

Dictamen nº: **445/16**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **06.10.16**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 6 de octubre de 2016, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. G.M.S., en representación de Dña. F.C.M., por lo que considera una incorrecta prestación de asistencia sanitaria recibida por su representada en el Centro de Salud Brújula de Torrejón de Ardoz y en el Hospital Universitario de Torrejón (HUT).

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito que tuvo entrada en el Registro del Servicio Madrileño de Salud el 17 de febrero de 2015, la persona citada en el encabezamiento presentó reclamación de responsabilidad patrimonial que basa en los siguientes aspectos:

1º.- Existencia de un error inexcusable continuado en el diagnóstico de la lesión neurológica pues el médico de atención primaria (MAP) el 4 de abril de 2013 lo confundió con astenia, cuando acudió por agravamiento el 19 de abril, con ansiedad y derivada a Psiquiatría, el 14 de mayo, a pesar de constarle sus antecedentes y la clínica neurológica

que padecía desde marzo-abril, le diagnosticó crisis de ansiedad sin limitación funcional. En Urgencias del HUT el 30 de junio le diagnosticaron trastorno de adaptación mixto de ansiedad y humor deprimido y le remitieron de nuevo al MAP, que el 1 de julio, reiteró el tratamiento de ansiolíticos y añadió antidepresivos. No se le realizaron pruebas diagnósticas (radiografía -rx- y resonancia magnética -RMN-). En todas estas consultas se obvió su sintomatología consistente en debilidad, sensación de adormecimiento y hormigueo en miembros superiores e inferiores, sugerente de patología neurológica, que debió ser sospechada y diagnosticada de manera más precoz a fin de instaurar el tratamiento quirúrgico oportuno que hubiera evitado situaciones irreversibles derivadas de la progresión de la lesión por compresión de tipo degenerativo.

El 6 de septiembre de 2013, el MAP la remitió con prioridad normal, a pesar de su notable empeoramiento, al Servicio de Neurología y no es hasta el 18 de septiembre de 2013 cuando le indican la RMN cervical.

2°. Ha existido demora en la práctica de la RMN cervical -se solicitó el 18 de septiembre de 2013 y se efectuó el siguiente 19 de octubre- y en el conocimiento del resultado pues, a pesar de ser anormal, no tuvo conocimiento del diagnóstico de mielopatía cervical compresiva por patología degenerativa hasta el 16 de diciembre de 2013 en la consulta de Neurología, es decir, casi tres meses después de su solicitud y más de dos meses después de su realización. Fue diagnosticada correctamente nueve meses después del inicio de su clínica.

3°.- Demora en la realización de la cirugía pues no se realizó hasta el 18 de febrero de 2014. Tras la cirugía y rehabilitación, si bien la descompresión ha evitado que continuara el agravamiento de la lesión neurológica, apenas se ha obtenido mejoría y ha quedado una grave secuela neurológica imputable a la demora consistente en paraparesia de ambas extremidades con incontinencia urinaria.

En definitiva, considera que se ha producido una demora inexcusable en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de aproximadamente once meses que ha conllevado que padezca graves secuelas. No obstante, subsidiariamente, solicita la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado y de la pérdida de oportunidad.

Reclama una indemnización por importe de 367.143,51€, actualizada conforme al artículo 141.3 LRJPAC, por incapacidad temporal, incapacidad permanente (secuelas anátomo-funcionales -70 puntos- y perjuicio estético -18 puntos-), factores de corrección (perjuicios económicos e incapacidad permanente absoluta).

Acompaña escritura de poder acreditativa de la representación; copia de la tarjeta sanitaria, informes médicos; informe de un Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica de 15 de febrero de 2015; literatura científica sobre mielopatía cervical; contrato laboral fijo discontinuo, partes de baja y alta laboral y resolución del Instituto de la Seguridad Social sobre prórroga de la situación de incapacidad temporal.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente, al que se ha incorporado la historia clínica, procedemos a destacar los hechos que resultan de interés para la emisión del Dictamen.

