

Expediente Núm. 231/2006
Dictamen Núm. 249/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de diciembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 7 de agosto de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que califica de inadecuada asistencia sanitaria recibida por su esposa en un centro sanitario público, que concluyó con su fallecimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de octubre de 2005, don presenta, en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación dirigida al Departamento de Atención al Paciente del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por los daños sufridos

como consecuencia de la asistencia médica recibida por su esposa en el Centro de Salud de y en el Hospital, de, y su posterior fallecimiento.

Inicia su escrito relatando que su esposa, doña, falleció en el Hospital el día 27 de agosto de 2005, a consecuencia de lo que se diagnosticó por el Servicio de Neurofisiología del referido hospital como “enfermedad motoneurona bulbomedular”.

Durante los años anteriores, continúa diciendo, su esposa “fue regularmente tratada en el Centro de Salud de,” donde se le diagnosticó “de padecimientos de tipo ansioso-depresivo, atribuyendo la progresiva incapacidad motora de la paciente a su falta de voluntad para superar ese tipo de dolencias, dirigiéndose a ella en ocasiones con dureza por entender que la paciente era escasamente colaboradora con los tratamientos impuestos”.

Ante la sospecha “de que el diagnóstico y el tratamiento eran erróneos, en el mes de junio se solicitó un cambio en el médico de cabecera”, que “de manera casi inmediata a la primera consulta efectuada (...) ordenó la realización de pruebas para determinar la existencia de una enfermedad neuronal, lo que determinó el ingreso y posterior diagnóstico de la paciente (...), sin que pese a ello se haya podido evitar el casi inmediato fallecimiento”.

Por lo expuesto, solicita la apertura de expediente para determinar las responsabilidades que se puedan derivar de los hechos relatados, estimando que el médico que inicialmente trató a su esposa “incurrió en un reiterado error de diagnóstico a lo largo de todo el tiempo en que tuvo a su cargo a la paciente, que dio lugar a un tratamiento inadecuado en perjuicio de la sanidad y calidad de vida” de la misma en sus últimos años.

Acompaña su reclamación de la siguiente documentación: copia del acta de defunción de su esposa el día 27 de agosto de 2005; copia de diagnóstico de 8 de junio de 2005, y copia del diagnóstico del Servicio de Neurofisiología Clínica del, fechado el 19 de agosto de 2005.

2. Mediante escrito de 16 de noviembre de 2005, del que no consta

notificación, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. Asimismo, se le pone de manifiesto que en la reclamación presentada no se especifica la evaluación económica de los daños, concediéndole un plazo “para proceder a la cuantificación del daño o, en su defecto, señalar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistido de su petición”.

3. Con fecha 21 de noviembre de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto dirige sendos oficios a la Dirección Gerencia del y a la Dirección Gerencia del Hospital, solicitando la remisión de “copia literal de la historia clínica de la finada”.

4. Mediante escrito de 22 de noviembre de 2005, la Gerente de Atención Primaria de remite un ejemplar del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, copia de la historia clínica en Atención Primaria de la perjudicada y un informe, de fecha 17 de noviembre de 2005, emitido por el médico que la atendió.

En su informe, el referido doctor, después de exponer los antecedentes de la perjudicada, especificando la atención recibida por la misma y los distintos informes solicitados, concluye diciendo que utilizó “los recursos en mi mano para estudiar el evidente deterioro funcional de la paciente, cuyas exploraciones, realizadas por numerosos médicos, fueron normales hasta semanas anteriores de su muerte”. Señalando que no se ajusta a la verdad la afirmación contenida en el escrito de reclamación de que “de manera casi inmediata se ordenó la realización de pruebas para determinar la existencia de una enfermedad neuronal”, pues “en la primera consulta de 20/06/05 se recoge por su nuevo médico en la historia clínica que la exploración es `rigurosamente normal´. Un mes después el 19/07/05 se recoge un empeoramiento desde el punto de vista neurológico./ El 8/08/05 es remitida a

Urgencias con un informe en el que se recoge una evolución del cuadro de `unas semanas´.

