



Consejo Jurídico de la Región de Murcia

Dictamen nº **297/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de diciembre de 2020, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 22 de octubre de 2020 (COMINTER303236/2020) y CD recibido en la sede de este Consejo el día 30 de octubre de 2020, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **202/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 14 de marzo de 2018, D.ª X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que fue atendida en el Hospital Comarcal del Noroeste, de Caravaca de la Cruz, entre los años 2010 a 2013, sin que en todo ese tiempo llegara a diagnosticarse la Enfermedad de Parkinson que padecía, lo que no se detectó hasta que fue derivada al Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) de Murcia, que en noviembre de 2013 diagnostica una *"Enfermedad de Parkinson idiopática, de predominio derecho estadio 4 de H-Y"*.

Enumera la reclamante los episodios de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Comarcal, en el que fue tratada y estudiada por Traumatología y Neurología, servicios éstos que, a pesar de la batería de pruebas a las que fue sometida a lo largo de los meses, le diagnosticaron una *"hemiparesia no congruente"*.

Tras conocer que lo que realmente padecía era Parkinson en un estadio muy avanzado, la ahora reclamante interpuso el 23 de julio de 2014 una querella por negligencia médica contra los especialistas del Hospital Comarcal que la trataron y que dio lugar a las Diligencias Previas 1095/2014, seguidas ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Número Uno de Caravaca de la Cruz. Con apoyo en el informe forense evacuado en el seno de tales diligencias, que concluye que el tratamiento del Parkinson *"se debería haber comenzado antes, pues cuando se le diagnosticó en el HUVA la situación clínica que presentaba era muy incapacitante, con una severa afectación de la marcha"*, la actora entiende que ha existido mala praxis.

Considera a tal efecto que no sólo hubo un retraso diagnóstico injustificado, sino incluso un error de diagnóstico que la mantuvo durante más de dos años sin someterse al tratamiento adecuado, a pesar de que presentaba claros síntomas de la referida enfermedad neurodegenerativa: *"Rigidez en la parte derecha, no podía mover la pierna al intentar andar se caía debido a la rigidez de toda la parte derecha, presentaba también lentitud en los movimientos, desaceleración o pérdida de los movimientos espontáneos y voluntarios presentaba a todas luces todos los síntomas claros de la enfermedad de Parkinson (...)* Además, tenía otros síntomas físicos, como *dificultades en la marcha y una disminución de las expresiones faciales, debido a la misma perturbación de los movimientos que provocaban el temblor y la lentitud"*.

Alega, asimismo, que de haberse diagnosticado la enfermedad en 2011, podría haber tenido mejor calidad de vida y se habrían reducido las graves consecuencias asociadas al estadio tan avanzado en que ya se encontraba cuando finalmente fue diagnosticada. De ahí que considere que existe una pérdida de oportunidad, pues un

diagnóstico más temprano hubiera minimizado, detenido o retrasado el daño sufrido.

Entiende que el retraso en el diagnóstico le ha ocasionado un daño moral que, en aplicación del sistema de valoración del daño personal contenido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, cuantifica a tanto alzado y sin desglose de conceptos, en la cantidad de 230.838 euros.

Propone prueba testifical de la propia paciente y presenta junto a la reclamación copia de diversa documentación clínica y del informe forense, cuyas conclusiones son del siguiente tenor literal:

"Dña. X comenzó a presentar un cuadro clínico descrito como Hemiparesia derecha en junio de 2011 que es estudiado en el Servicio de Neurología del Hospital de Caravaca de la Cruz. Se le indicaron la realización de numerosas exploraciones complementarias sin llegar a establecer ningún diagnóstico, por lo que la remitieron a distintos especialistas de Traumatología, Reumatología, Psiquiatría y Rehabilitación.

Dada la progresión del cuadro neurodegenerativo sin haber sido diagnosticado, en septiembre de 2013, el traumatólogo la remitió al servicio de Neurología del HUVA y en octubre se le diagnostica la enfermedad de Parkinson idiopática que se encontraba en estado avanzado.

