caso que nos ocupa, aunque atendiendo a la edad, antecedentes y síntomas de la paciente no se pudo sospechar que pudiese padecer una disección carotídea, es evidente que el diagnóstico inicial efectuado en su primer ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx (mareo leve y ligera anemia) no fue acertado.

Sin embargo, tal y como se recoge en los distintos informes médicos reseñados en los antecedentes de hecho y en el del experto consultado por este Órgano Consultivo, la paciente fue asistida, examinada, diagnosticada y tratada en todo momento de acuerdo con las patologías que iba presentando, por lo que no existió mala praxis. Se trata así de un error de diagnóstico disculpable, puesto que las circunstancias de la paciente y la forma en que se fueron presentando los síntomas impidieron la detección de su dolencia en un primer momento, lo que en modo alguno es imputable a una actuación negligente de la Administración, sino que es resultado de la forma en que lamentablemente en ocasiones se presentan las enfermedades.



7ª.- Sentada la existencia de un error de diagnóstico inicial, se plantea la cuestión de en qué medida el acierto en el diagnóstico inicial hubiera evitado el daño sufrido por la reclamante, pues tal y como sostiene el Consejo de Estado (Dictamen 3313/2002, de 16 de enero), “lo verdaderamente decisivo a la hora de valorar esta reclamación es que la existencia de un eventual diagnóstico erróneo no es, por sí sola, causa suficiente para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Autonómica, sino que para realizar una declaración en tal sentido debe valorarse la influencia que el «error» médico ha tenido en la evolución de la dolencia”.

Así, con independencia de que un error de diagnóstico (aun constatada su realidad) no implica *per se* la declaración automática de la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues en la actividad de diagnóstico también es aplicable el principio de la *lex artis ad hoc* (y las consecuencias que de ello derivan), lo cierto es que de los informes incorporados al expediente no puede afirmarse que el tiempo transcurrido entre el primer y el segundo ingreso de la interesada haya influido negativamente en la evolución de su dolencia, puesto que no hay informe médico alguno que sugiera que la evolución o el tratamiento habrían sido diferentes. Tampoco la ahora reclamante ha realizado un esfuerzo probatorio significativo en ese aspecto, lo que nos obliga a deslindar nítidamente el error de diagnóstico –que efectivamente existe– de la incidencia negativa que dicho error ha tenido en la evolución de la paciente –lo que, como se ha señalado, no resulta en modo alguno acreditado–, por lo que ni siquiera se puede hablar de una pérdida de oportunidades consistente no tanto en la indemnización de la producción efectiva de un daño, sino en la consideración como tal de la mera posibilidad (más o menos cierta) de que si la Administración sanitaria hubiera actuado de otra manera la paciente habría tenido la oportunidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su vida o integridad física.

Tal y como señala el informe del experto consultado por este Consejo Consultivo, el que se hubiera sospechado el accidente isquémico transitorio en la primera visita a urgencias, dejando ingresada a la paciente en observación, poco o nada hubiera modificado la evolución del proceso, que habría sido similar con la única diferencia de que la paciente habría estado en el hospital en vez de en su domicilio. Tampoco ha influido en modo alguno en su tratamiento. Muestra de ello es que el 25 de octubre de 2001, habiéndose sentado ya el diagnóstico correcto y estando sometida la paciente a tratamiento, se produjo



una “reagudización sintomática en forma de disfasia motora y empeoramiento de la funcionalidad de la extremidad superior derecha (plejía) y facial derecha”.

En definitiva, los perjuicios sufridos por la interesada (relativos, puesto que en la última revisión se señala que “la paciente se encuentra bien, habiendo finalizado sus estudios universitarios, no habiendo padecido nuevos eventos vasculares y presentando únicamente cierta dificultad para la escritura y manipulación”) encuentran su causa principal y directa en su propia dolencia, sin que la actuación de los servicios sanitarios de la Junta de Castilla y León haya tenido influencia decisiva en la evolución del curso causal, por lo que debe desestimarse la reclamación formulada.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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