La reclamante, de 45 años en el momento de los hechos, acudió a su MAP el 4 abril de 2013. No constan reflejados en la historia clínica los síntomas que refirió pero sí una anotación con el diagnóstico de astenia. Se prescribió analítica y electrocardiograma que resultaron normales.

El 14 de mayo de 2013, el informe de Consultas Externas de Psiquiatría del Centro de Especialidades Periféricas de Torrejón de Ardoz indica que ha sido derivada desde MAP y que *“Desde SS dice que se encuentra con flojedad de piernas, con adormecimiento en la mano derecha. El día 19 de abril protagonizó un ataque de ansiedad, sensación*

*de falta de aire y llanto fácil. La duración de este momento fue de 30 minutos. Se acompaña de molestias estomacales y opresión precordial. Desde dicha fecha no ha vuelto a tener clínica hasta hace dos días que se ha encontrado de nuevo más intranquila. Relacionado con la bajada de la medicación, que de tres lexatin 1,5mgr ha pasado a uno al día. El MAP le ha prescrito la ILT, con incorporación el 6 de mayo. Ya se ha incorporado, y dice que aunque va mejor, no al 100%”.*

La exploración física reveló buen estado general, eupneica, carótidas palpables no ingurgitación yugular, no adenopatías, auscultación cardiaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado; abdomen blando, no doloroso, no masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda, pulsos presentes. Neurología básica: sin focalidad. Meníngeos negativos. A la exploración psicopatológica, entre otras cuestiones, se reflejó que se encontraba lúcida, orientada en tiempo y espacio, abordable, colaboradora, con ánimo estable y ansiedad leve, relacionado con crisis de pánico no completa y sin limitación ninguna.

Con el juicio clínico de crisis de ansiedad sin limitación funcional, se le dio el alta prescribiéndole Loracepam 1-0-1 durante un mínimo tres meses y si fuera preciso, pues en ese momento el facultativo no lo creía conveniente, debía añadirse ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), con seguimiento en MAP.

Acudió a Urgencias del HUT el 30 de junio de 2013 por debilidad en miembro inferior y hormigueo en las manos. Se mostró llorosa y aclaró que no tenía motivos personales ni laborales para estar así. En la anamnesis reconoció que había comenzado hacía tres-cuatro meses con cuadro de debilidad muscular por lo que acudió a su MAP quien le indicó análisis de sangre y de orina sin alteraciones de interés. Poco después comenzó con episodios de apatía y llanto frecuente sin motivo aparente

por lo que fue valorada por Psiquiatría que le diagnosticó crisis de ansiedad sin limitación funcional.

De la exploración neurológica básica resultó: pupilas isocóricas y reactivas a la luz, movimientos oculares sincrónicos. Buena fuerza y tono muscular en los 4 miembros. Reflejos osteotendinosos conservados. Sin focalidad. Meningeos negativos. Romberg negativo.

Con la impresión diagnóstica de trastorno de adaptación mixto de ansiedad y humor deprimido, prescripción de medicación y seguimiento por su médico de cabecera, fue dada de alta a las 2:09 horas del 1 de julio. Ese día el MAP le prescribió el tratamiento pautado.

El día 6 de septiembre de 2013 el MAP solicitó interconsulta a Neurología por sensación de hormigueo en manos y pies de tres meses de evolución, sin pérdida de fuerza; síndrome depresivo en tratamiento con citalopram con mejoría clínica de síntomas emocionales.

El día 18 de septiembre fue vista en la consulta de Neurología del HUT por debilidad. De la exploración resultó hiperreflexia generalizada, con Hofmann bilateral por lo que, con el juicio clínico de debilidad en piernas e hipoestesia en manos, con hiperreflexia generalizada y Hoffman bilateral, se solicitó RMN cervical y se le indicó que pidiera cita para revisión con resultados.