Adjunta diversa documentación acreditativa de las distintas derivaciones de la paciente e informes acerca de la misma por él efectuados.

5. Con fecha 25 de noviembre de 2005, el Secretario General del remite a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias copia de la historia clínica de la paciente correspondiente al último ingreso en el hospital.

6. Con fecha 28 de noviembre de 2005, la responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital, de, remite a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias copia de la historia clínica de la perjudicada.

7. Atendiendo al requerimiento efectuado por el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, con fecha 30 de noviembre de 2005, el reclamante presenta, en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias, un escrito en el que valora los daños y perjuicios sufridos en la cantidad de doce mil euros (12.000 €).

8. Con fecha 9 de diciembre de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso y los medios de diagnóstico de este tipo de enfermedades, analiza la actuación de la Administración sanitaria, concluyendo que "el nexo causal no es determinante ya que el fallecimiento no es achacable a la actuación médica sino a la alta mortalidad que arroja" el proceso sufrido por la perjudicada, proponiendo, por ello, la desestimación de la reclamación presentada.

Si bien considera "que, aunque el diagnóstico en primera instancia no fue correcto, ello no implica que se hayan alterado los criterios precisos para una confirmación diagnóstica, no habiéndose producido ninguna equivocación inexcusable, ni hubo proceder irreflexivo por parte del médico de cabecera (...),

ni de ningún otro de los que intervinieron en el proceso asistencial de la paciente./ Un margen de error mínimo en fases iniciales, no supone que se le haya ocasionado un daño a la misma, pues el pronóstico sería idéntico, aunque se hubiese hecho un diagnóstico certero en la primera cita”.

Manifiesta, asimismo, que la enfermedad padecida por la esposa del reclamante pertenece a un grupo de enfermedades (neurodegenerativas) cuyo estudio pone de relieve que su “comienzo es insidioso y el curso progresivo, sin remisiones y con dificultades diagnósticas. Unas veces se manifiestan con trastornos del movimiento y la postura, otras con debilidad y atrofia muscular, como el caso de la esclerosis lateral amiotrófica, o con otras presentaciones diversas./ Estas enfermedades no tienen tratamiento etiológico y las actuaciones terapéuticas son sintomáticas en algunos casos y paliativas en todos. Generan discapacidad y padecimiento físico y psíquico para el que la padece y para el entorno familiar. Están ligadas al envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida trajo consigo un incremento de las mismas./ La muerte sobreviene generalmente por complicaciones varias, como neumonía por aspiración, infección urinaria, úlceras por decúbito, etc. La expectativa de vida está claramente reducida, con evolución rápida y trastornos muy invalidantes”.

En el caso examinado, continúa diciendo, la perjudicada “estaba afecta de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad degenerativa que afecta a las motoneuronas y que causa atrofia muscular progresiva, que en el curso de poco tiempo se extiende a la musculatura estriada hasta producir la muerte”. Su diagnóstico en fases tempranas es muy difícil, aparte del hecho de que “la manifestación de síntomas capitales en esta paciente comenzaron en enero de 2005 y el óbito ocurrió en agosto del mismo año, y que se superpusieron dos procesos como la fractura de tobillo, que al exigir su tratamiento, la inmovilidad de la extremidad enmascaró los síntomas capitales, pero nunca dejó de realizarse una evaluación general y un seguimiento en la paciente”.

Por último, resalta que “no existe ningún tratamiento eficaz en esta enfermedad y los fármacos que se aplican no van dirigidos hacia la causa, sino a minimizar determinados síntomas, como ocurrió en este caso, no existiendo

evidencia de que esos fármacos lleven a alargar la vida o mejorar el estado de salud de los afectados”.

9. Con fecha 12 de diciembre de 2005, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

10. El día 27 de enero de 2006 se emite informe médico, realizado colegiadamente por dos doctores especialistas en Neurología, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los recogidos en el informe técnico de evaluación, realizan diversas consideraciones médicas sobre aspectos técnicos concurrentes.

