

Expediente Núm. 217/2012
Dictamen Núm. 324/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 2 de agosto de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de un retraso diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de junio de 2011, un letrado, actuando en nombre y representación del perjudicado, presenta en el Registro General de la Comunidad de Madrid una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias por los daños y perjuicios derivados de un retraso diagnóstico.

Refiere en su escrito que el perjudicado acude el día 26 de agosto de 2010 al Centro de Salud, a la consulta de “su médico de cabecera por presentar un cuadro de insensibilidad y pérdida de fuerza en la mano derecha”; fue atendido por “un sustituto”, que le comentó que “podía estar sufriendo el

síndrome del túnel carpiano por lo que necesitaría someterse a (...) una serie de pruebas, recomendándole que esperara (a) la vuelta de su médico”. El día 2 de septiembre, acude de nuevo al centro de salud, donde es atendido en esta ocasión por “su médico de cabecera, quien se limitó a recetarle (...) Hidroxil e ibuprofeno durante un mes al diagnosticarle debilidad muscular y cansancio”.

El día 18 de noviembre de 2010, debido a “la persistencia de los síntomas y del empeoramiento de la pérdida de sensibilidad que ya presentaba en las dos manos”, acude de nuevo al médico de cabecera, que decide “realizar unas analíticas, recomendándole que siguiera (...) el tratamiento que le había prescrito”; el día 30 del mismo mes, “fue informado de que los resultados de las analíticas estaban dentro de lo normal”, aunque el paciente refirió “un empeoramiento de los síntomas (...), con ausencia de fuerza y sensibilidad en las manos y debilidad en las piernas por lo que solicitó (...) una cita con un especialista en Neurología del hospital comarcal”. Sin embargo, su médico “decidió remitirle a consulta de Traumatología, no obteniendo cita (...) hasta el 11 de enero de 2011”, sufriendo “durante el tiempo de espera (...) un empeoramiento progresivo, acabando” con “dificultad para caminar y mantenerse en pie”.

Sigue refiriendo que “el día 11 de enero de 2011, el paciente sufrió una caída (...) cuando se dirigía a la consulta con el traumatólogo”, siendo trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde los facultativos se negaron a atenderle “puesto que tenía una cita (...) con el traumatólogo en Consultas Externas”. Tras la exploración, el traumatólogo “aconsejó al paciente que no se fuera del hospital ya que tenía que ser visto por un Neurólogo y ser ingresado inmediatamente con el fin de estudiar el origen de los síntomas que presentaba”. En su informe, el especialista en Traumatología refiere lo siguiente: “EA: Desde septiembre, comienza con parestesias y debilidad mano derecha, después mano izq. (palmas), con caída de objetos. Ahora alteración de la marcha, con pérdida de fuerza con caída hoy. No dolor a ningún nivel. No alteraciones de esfínteres. No mareos, cefaleas, vértigo./ EF: Rigidez muscular generalizada, predominio en brazos, manos, muslo derecho con fasciculaciones./ Derivo a urgencias para valoración./ Urgencias./

MInterna/Neurología". El paciente ingresó en planta "sin que fuera visitado por ningún neurólogo".

Continúa relatando que "al día siguiente por la tarde, ante la desatención sufrida por el paciente, que aún no había sido examinado por el neurólogo, sus familiares solicitaron el alta voluntaria con el fin de trasladarlo al Hospital `Y´".

El día 12 de enero de 2011, el perjudicado ingresa en el Servicio de Neurología del Hospital "Y" a través del Servicio de Urgencia donde le fueron realizadas diferentes pruebas, siendo diagnosticado de "neuropatía desmielinizante del II par bilateral con afectación severa de las vías somestésicas cordonales posteriores a nivel cervical, por lo que fue sometido a una tratamiento con Metilprednisona, objetivándose una mejoría sistemática con una evolución favorable de la fuerza a nivel de las 4 extremidades". El día 22 del mismo mes, recibe el alta "con el siguiente juicio clínico:/ `Mielitis cervical./ Esclerosis múltiple./ Herpes zoster cutáneo./ Reapertura de herida quirúrgica sacro-coxígea´".

El día 20 de febrero de 2011, "reingresó en el Hospital `Y´ para recibir una nuevo ciclo de corticoides intravenoso previo al inicio del tratamiento inmunomodulador", presentando en ese momento "paresia con imposibilidad para la marcha". Recibe el alta el día 25 del mismo mes, con el diagnóstico de "esclerosis múltiple remitente recurrente".