La RMN cervical, realizada el día 19 de octubre de 2013, evidenció: *“Moderados cambios óseos degenerativos con hipertrofia de facetas articulares posteriores y osteofitosis marginal. Rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Se aprecian osteofitos posteriores con disco acompañante en los niveles C3-C4, C4-C5, C6-C7 y en mayor medida C5-C6, que oblitera el espacio subaracnoideo anterior, provocando una estenosis de canal, con deformidad de la cara anterior medular y una*

*alteración de la intensidad de señal medular sugestivo de mielopatía. Unión cráneo-medular sin alteraciones. Control según evolución clínica”.*

El 18 de noviembre de 2013 el MAP, mediante interconsulta, solicitó adelantar la cita de revisión de Neurología por estar pendiente de resultado de la RMN ya realizada y por aumento de la sintomatología en los miembros inferiores.

El 16 de diciembre de 2013, en la consulta de Neurología, se anotó: *“Mujer de 45 años con sensación de cansancio general y debilidad en piernas desde abril de este año, junto con sensación de frío en MID (miembro inferior derecho) y adormecimiento continuo de las yemas de ambas manos, sin una relación postural. Cervicalgia ocasional. Progresión de la debilidad y la hipoestesia, añadiéndose en este tiempo disfunción esfinteriana. RM cervical (19/10/2013) con estenosis de canal y mielopatía por cambios óseos degenerativos. Juicio clínico: Mielopatía cervical compresiva por patología degenerativa”.*

Fue derivada con carácter preferente a Traumatología en donde, el 2 de enero de 2014, le plantearon opciones, le citaron con la unidad de columna y le pidieron potenciales evocados. Refirió sensación de adormecimiento de manos, piernas y pies, sensación de pérdida de fuerza y que usaba una muleta para andar. El 9 de enero se le explicó la cirugía, sus riesgos y posibles complicaciones y se anotó que estaba en lista de espera quirúrgica.

El día 18 de febrero de 2014, previa realización de las pruebas pertinentes, ingresó en el HUT para cirugía de columna cervical que se realizó el día 19. El postoperatorio cursó sin complicaciones y fue dada de alta el 22 de febrero.

Acudió a revisión el 25 de marzo de 2014. A la exploración, presentaba clonus agotable bilateral (explorada en quirófano clonus no agotable previo a cirugía), hiperreflexia, espasticidad en miembros

inferiores. Continuaba usando una muleta por inestabilidad de la marcha. Se le citó para revisión en dos meses con radiografías. El 26 de mayo de 2014, se constató que persistía clonus agotable bilateral. Hoffman + bilateral; hiperreflexia generalizada. La radiografía mostró signos incipientes de artrodesis. Se le citó a revisión clínico-radiológica en tres meses (27 de junio) en la que se le pautó medicación.

El 27 de julio fue a Urgencias por dolor en región glútea derecha de dos meses de evolución que irradiaba hacia rodilla. Se le dio el alta con la impresión diagnóstica de trocanteritis.

El 31 de julio, en la revisión, se le modificó el tratamiento.

El día 26 de agosto de 2014 acudió a consultas de Traumatología por trocanteritis de dos meses evolución sin mejoría. También refirió dolor en hombro derecho desde la intervención quirúrgica de la columna. Se le solicitó ecografía y radiografía. La radiografía mostró signos incipientes de artrodesis. El Estudio Neurofisiológico de Potenciales Evocados Somatosensoriales (PESS) de 23 de agosto de 2014, con respecto al estudio previo, evidenció una discreta mejoría en la morfología de los potenciales evocados corticales obtenidos a partir de la estimulación de ambos miembros inferiores, permaneciendo aun una afectación severa. Se sugirió control de PESS de miembros superiores e inferiores en función de la evolución clínica.

La ecografía de hombro de 18 de septiembre de 2014 reveló hallazgos compatibles con tendinosis del tendón supraespinoso y una muy leve bursitis subacromo-subdeltoidea.

El 21 de septiembre, remitida desde Urgencias, se le realizó una RMN de pelvis y muslo que mostró una incipiente coxartrosis bilateral.

El 29 de septiembre de 2014, en la consulta de Traumatología, refirió nula mejoría tras la cirugía. El médico le explicó el mal pronóstico de la clínica motora en el contexto de malacia medular. Se pidió RMN cervical de control. Persistía clonus bilateral agotable con hiperreflexia en miembros inferiores. Le remitió a Rehabilitación para potenciación de la marcha.