Consideran que, en el presente caso, “puede estimarse un inicio del proceso hacia abril de 2004, cuando a raíz de un traumatismo incidental comienza a presentar uno de los síntomas de la enfermedad, la debilidad muscular progresiva, pero es muy probable que el retraso (en) establecer la sospecha clínica (...) se debiera a dos circunstancias que lo dificultarían de forma significativa: 1. La coincidencia de un síndrome ansioso depresivo con una expresión clínica somatizante (presencia de sintomatología múltiple y polimorfa sin una causa orgánica que la justifique) como puede demostrarse por la constancia en su historial clínico de cerca de 30 consultas con diversos especialistas en los 10 años previos./ 2. La ausencia de atrofas musculares, características de este tipo de enfermedades. De hecho, no hemos podido encontrar en ninguna parte de la documentación analizada, ninguna referencia que constate la presencia de dicho signo clínico”.

Expresamente disienten los informantes de lo manifestado por el reclamante con respecto a la actuación del médico de familia, “ya que existe constancia documental (de) que dicho facultativo remitió en varias ocasiones a la paciente a servicios especializados para intentar llegar a un diagnóstico, e incluso reclamó por escrito a estos servicios informes sobre los estudios

realizados a la paciente, las conclusiones a las que habían llegado y las recomendaciones terapéuticas más oportunas”.

Por último, en el informe se coincide con la parte reclamante en “que hubiera podido realizarse el diagnóstico con anterioridad si hubiera existido la sospecha clínica antes, sobre todo desde que, a la progresión de la debilidad a las extremidades superiores, se suma la disartria y la disfagia (...), pero desgraciadamente, este hecho no hubiera supuesto ninguna modificación en el curso evolutivo de la enfermedad, ya que hoy por hoy es una enfermedad cruel e incurable./ Un hipotético diagnóstico de la enfermedad justo en el momento de su inicio, no hubiera supuesto otros cuidados sustancialmente diferentes a los que ya recibió la paciente y por tanto, no se hubiera modificado la calidad de vida que tuvo hasta su fallecimiento”.

De todo ello extraen las siguientes conclusiones: “1. El paciente falleció a causa de una enfermedad de motoneurona, en concreto una esclerosis lateral amiotrófica (ELA), en su forma clínica bulbo medular./ 2. La ELA es una enfermedad degenerativa invariablemente mortal para la que no existe tratamiento eficaz en la actualidad./ 3. La expectativa vital de los pacientes mayores de 45 años que sufren esta enfermedad se sitúa en torno a dos años y en caso de afectación bulbar el pronóstico aún es más sombrío./ 4. En el caso de doña, existieron circunstancias que dificultaron un diagnóstico más precoz, fundamentalmente el curso atípico de la enfermedad, sin atrofiaciones musculares y la coincidencia de un síndrome ansioso depresivo que asociaba frecuente somatización./ 5. El diagnóstico más precoz de la enfermedad que padecía la paciente no hubiera cambiado el curso evolutivo de la misma dado el carácter actualmente incurable de este tipo de enfermedades./ 6. Tampoco los cuidados paliativos hubieran sido sustancialmente diferentes a los que recibió la paciente, tal y como se deriva de la documentación analizada./ 7. Los profesionales que trataron a la paciente actuaron correctamente y de acuerdo con las normas de buena práctica clínica y la evidencia científica disponible”.

11. Mediante escrito de 3 de mayo de 2006, notificado el día 10 del mismo mes, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

El día 12 de mayo de 2006, el interesado se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de ciento veinte (120) folios, según diligencia incorporada al mismo.

12. Mediante escrito fechado el día 13 de julio de 2006, del que no consta fecha de presentación, se formulan alegaciones por el reclamante.