Durante todo el proceso la vieron numerosos especialistas y le realizaron multitud de exploraciones complementarias pero no se valoraron de forma adecuada los signos y síntomas que presentaba, por lo que no se pudo llegar al diagnóstico de su proceso hasta su ingreso en el HUVA, cuando la enfermedad se encontraba en estadio avanzado.

El diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson es clínico, en base a la existencia de síntomas motores y con la respuesta a la administración de L-Dopa. Las exploraciones complementarias se deben realizar para excluir otras causas de cuadro extrapiramidal.

El retraso en el diagnóstico de la EP no tiene consecuencias en cuanto a la progresión de la enfermedad, dado que no existe un tratamiento curativo sino que el tratamiento es únicamente sintomático.

Por otra parte, el inicio del tratamiento farmacológico se debe retrasar hasta que los síntomas sean incapacitantes, pues los fármacos utilizados, al cabo del tiempo, provocan complicaciones, además de la disminución de su efecto.

En este caso se considera que el tratamiento se debería haber comenzado antes, pues cuando se le diagnosticó en el HUVA la situación clínica que presentaba era muy incapacitante, con una severa afectación de la marcha".

Se acompaña la reclamación, asimismo, de una copia del Auto de sobreseimiento provisional de la causa penal seguida contras los facultativos actuantes, dictado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 1 de Caravaca de la Cruz el 25 de septiembre de 2017 y notificado a la procuradora de la hoy actora el 4 de octubre siguiente. El Auto contiene las siguientes consideraciones:

"En el presente caso no existe un error de diagnóstico, sino un retraso en la detección de la enfermedad de Parkinson. No se ha demostrado que se haya efectuado una dejación o falta de asistencia de la paciente, prueba de ello es que se han efectuado múltiples pruebas, derivando a la paciente a distintos especialistas y por último al Hospital Virgen de La Arrixaca de Murcia, basta remitirse al resumen de la historia clínica que se realiza en el informe médico forense de 26 de octubre de 2.015.

Ha existido un retraso en el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, pero este hecho no tiene consecuencias en cuanto a la progresión de la enfermedad, dado que no existe un tratamiento curativo, sino que el tratamiento es únicamente sintomático. Todo ello, dado que la Enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva y crónica, que se produce por la lenta degeneración de un tipo de neuronas cerebrales (neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra). Es preciso indicar que en el informe del médico forense se consigna que se trata de una enfermedad que raramente debuta antes de los 50 años. Hay que valorar que en el año 2010 la denunciante tenía 42 años. También se indica que se trata de una enfermedad que carece de tratamiento curativo, los objetivos del tratamiento son eminentemente sintomáticos, que se trata fundamentalmente con Levodopa. El tratamiento farmacológico debe retrasarse hasta que los síntomas del Parkinson sean incapacitantes, por las complicaciones que se derivan de su uso, efectos secundarios, así como la

disminución de sus efectos. La médico forense considera que debía de haberse comenzado antes la administración del tratamiento, puesto que la situación clínica cuando se diagnosticó en el Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca de Murcia era muy incapacitante, con severa afectación de la marcha. Ahora bien, el informe forense también indica que tras la aplicación del tratamiento existe una mejoría motora que se califica como espectacular, 30 de julio de 2.014, folio 9 del citado informe. Por último, en sede de conclusiones del referido informe se afirma que "el retraso en el diagnóstico no tiene consecuencias en cuanto a la progresión de la enfermedad, dado que no existe un tratamiento curativo sino que el tratamiento es únicamente sintomático".

SEGUNDO.- Por resolución de 27 de marzo de 2018, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud admite a trámite la reclamación y designa instructora, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al tiempo que recaba de la Gerencia de las Áreas de Salud en las que se prestó la asistencia sanitaria por la que se reclama el informe de los profesionales intervinientes así como copia de la historia clínica de la paciente.