En Traumatología, el 15 de diciembre de 2014, presentó clínica superponible a la última exploración y artalgias múltiples en el contexto de una alteración de la marcha secundaria a una mielopatía. La RMN cervical, de 12 de diciembre, mostró una correcta descompresión sin signos de complicaciones con persistencia de imagen de malacia medular preoperatoria. Quiso valorar su situación laboral y el médico le explicó que dado el tiempo de evolución y el mal pronóstico de la imagen de malacia medular preoperatorio, no creía que pudiera reincorporarse a su actividad laboral. Le recomendó continuar rehabilitación y revisión al año de la cirugía.

Siguió tratamiento rehabilitador. El día 6 de marzo de 2015 se anotó en la hoja de evolución: mejoría muy lenta; plan: continuamos.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

La instructora solicitó al HUT la historia clínica, los informes de los Servicios que atendieron a la reclamante e información sobre si la asistencia sanitaria había sido prestada a través de concierto, requerimiento que fue cumplimentado el 24 de marzo de 2015.

Se han incorporado al expediente los informes de los Servicios a los que se atribuye el resultado lesivo (artículo 10 del RPRP) y el informe de Inspección Sanitaria.

El informe del MAP de 10 de marzo de 2015, describe la asistencia sanitaria prestada y señala que el día 4 de abril de 2013 acudió con síntomas de cansancio, debilidad, inespecíficos, de astenia. El día 19, presentó un cuadro con sintomatología compatible con crisis de ansiedad (con sensación de falta de aire, molestias estomacales opresión precordial y llanto fácil, además de sensación de flojedad de piernas y adormecimiento de la mano derecha). Se pautó tratamiento ansiolítico y fue derivada a Psiquiatría, donde se confirmó el diagnóstico en mayo de 2013. Señala que las medidas diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo fueron consensuadas con la paciente y su marido. La necesidad de acudir a otro especialista se valoró y se decidió que podía generar más ansiedad. Preciso baja laboral del 19 al 30 de abril. Cuando acudió a Urgencias con una nueva crisis de ansiedad el 30 de junio se inició el tratamiento recomendado por Psiquiatría (citalopram 10 mg). Se planteó la consulta con Traumatología y/o Neurología por la sensación de debilidad en miembros inferiores con fuerza conservada a la exploración. Se decidió, de acuerdo con la paciente y su marido, continuar con el tratamiento recomendado por Psiquiatría y valorar en tres semanas. Volvió a consulta el 6 de septiembre, dos meses después, con aumento de sensación de hormigueo en manos y pies y fue remitida y valorada por Neurología.

El informe de la jefa de Servicio de Neurología del HUT, de 9 de marzo de 2015, señala: *“Tras la historia clínica y exploración se sospecha patología cervical por lo que se solicita RM de columna cervical y cita posterior en consulta de Neurología”*.

Se ha incorporado el informe de la jefa de Servicio de Psiquiatría del HUT de 16 de marzo de 2015.

El jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUT, en su informe de 5 de marzo de 2015, relata la asistencia prestada y considera que ha recibido por ese servicio una correcta atención, habiéndose realizado las actuaciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas y haberse conseguido los fines marcados.

El 4 de marzo de 2015, el jefe de Servicio de Urgencias del HUT expuso que para realizar su informe se había basado en el redactado por el facultativo que atendió a la reclamante que *“...indicó en la anamnesis que...mostraba debilidad en miembros inferiores y hormigueo en las manos asociando episodios de apatía y llanto frecuente sin encontrar una justificación clara. NO menciona pérdida de fuerza ni fiebre”* y que en la exploración se realizó un diagnóstico diferencial de patología neurológica, una analítica para descartar origen metabólico, tiroideo o hallazgos que sugirieran patología emergente siendo normal excepto ligera leucocitosis por lo que le pautaron fármacos adecuados. Por tanto, afirma, *“el día de la consulta no se encontraron elementos objetivables que orientaran a daño neurológico agudo que obligara a una actuación emergente por parte del profesional”*. Manifiesta que las parestesias y la percepción de debilidad son síntomas subjetivos sin elementos asociados que pueden ser compatibles con el juicio clínico presentado de trastorno adaptativo mixto de ansiedad y humor deprimido, que no suponía un diagnóstico definitivo. Se le aconsejó acudir a su MAP para seguimiento y vigilar la evolución del proceso.