Considera el reclamante que el perjudicado "no recibió la adecuada asistencia sanitaria" y que "sufrió un retraso diagnóstico que influyó negativamente en la evolución de su estado de salud".

No cuantifica el importe de la indemnización.

Acompaña copia de la siguiente documentación: a) Poder notarial por el que se otorga la representación. b) Hoja de la historia clínica del perjudicado en el centro de salud en la que figuran los episodios ocurridos entre el 26 de agosto de 2010 y el 17 de enero de 2011. c) Volante de citación para una consulta de Traumatología en el Hospital "X" para el 11 de enero de 2011. d) Notas de progreso extendidas por un especialista en Traumatología del Hospital "X" derivando al perjudicado a Urgencias para su valoración por "urgencias/MInterna/Neurología", de fecha 6 de enero de 2011. e) Informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de fecha 22 de enero de 2011.

f) Informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de fecha 25 de febrero de 2011.

2. Mediante escrito de fecha 5 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo le requiere para que en el plazo "de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de esta notificación, para proceder a la cuantificación económica del daño".

3. Con fecha 12 de julio de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV le remita copia de la historia clínica del perjudicado confeccionada en el Hospital "Y". En idéntica fecha solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria I le remita copia de la historia clínica del perjudicado en el Hospital "X", así como los protocolos médicos de actuación e informe del médico responsable del proceso asistencial, y a la Gerencia de Atención Primaria de dicho Área sanitaria copia de la historia clínica del perjudicado en el centro de salud y un informe de su médico de cabecera.

4. Con fecha 18 de julio de 2011, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica solicitada.

5. Con fecha 19 de julio de 2011, tiene entrada en el registro de la Consejería de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid un escrito del reclamante en el que manifiesta que "a día de hoy, es imposible cuantificar el daño sufrido" por el perjudicado.

6. Con fecha 3 de agosto de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica solicitada y el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna, asimismo remite copia del "proceso de la historia de Atención Primaria" y el informe del Coordinador del centro de salud.

En el primero de los informes, de fecha 20 de julio de 2011, se refiere que “el paciente fue atendido por primera vez por el médico de guardia del Servicio de Medicina Interna el día 11-1-2011”, realizándose “una exploración física completa que incluye una exploración neurológica estándar, como se hace habitualmente en los hospitales españoles (...). Además, se realizó analítica básica, se hizo un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Se hizo una valoración diagnóstica inicial y se solicitó un TAC craneal y otras analíticas complementarias./ El paciente ingresó a cargo del Servicio de Medicina Interna, quedando bajo control del personal de enfermería y del personal de guardia de Medicina Interna./ En su historia clínica no figura ninguna anotación del especialista neurólogo al que fue asignado el paciente (...). Durante la tarde del día 12-1-2011 el paciente solicitó el alta voluntaria abandonando el Hospital “X”, por lo tanto fue imposible realizar los estudios programados”.

En el informe del Coordinador del centro de salud, de fecha 29 de julio de 2011, se refiere que el paciente “acude el 26 de agosto de 2010 por primera vez por molestias en manos. Es visto por el (doctor), que le prescribe un antiinflamatorio. El 2 de septiembre (...), acude a mi consulta manifestando que se encontraba mejor. Había trabajado con intensidad durante el verano como camarero y esto unido que practica percusión (batería) y las molestias compatibles además de signos de Tynnel positivos más acusados en el lado derecho apuntaban hacia la posibilidad de síndrome del túnel carpiano por lo que se le recomienda reposo relativo y complejo vitamínico B. Hasta el 18 de noviembre no acude de nuevo a consultar; en esta ocasión manifiesta que ha empeorado con síntomas de mayor compromiso neurológico en extremidades superiores aunque aún no en extremidades inferiores por lo que se solicita analítica incluyendo niveles de hormonas tiroideas, que resultan normales, e interconsulta a Traumatología para descartar proceso de compresión neurológica”. Finaliza señalando que “al acudir a la interconsulta la enfermedad había evolucionado desfavorablemente con afección neurológica sistémica por lo que es enviado para estudio al Servicio de Neurología”.

7. Con fecha 28 de septiembre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de

Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración: “La sintomatología que presenta (el perjudicado) puede simular otros trastornos neurológicos”, y recuerda que “la enfermedad se diagnostica descartando otras afecciones”; señala que “la forma llamada remitente recurrente, que es la que porta el actor, puede tener antecedentes de al menos dos ataques separados por un periodo de ausencia o reducción de los síntomas”. Sin embargo, “en menos de cinco meses tenía una confirmación diagnóstica y un tratamiento preciso y adecuado”, y añade que un “diagnóstico precoz no hubiera cambiado el pronóstico, (pues) esta enfermedad no tiene cura” y solo el uso de medicamentos puede “frenar el desarrollo de la misma y combatir los síntomas”.