Del mismo modo, se solicita al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 1 de Caravaca de la Cruz copia testimoniada de las diligencias penales, a lo que contesta el referido órgano judicial que aquéllas fueron remitidas a la Audiencia Provincial en fecha 17 de abril de 2018 para sustanciación del recurso de apelación interpuesto por la hoy actora contra el auto de Sobreseimiento Provisional dictado en dichas diligencias. Recabada copia de tales diligencias a la Dirección de los Servicios Jurídicos, consta que se remite una copia de las actuaciones a la instrucción.

TERCERO.- Enviada por las Gerencias de Área la documentación solicitada, constan los siguientes informes de los facultativos actuantes:

- El de una Neuróloga del Hospital Comarcal, que se expresa en los siguientes términos:

"La paciente Doña X es atendida por mí sólo en dos ocasiones.

Llega por primera vez a mi consulta el 21 de Junio de 2012 derivada desde la consulta de Medicina Interna (...) por un diagnóstico hecho de polineuropatía exclusivamente mediante un estudio neurofisiológico (ENGIEMG) solicitado por otros especialistas. Elaboro la historia clínica en base a la anamnesis. Recojo antecedentes personales (edad de 44 años entonces), antecedentes familiares, enfermedad actual referida, y el resultado de la prueba de ENGIEMG que tenía hecha en la Clínica Bernal informada como "polineuropatía sensitiva en MMII de grado severo y probable etiología mixta diabética".

Realizo la exploración neurológica sin observar signos parkinsonianos, solamente describo una torpeza motora en el brazo derecho (claudicación en la maniobra de Barré) y una disminución al tacto que me relata en la pierna derecha, con los reflejos osteotendinosos conservados, y por tanto ante la duda diagnóstica de que fuese una polineuropatía, decido solicitar un nuevo estudio electroneurográfico (ENGIEMG) pero en otro centro diferente.

La segunda vez que la valoro es a los 4 meses, con fecha del 24 de Octubre de 2012, para la recogida de resultados. El resultado del nuevo ENG pedido descarta la existencia de polineuropatía. Se informa como: "la exploración no revela signos que sugieran la existencia de cuadros polineuropáticos (en este sentido la valoración electromiográfica es total y absolutamente normal)". Vuelvo a reinterrogar a la paciente que me refiere no presentar nueva sintomatología y que se encuentra estable clínicamente sin cambios en la exploración. Por lo que descarto en ese momento el diagnóstico de polineuropatía. Le doy el alta previo aviso a la paciente de que si presentara alguna sintomatología nueva o diferente volviera a nuestra consulta, e indico en el informe que prosiga seguimiento y control bajo la supervisión de su médico de atención primaria.

Tampoco la envié al servicio de Psiquiatría tal y como se expone en la reclamación. No he tenido más entrevistas clínicas con dicha paciente hasta la fecha actual".

- Sendos informes del Servicio de Traumatología del Hospital Comarcal, se expresan en los siguientes términos:

A. "La paciente, que estaba siendo estudiada por el servicio de neurología, acudió a la consulta de traumatología presentando dificultad para la movilidad y dolor; a la exploración, presentaba un cuadro atípico no congruente con patología de origen degenerativo o traumático lumbar o de miembros inferiores. Para descartar una posible

patología que pudiese ser tratada en nuestro servicio, se realizaron estudios con RMN y Electromiografía; los resultados de los mismos, no explicaban el cuadro clínico de la paciente por lo que, descartando que el origen de los síntomas fuese una patología que pudiese ser diagnosticada y tratada por nuestro servicio, la paciente fue derivada para continuar con el estudio al servicio de Neurología, Medicina Interna e incluso a ser valorada por el especialista en rehabilitación".

B. "La paciente, que estaba siendo estudiada por el Servicio de Neurología, acudió a la consulta de Traumatología presentando dolor espontáneo en el dedo gordo de un pie, evolucionando de manera atípica no congruente con patología de origen degenerativo ni traumatológico a pesar de ser valorada y tratada por el especialista de Rehabilitación.