El informe de 24 de agosto de 2015 de Inspección Sanitaria analiza la asistencia sanitaria prestada y distingue entre el error de diagnóstico y la demora en la prestación de la asistencia sanitaria, como veremos más adelante.

Se ha incorporado al expediente un informe de fecha 17 de marzo de 2016, efectuado a instancias de la compañía aseguradora por un perito neurólogo cuya conclusión es que: *“No se objetivan datos de mala*

*praxis, retraso en el diagnóstico ni el tratamiento en la asistencia prestada por el CS La Brújula de Madrid”.*

Se concedió el trámite de audiencia a la reclamante que formuló alegaciones ratificándose en su escrito inicial y manifestando su disconformidad con los informes médicos emitidos por los servicios intervinientes y por la Inspección.

Igualmente, se concedió el trámite de audiencia al HUT que no ha formulado alegaciones.

El 8 de junio de 2016, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación formulada, reconociendo a la reclamante una indemnización por importe de tres mil quinientos euros (3.500 €) a cargo del HUT.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formuló preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 17 de junio de 2016, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal Dña. M.<sup>a</sup> del Pilar Rubio Pérez de Acevedo que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 6 de octubre de 2016.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo estaba acompañado de documentación en soporte CD cuyo complemento se solicitó por esta Comisión, habiendo sido recibida la documentación requerida el día 27 de septiembre de 2016.

A la vista de tales antecedentes, se formulan las siguientes,

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de la interesada, según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 67, 81, 91 y 92 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Ahora bien, al tratarse de un procedimiento iniciado con anterioridad a su entrada en vigor, resulta de aplicación lo establecido en su disposición transitoria tercera a) que dispone que *“a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*.

Normativa constituida por los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), desarrollados por el RPRP.

La reclamante está legitimada activamente por sufrir un daño causado, supuestamente, por la asistencia sanitaria prestada en el Centro de Salud Brújula y en el HUT. La representación de la persona que actúa en su nombre ha sido acreditada mediante la aportación de escritura de poder notarial.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por tratarse de un centro de salud perteneciente a su red asistencial y en el caso del HUT, por haberse prestado la asistencia sanitaria en régimen de concierto, toda vez que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder (Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de enero -recurso 1324/2004- y 6 de julio de 2010 -recurso 201/2006-).

La reclamación, presentada el 17 de febrero de 2015, ha sido formulada dentro del plazo de un año prescrito en el artículo 142.5 LRJPAC, pues fue diagnosticada el día 16 de diciembre de 2013 y la intervención quirúrgica se llevó a cabo el 19 de febrero de 2014.

En cuanto a los trámites procedimentales, se han recabado los informes de los servicios responsables de la asistencia sanitaria a la que se imputa la producción del daño, exigidos por el artículo 10.1 del RPRP, el de la Inspección Sanitaria y un informe pericial. Asimismo, se ha otorgado el trámite de audiencia a la reclamante y al HUT conforme a los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución parcialmente estimatoria.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV,

artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículo 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (RC 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC y una reiterada jurisprudencia que lo interpreta: a) la efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizadamente en relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrido por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño (en este punto, la sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), destaca: *“que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

En este sentido se pronuncia el Tribunal Supremo en doctrina reiterada (por todas, la sentencia de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) y recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012), que *“cuando se*

*trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.*

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el procedimiento datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, se viene señalando que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales pueda tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis* puesto que al no proporcionar a los interesados esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal (SSTS de 19 de mayo y de 27 de abril de 2015, RRCC 4397/2010 y 2114/2013).

**CUARTA.-** En el presente caso, la reclamante considera que ha existido retraso diagnóstico, demora en la realización de la RMN y en el conocimiento del resultado y un retraso en la intervención quirúrgica.