Considera que “las actuaciones médicas (...) que se realizaron a lo largo del proceso asistencial (...) fueron ajustados al concepto de buena praxis médica, incluyendo el proceso diagnóstico, los estudios diagnósticos utilizados, no encontrando demora significativa dada la dificultad diagnóstica, la complejidad de las pruebas practicadas”, por lo que la actuación médica “fue acorde a la *lex artis*”, mientras que los resultados adversos “no fueron resultado de una actuación negligente, sino de otros factores, como la gravedad de la afección sufrida, las dificultades diagnósticas de este tipo de enfermedades, factores no siempre controlables en su totalidad por el médico”.

8. Mediante escritos de 18 de octubre de 2011, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 18 de diciembre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Neurología. En él establecen las siguientes conclusiones: “El diagnóstico de esclerosis múltiple se basa en la suma de criterios clínicos y de pruebas complementarias, dado que no existe ninguna exploración complementaria cuyo resultado sea patognomónico (...). El diagnóstico diferencial (...) es complejo y muy amplio e incluye todas las enfermedades capaces de producir clínica o lesiones multifocales o recurrentes. Clásicamente se ha denominado a la

enfermedad la gran simuladora porque a sus síntomas con frecuencia interpretados como de patologías diversas hasta que se alcanza el diagnóstico definitivo (...). El diagnóstico de esclerosis múltiple, dada su complejidad, ha de ser realizado por neurólogos, siendo en ocasiones incluso complicado llegar a él para especialistas en esta patología (...). El paciente sufrió un cuadro neurológico subagudo, progresivo y tórpido a lo largo de unos 4 meses siendo diagnosticado tras 10 días de ingreso, de esclerosis múltiple en el (Hospital "Y"), en enero de 2011 (5 meses tras el inicio), habiéndose iniciado tratamiento con esteroides para el brote (...). No podemos asegurar que un tratamiento con esteroides más precoz del brote que sufrió el paciente hubiera garantizado una recuperación completa del mismo (...). El tratamiento modificador del curso de la enfermedad en la esclerosis múltiple ha de iniciarse de forma precoz para intentar conseguir un mejor pronóstico a largo plazo (...). El tratamiento inmunomodulador o modificador del curso de la enfermedad en este paciente se inicia en febrero de 2011, un mes tras el diagnóstico de la enfermedad, 6 meses desde que el paciente refiere los primeros síntomas, lo que podemos considerar precoz en este tipo de enfermedades de complejo diagnóstico (...). No se puede concluir que un diagnóstico más precoz del paciente hubiera modificado significativamente la evolución a largo plazo, que por otra parte y gracias al estudio y tratamiento realizados tanto por parte de Neurología como de Rehabilitación, fue favorable (...). Podemos considerar el estudio realizado por parte del Servicio de Neurología del (Hospital "Y") como completo, adecuado y muy diligente (10 días) (...). Consideramos así mismo que el manejo terapéutico por parte de Neurología fue muy adecuado y de acuerdo a las guías vigentes, y posibilitaron una evolución favorable como la que presentó el paciente".

10. Mediante escrito de fecha 24 de enero de 2012, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 7 de febrero de 2012, el reclamante presenta un escrito en el registro de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid en el que solicita copia completa del expediente.

11. Mediante escrito de fecha 14 de marzo de 2012, se comunica al reclamante la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia del expediente compuesto por ciento sesenta y ocho (168) folios.

12. Mediante escrito de fecha 16 de abril de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la necesidad de que cuantifique la indemnización solicitada.

13. El día 28 de junio de 2012, el reclamante presenta un escrito en el registro de la Consejería de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid en el que refiere que el perjudicado "sigue en tratamiento y presenta una serie de daños físicos (además de los morales y económicos derivados) por lo que es imposible evaluar las secuelas y los daños sufridos"; no obstante, cuantifica "de forma provisional la indemnización solicitada en un millón de euros (1.000.000 €)".

14. Con fecha 18 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria, elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se afirma que el daño que sufre el reclamante "no guarda relación con la actuación de la Administración Sanitaria, que actuó correctamente", pues en el hospital al que fue derivado a petición propia, "tras realizar múltiples estudios, confirman y tratan al paciente de esclerosis múltiple cuando no habían transcurrido ni cinco meses desde la primera petición de asistencia médica".