Se le indicaron y realizaron estudios (RMN y Electromiografía) y, dado que los resultados no explicaban el cuadro clínico que refería la paciente, descartando la presencia de una patología que pudiese ser tratada por nuestro servicio, fue derivada al Servicio de Neurología/Medicina Interna para continuar con el estudio".

Ambos informes del Servicio de Traumatología, finalizan con la siguiente manifestación común: "Es evidente, como ya se constató durante el procedimiento penal, que la enfermedad de Parkinson no podía ser diagnosticada por el servicio de traumatología y éste actuó de manera correcta derivando a otros especialistas para poder llegar al diagnóstico de la patología de la paciente".

- El de la Jefe de Servicio de Neurología del HUVA. Dada la extensión del informe, que no sólo detalla el proceso seguido hasta el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson sino que también explica cuál fue la evolución de la paciente posterior al diagnóstico y se detiene en efectuar diversas consideraciones sobre la enfermedad y sus posibles tratamientos, no se transcribe aquí en su totalidad:

"...La paciente relata desde el año 2011-2012, difícil precisar, sintomatología inespecífica referida a debilidad global de predominio derecho, torpeza motora, dificultad en deambulación, dolor en extremidades y síntomas sensitivos. Por este motivo fue valorado en neurología de su hospital de referencia realizando estudios de neuroimagen y neurofisiológicos que resultaron dentro de la normalidad. Además fue valorada por reumatología y traumatología de su área de salud interpretando la clínica descrita secundaria a patología degenerativa vertebral.

En noviembre de 2013 se solicita valoración por neurología de Hospital Virgen de Arrixaca y se decide ingreso para estudio neurológico. La anamnesis referida en esta ocasión era similar a la descrita previamente, con la excepción de que el cuadro era progresivo y con mayor afectación en movilidad de extremidades derechas. La exploración inicial por neurología mostró una reducción de los movimientos palpebrales, sin amimia, leve actitud distónica en extremidades derechas, bradicinesia e hipocinesia derecha, temblor fino de reposo en ambas extremidades de predominio derecho y rigidez en rueda dentada de predominio derecho (414) e izquierdo (214). No se evidenciaron déficits sensitivos ni cerebelosos. La marcha mostraba una eprexia de predominio derecho con dificultad para la zancada y ausencia de braceo derecho. El resto de exploración fue normal.

En resumen, síndrome rígido-acinético derecho en probable relación con Parkinsonismo. Se solicitó estudio de neuroimagen y neurofisiológico que no mostró alteraciones y estudio de SPECT cerebral con I123-IOFLUOPANO que muestra una denervación de la vía nigroestriatal bilateral compatible con Enfermedad de Parkinson Idiopática vs Parkinsonismo atípico.

Durante el ingreso se inicia tratamiento con levodopa para valorar respuesta y la paciente responde de manera favorable mejorando claramente el cuadro rígido-acinético descrito. Dada de alta con diagnóstico finalmente de Enfermedad de Parkinson idiopática de fenotipo rígido-acinético de predominio derecho y fue remitida a consultas externas de neurología para seguimiento clínico.

(...)

La EP es un proceso crónico, progresivo e incurable provocado no solo por la degeneración neuronal en la sustancia negra, lo que conlleva una disminución en los niveles de dopamina y la consiguiente aparición de síntomas motores. Ha sido puesto de relieve que la neurodegeneración comienza antes de que se manifiesten tales síntomas motores, adquiriendo especial relieve el conocimiento sobre las manifestaciones no motoras de la enfermedad debido a una afectación multisistema tanto a nivel cerebral como extracerebral. Así pues, se verán implicados diferentes neurotransmisores relacionados con la aparición de otros síntomas no motores, que suele

preceder a la fase motora, o acompañarla, desarrollándose diferentes fenotipos de enfermedad con variabilidad en respuestas terapéuticas y pronósticos diferenciados. De esta manera, cuando predominan los síntomas no motores el diagnóstico inicial es más difícil.