En cuanto al retraso diagnóstico, el informe pericial aportado por la reclamante, elaborado por un especialista en Traumatología y Cirugía, indica que: *“Dados los antecedentes y los síntomas...desde marzo 2.013,...refería de forma reiterada un cuadro clínico que, a la vista de lo que hoy sabemos, podemos deducir no fueron correctamente interpretados, y no es hasta la tardía fecha de diciembre..., cuando es definitiva y correctamente diagnosticada”*.

La Inspección Sanitaria, sobre la asistencia prestada en el Centro de Salud (del 4 a 19 de abril, del 15 de mayo al 24 de junio y el 1 de julio de 2013), considera que los datos reflejados en la historia clínica son insuficientes por lo que no puede emitir un pronunciamiento expreso acerca de la adecuación o no de la citada asistencia sanitaria. Respecto a la asistencia prestada por Psiquiatría (el 14 de mayo) y Urgencias (el 30 de junio), indica que era compatible con las manifestaciones clínicas, con la ausencia de alteraciones en la exploración neurológica y de manifestaciones del cuadro clínico de mielopatía cervical.

El perito neurólogo considera que el tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo es acorde a lo descrito en la literatura. En las consultas iniciales asociaba otros síntomas que no podían deberse a una lesión medular y la combinación de todos ellos, dada la normalidad en la exploración neurológica, eran compatibles con el diagnóstico de ansiedad.

De lo anterior, puede deducirse que la atención dispensada fue acorde con la *lex artis* pues atendió a los síntomas que se manifestaron en cada momento, no resultando de las exploraciones practicadas patología neurológica alguna.

Fue el 18 de septiembre de 2013 cuando, explorada en la consulta de Neurología y sospechando patología cervical, según manifiesta el jefe de Servicio, se pidió una RMN cuyos resultados, analizados el 16 de diciembre de 2013, evidenciaron el diagnóstico definitivo.

En estos casos, no podemos olvidar que la asistencia sanitaria implica una obligación de medios y no de resultados, atendiendo siempre a las circunstancias y los síntomas que presenta el paciente en el momento en que dicha atención tiene lugar, sin que sea posible argumentar la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) afirma: *“Así es, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por tanto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*, tal y como manifiesta el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

*“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”*.

En cuanto al retraso en la intervención quirúrgica, el perito de la reclamante afirma que el tratamiento quirúrgico en fases más precoces, mediante laminectomía descompresiva, hubiera podido evitar las graves secuelas que se derivaron de la intervención, previsiblemente habría sido

de más fácil realización y con menores dificultades de tipo técnico lo que habría acarreado unas, también previsibles, menores consecuencias al estar menos evolucionada la enfermedad.

El jefe de Servicio de COT manifiesta que entró en el circuito quirúrgico el primer día que contactó con ellos, que se priorizó como preferente (cuadro neurológico de al menos ocho meses de evolución sin criterios de descompresión emergente) y que se le intervino a los dos días de completar los estudios preoperatorios.

En contra de lo manifestado por el perito de la reclamante, el perito neurólogo asevera que el tratamiento es controvertido. No todos los pacientes con estenosis de canal tienen síntomas y si al diagnóstico existe ya una mielopatía el resultado es escaso, por lo que el margen entre una intervención temprana y otra tardía es extraordinariamente estrecho. La evolución natural de la enfermedad es muy variable con pacientes que no progresan en su clínica, otros con inicio muy agudo seguido de largas temporadas de estabilización de los síntomas (5%), otros con síntomas que aparecen episódicamente y se van sumando episodios de progresión (75%) y otros pacientes con un claro deterioro progresivo desde el inicio (20%). El tratamiento quirúrgico en esta patología es claro en casos de déficit neurológico agudo y en casos con mielopatía para evitar el empeoramiento, pero no para conseguir la mejoría de los déficits ya establecidos. La indicación quirúrgica en casos estables o poco sintomáticos no es norma aceptada dado que algunos casos no empeoran. La dificultad de la intervención es la misma aunque se realice más tardíamente. En este caso, señala, si los síntomas estaban todos presentes desde el inicio, hecho no cierto pues constan varias exploraciones neurológicas normales, significaría que la lesión medular ya estaba presente, y por tanto la posibilidad de mejora con la cirugía, aunque se hubiese realizado antes era mínima. La intervención quirúrgica no era urgente y fue programada completando el estudio necesario para su realización. Los déficits que presenta la reclamante,