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de agosto de 2012, registrado de entrada el día 7 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está 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, pudiendo actuar por medio de representante.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 28 de junio de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -el diagnóstico de esclerosis múltiple- el día 22 de enero de 2011, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El reclamante interesa una indemnización por los “daños físicos (además de los morales y económicos)” y por “las secuelas” sufridas todo ello a causa de no haber recibido una “adecuada asistencia sanitaria”.

Sostiene que “los facultativos que le atendieron en el Hospital “X” y su médico de cabecera no valoraron con la debida diligencia la sintomatología potencialmente grave que presentaba y no adoptaron todas las medidas oportunas a su alcance para tratarle”, entiende que “sufrió un retraso de diagnóstico que influyó negativamente en la evolución de su estado de salud”.

A pesar de que el interesado, sobre el que recae la carga de la prueba, se limita a citar los daños mencionados de una manera genérica, sin cuantificarlos ni acreditarlos, de la historia clínica que obra incorporada al expediente resulta que el interesado padeció unos síntomas, se le diagnóstico una enfermedad y estuvo hospitalizado tras el diagnóstico de esclerosis múltiple, al menos en dos ocasiones, permaneciendo impedido para el desarrollo de sus ocupaciones habituales durante los mismos, por lo que debemos considerar acreditada la realidad de unos daños, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de unos daños surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que los daños alegados tienen un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. 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 concreto, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

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 –aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado reprocha a la asistencia sanitaria dispensada por el médico de su centro de salud que considerara que “podría estar sufriendo el síndrome del túnel carpiano” y que le diagnosticara posteriormente “debilidad muscular y cansancio”, cuando lo que realmente padecía era una esclerosis múltiple. También refiere que hubo una “desatención” en el Hospital “X” pues al “día siguiente” de haber ingresado “no había sido examinado por el neurólogo”.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado prueba alguna de la relación de causalidad que afirma existe entre los daños y el funcionamiento del servicio público de salud, ni ha efectuado tampoco alegaciones durante el trámite de audiencia, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su criterio en relación con la misma con base en los informes incorporados al expediente por la Administración, que no han sido discutidos.

El período durante el cual se desarrolla la asistencia cuestionada por el paciente debe entenderse comprendido entre la primera atención sanitaria, el día 26 de agosto de 2010, y el ingreso en el Hospital "Y", que tuvo lugar el día 12 de enero de 2011. Durante ese período de cinco meses, el paciente acude el citado día 26 de agosto a su centro de salud por molestias en las manos y se le prescribe un antiinflamatorio. La siguiente consulta se produce el día 2 de septiembre, detallando en la historia de atención primaria que el paciente "va mejorando. Masaje y vit. B". No acude de nuevo a consulta hasta pasados más de dos meses, el día 18 de noviembre, constando en la citada historia clínica que "sigue peor, signos tynnel pos, más acusado en la derecha".

En ese momento, en el informe de su médico de atención primaria se detalla que puesto que "ha empeorado con síntomas de mayor compromiso neurológico en extremidades superiores" se "solicita analítica incluyendo niveles de hormonas tiroideas, que resultan normales"; el día 30 de noviembre, ante un "síndrome túnel carpiano derecho, probable", se le deriva a consulta de Traumatología del Hospital "X", siendo atendido el día 11 de enero de 2011 y remitido desde dicha consulta a Urgencias del mismo centro hospitalario, detallando el informe del Servicio de Medicina Interna que ese día a las "18:37" se le realiza una "historia clínica completa y una exploración física completa que incluye una exploración neurológica estándar, como se hace habitualmente en los hospitales españoles, particularmente en los Servicios de Medicina Interna", además se realizó "analítica básica, se hizo un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Se hizo una valoración diagnóstica inicial y se solicitó un TAC craneal y otras analíticas complementarias", añadiendo el informe que durante la "tarde del día 12-1-2011 el paciente solicitó el alta voluntaria" por lo que concluye fue "imposible realizar los estudios programados inicialmente". En efecto, en la historia clínica se detalla que el día 11 de enero a las "20:22" tiene "paresia en ambos miembros superiores y en inferior derecho; marcha completamente inestable", que a las "13:13" del día siguiente se indica "pendiente de valoración por Neurología (...) pedida analítica especial" y que a las pocas horas "17:30" se solicita el alta voluntaria.

En definitiva, durante ese período, de la documentación que obra en el expediente resulta acreditado que el paciente comienza en el mes de agosto de

2010 "con la instauración de una debilidad, que el paciente describe como un agarrotamiento, a nivel distal de la extremidad superior derecha" y que "progresivamente" se han "ido añadiendo síntomas". Así se reconoce en el informe del Área de Gestión Clínica de Neurociencias del Hospital "Y" en el que consta "al cabo de un mes comienza con debilidad a nivel de la extremidad superior izquierda" y que "a partir de noviembre de 2010 sufre una debilidad en las extremidades inferiores, más marcada en la derecha que le impiden la deambulación", afirmaciones que son corroboradas por el informe técnico de evaluación y por los especialistas en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora, en el que consta al respecto que el paciente "comenzó con una clínica progresiva e insidiosa a la que se iban sumando síntomas".

A dicha evolución hemos de añadir que según señala el informe técnico de evaluación, la enfermedad que padece el paciente "puede simular otros trastornos neurológicos" y que se diagnostica "descartando otras afecciones"; por otro lado, se indica que al ser la esclerosis múltiple diagnosticada del tipo "remitente recurrente", puede tener "antecedentes de al menos dos ataques separados por un período de ausencia o reducción de los síntomas", concluyendo que las "actuaciones médicas y actos que se realizaron a lo largo del proceso asistencial (...) fueron ajustados al concepto de buena praxis médica, incluyendo el proceso diagnóstico, los estudios diagnósticos utilizados, no encontrando demora significativa dada la dificultad diagnóstica", pues "en menos de cinco meses" el paciente tenía "una confirmación diagnóstica y un tratamiento preciso y adecuado".

En el mismo sentido se pronuncia el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora por los especialistas en Neurología, en el que consta que si bien "los primeros médicos en valorarlo no dieron con el diagnóstico al instante", el paciente "fue diagnosticado (...) en un período de tiempo aceptable desde el inicio de los síntomas", por lo que se puede considerar "como precoz y dentro de los límites razonables para una patología compleja", añadiendo que a dicha enfermedad se la ha denominado la "gran simuladora" porque sus síntomas son interpretados con frecuencia como de "patologías diversas hasta que se alcanza el diagnóstico definitivo", que solo "puede establecerse si se han descartado los posibles diagnósticos diferenciales que podrían explicar el cuadro

clínico del paciente”, y que dada su “complejidad ha de ser realizado por Neurólogos, siendo en ocasiones incluso complicado llegar a él para especialistas en esta patología”.

Al margen de lo anterior, para que este Consejo pudiera reconocer relevancia jurídica a un posible retraso diagnóstico habría que acreditar que aquel ha influido en alguna medida en el curso de la enfermedad, empeorando, en esencia, sus posibilidades de tratamiento y curación. Al respecto, resulta concluyente el informe técnico de evaluación, que afirma que “el diagnóstico precoz no hubiera cambiado el pronóstico”, pues dicha enfermedad “no tiene cura”. En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido por los especialistas en Neurocirugía al estimar que el “tratamiento con esteroides no se aplica a todos los brotes, únicamente a aquellos que producen una discapacidad importante”, y que “no se puede concluir que un diagnóstico más precoz (...) hubiera modificado significativamente la evolución a largo plazo, que por otra parte y gracias al estudio y tratamiento realizados tanto por parte de Neurología como de Rehabilitación, fue favorable”.

Conviene precisar que el mismo día en el que pide el paciente el alta voluntaria en el centro hospitalario en el que se encontraba, ingresa -el 12 de enero de 2011- en el Hospital “Y” y según sus propias manifestaciones “fue inmediatamente atendido” y le realizaron “una serie de pruebas”, siendo dado de alta el día 22 del mismo mes, con un diagnóstico -entre otras patologías- de esclerosis múltiple. Tras recibir en el citado centro hospitalario dos ciclos de esteroides y fisioterapia en el Hospital “X”, el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta en el Servicio de Rehabilitación con fecha 28 de junio de 2011, constando en el informe emitido por dicho Servicio, un diagnóstico “en enero de 2011 con prácticamente reversibilidad funcional”.

En consecuencia, concluimos que, no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico indubitado en los primeros actos médicos, máxime si se trata de una enfermedad compleja, como en el caso que nos ocupa, de muy difícil diagnóstico, que ha de ser fijada por un especialista; además, los informes médicos aportados al expediente descartan que haya habido retraso diagnóstico, sin que resulta acreditado que un diagnóstico más precoz hubiera

alterado el devenir del proceso, lo que corrobora la falta de nexo causal entre la asistencia prestada y las posibles secuelas de la enfermedad.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.