En las mismas, comienza por manifestar su discrepancia con la valoración contenida en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, relativa a que el correcto diagnóstico de la enfermedad no hubiese modificado la calidad de vida de la paciente en los últimos meses. Entiende que el diagnóstico hubiera podido realizarse con anterioridad, y considerando "que se estaba tratando a la paciente de modo erróneo de una enfermedad de supuesta etiología psico-somática, en la que el médico de cabecera forzaba a la paciente a que realizase determinados ejercicios, en la creencia (de) que estaba físicamente capacitada para hacerlos, achacándole incluso su supuesta falta de colaboración, cuando realmente estaba incapacitada por la atrofia muscular propia de la enfermedad neuronal que realmente padecía, se podrá fácilmente comprender el sufrimiento de la paciente y el de su familia cercana, como el reclamante y su hija, exigiéndole que cumpliese unas prescripciones médicas imposibles de observar".

Por último, señala, que "aunque los doctores firmantes del informe lo obvian parece claro que el diagnóstico correcto se vio impedido por la falta de rigor, tanto del médico que atendía regularmente a la paciente en el Centro de Salud, como los del Servicio de Medicina Interna del Hospital, quienes, empeñados en su diagnóstico de que se trataba de una enfermedad de carácter psico-somático y que el empeoramiento de la paciente se debía a su

falta de voluntad, no intentaron contrastarlo, limitándose a `quitársela de delante´”.

13. Mediante oficios fechados el 17 de julio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

14. Con fecha 17 de julio de 2006, el Jefe del Servicio instructor requiere del reclamante la aportación de “copia del Libro de Familia para acreditar su condición de viudo de la fallecida, o cualquier otro documento probatorio”.

Sin que conste la fecha de presentación, figura en el expediente copia compulsada del Libro de Familia del reclamante, que acredita su matrimonio con la perjudicada.

15. Con fecha 21 de julio de 2006, el instructor formula propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación” interpuesta por el interesado, razonando que “en el caso que nos ocupa, la actuación médica fue correcta y adecuada a lex artis, ya que la esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad degenerativa que portaba esta enferma, tiene un comienzo muy insidioso, siendo el diagnóstico muy difícil de establecer en fases tempranas, es preciso ya cuando la enfermedad está más evolucionada hacer un diagnóstico diferencial entre la demencia y tumor cerebral”. En concreto, señala que “los síntomas capitales empezaron a manifestarse en enero de 2005 y el óbito ocurrió en agosto del mismo año y que se superpusieron dos procesos. Como la fractura de tobillo que exigió una inmovilidad de la extremidad, enmascaró los síntomas más representativos, pero en ninguna fase de la enfermedad dejó de realizarse una evaluación general y un seguimiento de la paciente”.

Por último considera preciso incidir “en que no existe ningún tratamiento eficaz de esta enfermedad y los fármacos que se aplican no van dirigidos hacia la causa, sino a minimizar determinados síntomas, no existiendo evidencia de

que la aplicación de terapia farmacológica alguna llegue a alargar la vida o a mejorar el estado de salud de los afectados”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de agosto de 2006, registrado de entrada el día 9 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido 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 dispuesto 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 el interesado activamente legitimado 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 presentación de la reclamación, 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 caso que nos ocupa, se presenta la reclamación con fecha 28 de octubre de 2005, constando en el expediente el fallecimiento de la esposa del reclamante el día 27 de agosto del mismo año, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación se ajusta a lo establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, desarrollados por 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el

silencio administrativo, puesto que, si bien se comunica al reclamante por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado dichos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Se aprecia, asimismo, que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias el día 28 de octubre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 9 de agosto de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, 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, ya citada, 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 el reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, imputando la existencia de un error de diagnóstico, tanto por parte del médico de familia que atendió a su esposa en el Centro de Salud de, que le diagnosticó un padecimiento ansioso-depresivo, como por parte del Servicio de Medicina Interna del Hospital, que no modificó dicho diagnóstico. Resultando que varios meses después, una vez efectuado el cambio de médico de familia y de la realización de nuevas pruebas, resultó que la perjudicada padecía una enfermedad motoneurona bulbomedular -esclerosis lateral amiotrófica (ELA)-, que determinó su fallecimiento pocos días después de este diagnóstico.

Como consecuencia del error de diagnóstico padecido considera el reclamante que su esposa recibió un tratamiento inadecuado en perjuicio de su salud y calidad de vida. Asimismo, aunque no se alega expresamente, parece desprenderse de la reclamación presentada, y más concretamente de las alegaciones formuladas con posterioridad al trámite de audiencia, que se pretende por el reclamante el resarcimiento de los daños morales padecidos por la perjudicada y su familia a consecuencia de la inadecuada actuación médica imputada.

Pues bien, comprobada la realidad del fallecimiento de la perjudicada a causa de la enfermedad diagnosticada (que acreditan tanto su historia clínica y los informes médicos incorporados al expediente, como el certificado de defunción aportado), procede que analicemos el nexo causal que pudiera, en su caso, existir entre el fallecimiento producido y el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como "*lex artis*". Este criterio opera no 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 que se le garantice 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.

Pues bien, en el caso que nos ocupa, y sin necesidad de entrar en la valoración de la descoordinación puesta de manifiesto en las actuaciones médicas previas al diagnóstico final de la perjudicada, a la vista de la documentación obrante en el expediente, hemos de concluir la evidencia de una actuación médica inadecuada, concretada en un error de diagnóstico, aun cuando el mismo, tal como se manifiesta en las conclusiones contenidas en los informes médicos emitidos durante la tramitación del procedimiento, fue motivado por la propia naturaleza de la enfermedad padecida por la perjudicada, unido a las circunstancias concurrentes en un primer momento que ocultaron sus síntomas iniciales.

No obstante, en congruencia con lo anteriormente señalado, la admisión de la existencia de dicho error de diagnóstico no significa, sin más, que deba declararse necesariamente la responsabilidad patrimonial de la Administración. Es preciso hacer una valoración de las distintas circunstancias concurrentes, especialmente si el cuadro que presentaba la perjudicada permitía, atendidas tales circunstancias, llegar razonablemente al diagnóstico correcto; realidad ésta que evidentemente tiene un importante componente técnico.

En efecto, el médico de familia que atendió a la perjudicada indica que las distintas exploraciones realizadas por numerosos médicos fueron normales hasta semanas anteriores a su muerte. Manifiesta, también, que no se ajusta a la verdad la afirmación del escrito de reclamación de que la nueva médica de familia, “de manera casi inmediata (...), ordenó la realización de pruebas para determinar la existencia de una enfermedad neuronal”, pues, dice que en la primera consulta de 20 de junio de 2005 se recoge por su nueva médica en la historia clínica que la exploración es “rigurosamente normal”, y que es un mes después cuando se aprecia un empeoramiento desde el punto de vista neurológico, siendo el día 8 de agosto de 2005 cuando es remitida a Urgencias con un informe en el que se recoge una evolución del cuadro de “unas semanas”.

Por su parte, en los informes del Inspector de Prestaciones Sanitarias y de los facultativos que colegiadamente lo emiten a solicitud de la compañía

aseguradora se pone de manifiesto el difícil diagnóstico de la enfermedad sufrida por la esposa del reclamante.

El Inspector de Prestaciones Sanitarias pone de relieve que el comienzo de estas enfermedades es “insidioso y el curso progresivo, sin remisiones y con dificultades diagnósticas”, siendo su diagnóstico en fases tempranas muy difícil, aparte de que en el caso examinado la manifestación de síntomas capitales comenzó en “enero de 2005 y el óbito ocurrió en agosto del mismo año, y que se superpusieron dos procesos como la fractura de tobillo, que al exigir su tratamiento, la inmovilidad de la extremidad enmascaró los síntomas capitales, pero nunca dejó de realizarse una evaluación general y un seguimiento en la paciente”.