son debidos a su patología y aunque se hubiese diagnosticado o intervenido más precozmente, el resultado final hubiese sido el mismo, pues el objetivo del tratamiento quirúrgico es evitar el empeoramiento.

En consecuencia, analizados los informes de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta que se trata de una patología cuyo tratamiento es controvertido y cuya evolución es incierta, no puede asegurarse, como hace el perito de la reclamante, que hubiera sido intervenida si la enfermedad hubiera estado menos evolucionada pues en ese caso, según la literatura científica, se habría adoptado un tratamiento conservador. Su evolución determinó la realización de una RMN cervical el 19 de octubre de 2013 cuyos resultados fueron sugestivos de mielopatía cervical con recomendación de control según la evolución clínica. El diagnóstico definitivo de mielopatía cervical provocado por la estenosis del canal debida a la patología degenerativa que sufría emitido el 16 de diciembre, determinó que se le derivara a Traumatología con carácter preferente, no urgente, por lo que según la literatura médica aportada y el informe del perito neurólogo, la intervención quirúrgica no consigue mejorar ni revertir las secuelas ya establecidas.

En este punto, la Inspección Sanitaria considera que desde el 6 de septiembre de 2013 hasta el 18 de febrero de 2014 (cinco meses y medio) se produjeron una serie de actuaciones sanitarias adecuadas y necesarias para realizar el diagnóstico y para elegir y aplicar el tratamiento por lo que, siguiendo sus consideraciones, dado el carácter que le atribuyen los tribunales de justicia y que señalamos en nuestros dictámenes, hemos de concluir que la asistencia sanitaria prestada fue adecuada a la *lex artis*.

Por último, se ha de analizar el reproche relativo al tiempo que medió entre la realización de la RMN cervical (19 de octubre de 2013) y el conocimiento del resultado (16 de diciembre de 2013).

En este aspecto, el informe de la Inspección Sanitaria, una vez revisados los periodos de tiempo transcurridos entre las distintas actuaciones, opina que el único que “*podría traspasar el límite de la demora razonable es el transcurrido desde que se realizó la RNM cervical hasta la consulta con el Servicio de Neurología donde se valoraron sus resultados (prácticamente dos meses), todo más, por una parte, por haberse solicitado adelantar la cita en la consulta de Neurología dado el aumento de la sintomatología clínica (tanto por el facultativo de Atención Primaria, a través de una nueva petición de interconsulta, como por la propia paciente acudiendo, según refiere, a Atención al Paciente) y por otra parte, por haberse obtenido un resultado patológico en la RNM cervical realizada...*”.

Este criterio, adoptado en la propuesta de resolución, es compartido por esta Comisión, pues frente a las manifestaciones de la reclamante y de la Inspección Sanitaria y por aplicación del principio de facilidad probatoria antes mencionado, el HUT debería haber justificado que el tiempo que medió entre la realización de la prueba y la consulta fue razonable y acreditar los motivos que imposibilitaron acceder a la solicitud que efectuó el MAP para el adelanto de la cita. No habiendo realizado el HUT alegación alguna sobre estas cuestiones, esta Comisión comparte el criterio adoptado en el sentido de reconocer a la reclamante una indemnización por las molestias y el daño moral sufrido por la demora entre la realización de la RMN y la consulta.

También se considera oportuna la cuantía propuesta, tres mil quinientos euros (3.500 €) ya actualizada.

En mérito a lo anteriormente expuesto esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

## CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada reconociendo a la reclamante una indemnización de tres mil quinientos euros (3.500€) ya actualizada.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 6 de octubre de 2016

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 445/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid