

Dictamen n^o: **375/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.07.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 6 de julio de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1^o de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre en el asunto promovido por L.M.J., sobre responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su marido, J.D.H., que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Ramón y Cajal, al no haber realizado las pruebas necesarias que hubieran diagnosticado con mayor antelación la patología que padecía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 25 de mayo de 2011, registrado de entrada el día 2 de junio, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 6 de julio de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato cd, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Del expediente remitido, interesa destacar los siguientes hechos que resultan relevantes para la emisión del dictamen solicitado:

Mediante escrito presentado en el registro del Instituto Madrileño de Salud el 6 de noviembre de 2002, la cónyuge del fallecido, aunque sin acreditar el parentesco, cursa reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria al considerar que el fallecimiento de su marido fue consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Ramón y Cajal, por la *“falta de aplicación de medios para la determinación de unos síntomas que presentaba el hoy fallecido, así como la falta de diligencia por parte del personal médico del Hospital Ramón y Cajal que asistió a [el paciente], estando ingresado en dicho Hospital durante un periodo de más de un año, quienes eran responsables del tratamiento y cuidado del enfermo.*

De haber procedido correctamente y si se hubiesen agotado los medios de diagnóstico, pudiera ser que se hubiera cogido a tiempo la situación que padecía metástasis y haber así evitado su fallecimiento, así como sino se hubieran cometido errores en las curaciones de la pierna, esa metástasis no se hubiera generado”.

Solicita el pago *“de la indemnización e intereses que se determinen a lo largo de la sustanciación del proceso, en concepto de indemnización por los daños surgidos por los hechos antes resaltados a consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos más los intereses legales correspondientes, desde la fecha de interposición de la presente reclamación, hasta su pago efectivo”.*

A efectos de notificaciones designa un despacho de abogados.

De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

El paciente, de 66 años de edad, fumador de dos paquetes diarios hasta hacía dos meses y con antecedentes de diabetes mellitus insulino-dependiente y desde el 25 de octubre de 1996 con prótesis total de cadera derecha por coxartrosis, acudió el 6 de marzo de 2000 al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal por presentar desde hacía siete días dolor y empastamiento en cara antero-lateral de muslo derecho. El cuadro fue diagnosticado como infección de prótesis total de cadera derecha y absceso de partes blandas.

Fue intervenido de urgencia al día siguiente, 7 de marzo, practicándole drenaje del absceso y lavado exhaustivo.

El 14 de marzo de 2000 fue intervenido quirúrgicamente de forma programada, siguiendo la pauta de la Unidad de Sépticos del Departamento, se procedió a la retirada de la prótesis y de todo el cemento, dejando tracción transtibial durante cuatro semanas y pautando tratamiento antibiótico durante seis semanas.

El estudio macroscópico de la biopsia de 15 de marzo de 2000 informaba: <<“*Hueso y tejido peritrotésico*”. *Se reciben múltiples fragmentos irregulares de tejido, unos de consistencia elástica, otros de consistencia dura correspondientes a hueso, y otros de consistencia pétreo con características de cemento. Agrupados todos los fragmentos tienen unas dimensiones de 10 cm. de diámetro máximo y tienen coloración verdosa azulada en su estructura. Diagnóstico: Partes blandas (periprotésico): Fibrosis intensa e inflamación aguda y crónica (Infección)*>> (folio 808).

En el posoperatorio presentó una parálisis del nervio ciático poplíteo externo, adaptándole por ello una ortesis antiequino. Las heridas evolucionaron favorablemente no existiendo signos de infección en la cadera. A las cuatro semanas de la retirada de la prótesis se retiró la

tracción transtibial y el Servicio de Rehabilitación pautó cinesiterapia y reeducación muscular.

El paciente debutó con úlceras cutáneas en tercio superior de pierna derecha, región maleolar externa y talón, de evolución tórpida. Junto al Servicio de Cirugía Plástica se hicieron curas en quirófano bajo anestesia los días 19 y 26 de mayo y 7 y 20 de junio de 2000. Además de curas en planta, cambios posturales, colchón antiescaras, intento de colocación de catéter epidural que el paciente no toleró e interconsulta a Dietética para suplemento proteico. El tratamiento antibiótico de las úlceras fue seguido por el Servicio de Enfermedades Infecciosas.

En gammagrafía de control el 5 de junio de 2000, no se evidencian signos de infección en cadera ni signos de osteomielitis en calcáneo.

El 16 de agosto de 2000, el paciente fue trasladado a camas de Cirugía Plástica para continuación del tratamiento de las úlceras. Presentaba pérdida de sustancia cutánea en cara lateral de pierna derecha con exposición de peroné, en fase de granulación y úlceras por presión en cara externa del talón derecho con eritema y escara. Se realizaron curas en planta instaurándose plan de curas asistidas por aspiración, intensificando los cambios posturales y comenzando la movilización cama-sillón- andador. En dicho Servicio y bajo anestesia general se le realizaron las siguientes intervenciones quirúrgicas:

- El 22 de agosto de 2000: desbridamiento y aproximación de bordes
- El 3 de octubre de 2000: desbridamiento e injerto libre de piel de espesor parcial, con zona donante: muslo derecho, cura VAC
- 13 de noviembre de 2000: nuevo injerto libre de piel de espesor parcial en talón, con zona donante: muslo derecho. Extirpación de lesiones cutáneas cervicales.

El informe de la biopsia de 14 de noviembre de 2000 reflejaba: <<“Región cervical”. Se reciben en el mismo envase cuatro fragmentos quirúrgicos, el mayor de ellos es una formación quística de 2 cm. de diámetro mayor, rellena de un material amarillento y pastoso. Así mismo las otras tres lesiones consisten en formaciones redondeadas de superficie granular y coloración marrón de diámetros comprendidos entre 0,3 y 0,8 cm. Diagnostico: *Nevus nevocelular intradérmico (x 3). Quiste epidérmico*>> (folio 724).

Se valoró el nuevo injerto, prendido, el 17 de noviembre de 2000. Dada la evolución favorable, no precisando más injertos, se dio el alta por Cirugía Plástica el 12 de diciembre de 2000 con traslado a planta de Rehabilitación.

Fue trasladado al Servicio de Rehabilitación el 9 de enero de 2001 con impotencia funcional para la marcha y úlcera necrótica en talón derecho, sin tejido de granulación. Consultados los Servicios de Cirugía Plástica y Cirugía Vascular, le realizaron arteriografía de miembro inferior derecho, siendo permeable; se le realizaron presiones parciales con un I. YAO>0.5 de forma bilateral, por lo que se decidió que no sería candidato a cirugía revascularizadora.

Se realizaron curas diarias de las heridas así como cambios posturales cada tres horas. El paciente continuó con un programa de rehabilitación ya iniciado previamente a requerimiento de los Servicios en que había sido previamente atendido y se sometió a un programa individualizado de reeducación muscular y de la marcha normal con ayudas externas, en un principio con andador, y posteriormente con muletas.

La evolución cursó de forma satisfactoria desde el punto de vista rehabilitador consiguiéndose marcha independiente con dos ayudas externas de apoyo cubital; por ello se consideró concluido el tiempo de

tratamiento hospitalario dándosele el alta al paciente el 16 de marzo de 2001 para seguir tratamiento fisioterápico ambulatorio dos días por semana. Se recomendaba por escrito que al tener condiciones de gran inválido, debería ser atendido en el domicilio con ayudas al aseo del paciente, domicilio y deambulaci3n. Fue citado para revisi3n en consultas externas en el plazo de dos meses. El paciente no consta que acudiera a revisiones en consulta externa.

Durante su estancia en el hospital y a partir del mes de agosto el paciente fue valorado por el Servicio de Psiquiatría por s3ndrome depresivo, encontrando tambi3n un deterioro cognitivo leve.

El d3a 29 de octubre de 2001, el paciente ingres3 de nuevo en el hospital, en esta ocasi3n en el Servicio de Medicina Interna por hiperglucemia y cuadro de tos de 15 d3as de evoluci3n. Estudiado al paciente se le diagnostic3: *“Masa hiliar derecha de aspecto macrosc3pico neoplásico con imágenes en gammagraf3a de metástasis óseas, sugestivas de adenocarcinoma de pulm3n con metástasis óseas. Demencia moderada avanzada de etiolog3a vascular y/o degenerativa. Anemia macroc3tica hipocroma por probables p3rdidas digestivas. Diabetes Mellitus tipo II. Úlcera en tal3n”*.

En el informe de alta del Servicio de Medicina Interna de 10 de diciembre de 2001 (folios 37 a 39) en el apartado “evoluci3n” se hace constar: *“El paciente ha estado cl3nicamente estable durante su ingreso realizando paseos con ayuda de andador. Desde el primer d3a presenta una úlcera en tal3n derecho en zona del injerto que ha sido valorado por el cirujano plástico, que indica movilizaci3n activa. Con los datos hallados en las exploraciones complementarias, de acuerdo con la familia se decide control por la Unidad de Cuidados Paliativos”*. En el apartado

“recomendaciones” se consignó: *“Se pondrá en contacto con la Unidad de Cuidados Paliativos nº de teléfono: [...]”*.

Posteriormente y según manifiestan los familiares del paciente éste falleció el 28 de diciembre de 2001.

TERCERO.- Por los hechos que anteceden se ha incoado el correspondiente expediente por responsabilidad patrimonial de la Administración de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo por el que se aprueba el Reglamento de Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del citado Real Decreto, se han solicitado por el órgano instructor los informes preceptivos de los Servicios médicos presuntamente causantes del daño, en este caso, el Servicio de Rehabilitación, que emitió informe el 20 de febrero de 2003 (folio 869) y el Servicio de Traumatología, cuyo informe es de 25 de febrero de 2003 (folios 865 y 866).

También se han incorporado al expediente, la historia clínica (folios 16 a 871) y el informe de la Inspección Médica de 25 de abril de 2003 (folios 873 a 877).

Forman parte de la historia clínica del paciente los documentos de consentimiento informado para pruebas e intervenciones.

El informe del médico inspector emite las siguientes conclusiones:

“1. La existencia de una infección de prótesis total de cadera derecha y absceso en muslo derecho contaminados por estafilococo que requirieron tratamiento antibiótico seguido por la Unidad de Infecciosos y dos intervenciones quirúrgicas, de carácter urgente y programada, para evacuación y drenaje y posterior retirada de la prótesis.

2. La aparición como complicación de una parálisis del nervio ciático poplíteo externo que se trató con la adaptación de una ortesis.

3. La evolución tortuosa y tórpida de úlceras cutáneas en MID, situación agravada por su condición de paciente encamado y diabético, que precisaron tratamiento quirúrgico en cuatro ocasiones, realizándole posteriormente otras tres intervenciones para implantación de injertos en piel.

4. El surgimiento de una impotencia funcional para la marcha como secuela de una inmovilidad prolongada, que tras tratamiento oportuno consiguió marcha independiente con dos ayudas externas de apoyo cubital.

5. La presencia de una reacción adaptativa a su situación con síntomas depresivos en el periodo de su ingreso, que evolucionó hacia la resolución.

6. Asimismo evolucionó con una demencia moderada avanzada de etiología vascular y/o degenerativa.

7. Y ya por último, en su último ingreso, 29-10-01, fue diagnosticado de masa hiliar neoplásica, sugestiva de adenocarcinoma de pulmón con metástasis óseas.

Propuesta:

A juicio de ésta médico inspector, en la asistencia prestada al paciente se prestaron todos los medios terapéuticos existentes”.

En cuanto al procedimiento, se han cumplido los trámites establecidos al efecto en la normativa aplicable, incluido el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP cuya constancia de recepción obra en el expediente (folios 879 a 889). Dentro del plazo establecido, no se han formulado alegaciones ni aportado nuevos documentos al expediente.

El 6 de abril de 2011 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, con fecha 3 de mayo de 2011 comunica *“Se devuelve el expediente para que rectifiquen los errores mecanográficos de las fechas de la propuesta de resolución. Si el paciente falleció el 28 de diciembre de 2001, no es posible se le realizara una gamma el 5 de junio de 2007 y que se le trasladara al Servicio de Cirugía Plástica el 16 de agosto de 2004”*.

A la vista de los hechos anteriores cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

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

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC, cuyo término se fijó el 8 de julio de 2011.

SEGUNDA.- La reclamante, en principio, estaría legitimada activamente para formular en nombre propio la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la viuda de persona que sufrió el daño supuestamente causado por la actuación sanitaria.

Ahora bien, la ausencia de acreditación de la relación de parentesco nos conduciría a no reconocer a la reclamante legitimación activa para actuar. Ello no obstante, la Administración debió solicitar la subsanación de la falta de acreditación del parentesco, lo que no hizo, por ello, sería necesario requerir esta subsanación.

Al pretender el resarcimiento del daño el día 6 de noviembre de 2002 habiéndose producido el fallecimiento del paciente el 28 de diciembre de 2001, se encuentra dentro del plazo legalmente establecido, puesto que el artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“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 determinación del alcance de las secuelas”*.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño al encontrarse el Hospital Ramón y Cajal integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, en el Título X, Capítulo Primero y en la Disposición Adicional 12ª de la Ley 30/1992 (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993 (RPRP).

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- esta responsabilidad consiste en el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

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

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

Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo sólo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del

daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

CUARTA.- Es preciso subrayar que no ha quedado acreditado en el expediente el fallecimiento del esposo de la reclamante, no obstante, puesto que la Administración sanitaria en la propuesta de resolución no lo ha rebatido, este órgano consultivo entiende que, pese a no constar en el expediente, el Servicio Madrileño de Salud sí admite el fallecimiento del paciente, el cual generaría en su esposa un daño moral cuya prueba no es necesaria, siendo preciso discernir si el mismo es imputable al funcionamiento normal o anormal de los servicios sanitarios.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido el Tribunal Supremo en Sentencia de 27 de noviembre de 2000, recuerda: *“Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse excluida de antemano”*.

Esta misma Sala III del Tribunal Supremo, en Sentencia de 19 de julio de 2004, señala: *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo*

único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (recurso nº 7915/2003) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.* Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquéllos que no tengan el deber jurídico de soportar.

Es preciso determinar si la actuación de los facultativos se ajusta a las reglas de una praxis correcta, teniendo en cuenta los medios técnicos disponibles, para determinar si el daño producido es o no antijurídico.

El informe de la Inspección Médica no se pronuncia sobre la decisión del tratamiento recibido por el enfermo después del diagnóstico de la metástasis óseas, sugestivas de carcinoma de pulmón ni tampoco sobre el reproche planteado por la reclamante acerca de si el cáncer de pulmón padecido por su marido pudo haber sido detectado con anterioridad, máxime teniendo en cuenta que el enfermo estuvo ingresado en el hospital durante un largo periodo de tiempo. En definitiva, la reclamante lo que reprocha es la pérdida de oportunidad de su esposo de haber recibido un diagnóstico más temprano del cáncer, lo que, tal vez, hubiera permitido un tratamiento y no tan solo los cuidados paliativos que recibió dada la

diseminación de la enfermedad cuando fue diagnosticada. No existe reproche, pues, respecto del tratamiento recibido que, como consta en el expediente, se decidió de acuerdo con la familia.

Conviene recordar que conforme con reiterada jurisprudencia la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración recae sobre el reclamante (Sentencias del Tribunal Supremo de 8 de octubre de 1986, 25 de mayo de 1987, 15 de febrero de 1994, 25 de julio de 2003, 30 de septiembre de 2003, 14 de octubre de 2004 y 15 de diciembre de 2005, entre otras), salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración (Sentencias del Tribunal Supremo 18 de febrero de 1998, 15 de marzo de 1999, 25 de octubre de 2002, 17 de febrero de 2003, 24 de febrero de 2003, entre otras).

Pero la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso n° 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso n° 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso n° 3800/04). A veces, incluso, el Tribunal Supremo, sentencia de 27 de junio de 2008 (Recurso n° 3768/04) requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

En relación con el nexo causal entre el pretendido retraso en el diagnóstico y la metástasis del cáncer cuando fue diagnosticado, la reclamante manifiesta en su escrito de reclamación que *“de haber procedido correctamente y si se hubiesen agotado los medios de diagnóstico pudiera ser que se hubiera cogido a tiempo la situación que padecía metástasis y haber evitado así su fallecimiento, así como si no se hubieran cometido los*

errores en las curaciones del asieran, esa metástasis no se hubiera generado”.

Queda claro que no existe vinculación entre la metástasis y las úlceras de la pierna, ahora bien, ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente se pronuncian en torno a si un diagnóstico más temprano del cáncer de pulmón hubiera podido evitar la metástasis, ni siquiera el informe de la inspección médica que se limita a afirmar genéricamente que en todo momento se actuó de acuerdo con la *lex artis ad hoc*. Tampoco se pronuncian sobre el tiempo en que el enfermo pudo estar padeciendo el cáncer con carácter previo a su diagnóstico y mientras estuvo ingresado en el hospital. De manera que por parte de la Administración actuante no se ofrece ninguna explicación plausible y lógica respecto de la falta de diagnóstico del cáncer mientras el paciente estuvo hospitalizado durante largo tiempo. Por ello, resulta de aplicación el principio de la “*facilidad de la prueba*”, antes citado y establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido.

En todo caso parece claro y es lógico pensar que el padecimiento continuado de una enfermedad sin tratamiento específico para combatirla puede ocasionar daños que necesariamente serán mayores cuanto mayor sea el tiempo de exposición a la misma.

Así, en este caso, resulta evidente que la aparición de la metástasis tiene una clara relación con el diagnóstico tardío del carcinoma de pulmón.

Debe por tanto examinarse si en este caso ante la sintomatología que presentaba el esposo de la reclamante, se actuó incorrectamente o con omisión de medios, lo que convertiría el daño padecido en antijurídico.

Como resulta del examen de la historia clínica del paciente y se ha expuesto en el relato fáctico del presente dictamen, el enfermo estaba siendo tratado por una infección de prótesis de cadera y su condición de diabético determinó la aparición de numerosas úlceras de las que también fue tratado. Ambas circunstancias implicaron una dificultad de ambulatoria en el paciente que también fue objeto de tratamiento mediante rehabilitación. En definitiva, ninguno de los motivos por los que el fallecido estaba ingresado en el hospital hacía sospechar de la existencia de un carcinoma de pulmón ni justificaba la aplicación de medios para diagnosticar dicha patología.

Por otro lado, consta que cuando aparecieron los síntomas el 29 de octubre de 2001 el paciente acudió a Urgencias con infección respiratoria, donde se le realizó: analítica, radiografía de tórax, esofagogastroduodenoscopia, TAC torácico, broncofibroscopia, gammagrafía ósea, electrocardiograma y biopsia endobronquial. Como resultado de estas pruebas fue diagnosticado de metástasis óseas sugestivas de carcinoma de pulmón con metástasis óseas.

A la vista de todo lo anterior este Consejo considera que la ausencia de síntomas previos que pudieran hacer sospechar de cáncer de pulmón no exigió la realización de algún estudio o prueba diagnóstica para comprobar si existía una patología distinta de la que estaba siendo objeto de tratamiento y que el diagnóstico se produjo de forma precoz en cuanto debutaron los síntomas específicos de una enfermedad pulmonar, lo que no evitó que en el momento del hallazgo la enfermedad hubiera alcanzado un

estadio de gravedad que supuso la muerte del paciente en corto espacio de tiempo.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada ya que la atención sanitaria prestada a la paciente fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 6 de julio de 2011