En el segundo de los informes citados los colegiados firmantes del mismo afirman que el retraso en establecer la sospecha clínica probablemente fue debido a dos circunstancias que lo dificultarían de forma significativa: “la coincidencia de un síndrome ansioso depresivo con una expresión clínica somatizante”, demostrado por “la constancia en su historial clínico de cerca de 30 consultas con diversos especialistas en los 10 años previos”, y “la ausencia de atrofas musculares, características de este tipo de enfermedades”, afirmando no haber encontrado en la documentación analizada ninguna referencia que constate la presencia de dicho signo clínico.

Ahora bien, aun admitiendo los problemas que plantea el diagnóstico de la enfermedad padecida por la perjudicada, y la concurrencia de circunstancias que contribuyeron a dificultarlo aún mas, atendida la evidencia en el error diagnóstico, que reconocen los dos últimos informes referidos, hemos de valorar en qué medida éste afectó a su salud y calidad de vida, y si cabe afirmar la existencia de una relación causal, como sostiene el reclamante, entre el mismo y los sufrimientos padecidos por la perjudicada por el intento de realización de los ejercicios prescritos y su posterior fallecimiento. Para ello, es preciso examinar el tratamiento propio de este tipo de enfermedades y el pautado en el presente caso, valorando si el error padecido determinó la aplicación de un tratamiento erróneo y las consecuencias de ello.

Los informes emitidos en el expediente son categóricos en este punto. El Inspector de Prestaciones Sanitarias afirma que no existe ningún tratamiento eficaz en esta enfermedad y los fármacos que se aplican no van dirigidos hacia la causa, sino a minimizar determinados síntomas, como ocurrió en este caso, no existiendo evidencia de que esos fármacos lleven a alargar la vida o mejorar el estado de salud de los afectados. En el mismo sentido, los facultativos que colegiadamente emiten informe a solicitud de la compañía aseguradora afirman que aun habiéndose producido un diagnóstico en tiempo, “no hubiera supuesto ninguna modificación en el curso evolutivo de la enfermedad”. Llegando a afirmar que “un hipotético diagnóstico de la enfermedad justo en el momento de su inicio, no hubiera supuesto otros cuidados sustancialmente diferentes a los que ya recibió la paciente y, por tanto, no se hubiera modificado la calidad de vida que tuvo hasta su fallecimiento”.

Por todo lo expuesto, a juicio de este Consejo, si bien se aprecia el error referido en el diagnóstico de la enfermedad, no cabe estimar la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y los daños alegados, toda vez que el tratamiento que se le aplicó a la paciente en modo alguno pudo afectar a su salud ni a su calidad de vida, al padecer una enfermedad incurable para la que no existe tratamiento eficaz, tal como ponen de manifiesto los informes técnicos emitidos. Tampoco se desprende de la historia clínica de la perjudicada, en contra de lo manifestado en las alegaciones efectuadas por el reclamante, que el tratamiento pautado hubiera determinado la realización por la perjudicada de actividades o ejercicios que le hubieran provocado un mayor sufrimiento que el propio de su enfermedad, aumentando, con ello, la angustia de la familia. Desgraciadamente, se trataba de efectos inherentes a la dolorosa e incurable enfermedad padecida; circunstancia ésta que excluiría el daño moral cuya reclamación, aunque no es alegado ni acreditado expresamente, parece desprenderse del escrito de alegaciones presentado por el interesado con posterioridad al trámite de audiencia, y que se concretaría de un modo genérico e indeterminado en el sufrimiento padecido tanto por la enferma como por su familia.

En todo caso, de haberse diagnosticado en un primer momento la enfermedad, los cuidados de la paciente no hubieran sido distintos a los que recibió. Por tanto, puede afirmarse que ni el fallecimiento de la perjudicada ni el empeoramiento de su calidad de vida previa a éste derivan de la actuación de los servicios médicos cuestionada, sino que nos encontramos ante consecuencias propias de la evolución de una enfermedad incurable y sin tratamiento efectivo, por lo que al faltar el nexo causal y la imprescindible antijuridicidad de los daños alegados resulta inviable imputar perjuicio alguno a la Administración sanitaria.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por don

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.