Según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología, el 52% de los pacientes con Enfermedad de Parkinson tardan entre 1 año y 5 años en ser diagnosticados. En los pacientes en los que predominan los síntomas no motores el diagnóstico suele demorarse más.

(...)

Una vez que se establece el diagnóstico de EP, se decide el abordaje terapéutico. No existe tratamiento neuroprotector o modificador de la EP, aún no se ha identificado ningún tratamiento que ralentice significativamente su evolución natural. Las terapias dopaminérgicas farmacológicas utilizadas se emplean únicamente cuando existe discapacidad (aunque sea mínima) y ocasionen síntomas motores. El inicio de un tratamiento u otro va a depender de la edad del paciente, de la discapacidad, de la comorbilidad, de los síntomas acompañantes y de la personalidad premórbida del paciente. Como regla general, en menores de 70 años se utilizan agonistas dopaminérgicos e IMAOs y en mayores de 70 años se justifica el inicio con levodopa (precursor directo de dopamina). No se justifica el retraso del inicio de levodopa.

El inicio de tratamiento precoz no va a modificar la discapacidad posterior ni la evolución de la enfermedad de Parkinson, pero sí mejorará los síntomas motores..."

CUARTO.- Recabado de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica, se evacua el 7 de mayo de 2020 con las siguientes conclusiones:

"Se reclama "el retraso de dos años y medio en diagnosticar la enfermedad Parkinson, como consecuencia de la negligente actuación del personal médico del Hospital Comarcal del Noroeste, puesto que de haberse diagnosticado la enfermedad en 2011, podría haber tenido mejor calidad de vida en la actualidad y no haberla encontrado en un estado tan incapacitante".

1.- Dña. X desde el año 2007 presenta una sintomatología osteomuscular lumbar y de extremidades inferiores.

El 28/10/2011 con 43 años y sin indicios de síndrome de parkinsonismo, se inicia el estudio de hemiparesia derecha de inicio reciente, por lo que correctamente permanece en estudio.

2.- En el H. Comarcal el 25/11/2011, la paciente sin trastornos motores extrapiramidales ni alteraciones cognitivas presenta una marcha hemiparética y una RNM craneal con resultados normales, que da lugar al diagnóstico de Hemiparesia derecha no congruente sin patología neurológica, por lo que el 12/03/2012 es derivada al servicio de traumatología para el estudio de la marcha.

3.- Durante los años 2011-2012 la paciente presentó una alternante y variada clínica piramidal, extrapiramidal y neuropática leve, que no hizo sospechar Enfermedad de Parkinson y en la que en todo caso, no estaría indicado iniciar medicación dopaminérgica que solo serviría para reducir la intensidad de síntomas incapacitantes, sin evitar la progresión de la enfermedad.

4.- No se aprecia actuación negligente de los médicos especialistas que se necesitaron para valorar a la paciente sin alteraciones cognitivas y pruebas de imagen normales, estudiada por presentar de forma alternante síntomas motores piramidales, extrapiramidales y neuropáticos de inicio temprano, que a partir de agosto de 2013 (45 años) evolucionaron de forma agresiva e incapacitante que no hizo posible un diagnóstico de certeza de Enfermedad de Parkinson, hasta que el 12/11/2013 aparece una clínica rígida acinética grave y pruebas de imagen alteradas, que permitieron confirmar una Enfermedad de Parkinson idiopática estadio 4 H-Y, que en este caso no presentó clínica progresiva por los diferentes estadios H-Y, cuyo avance neurodegenerativo es independiente de la terapia dopaminérgica empleada y de la precocidad del diagnóstico".

QUINTO.- Conferido, el 18 de junio de 2020, el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, no consta que haya hecho uso del mismo presentando alegaciones o justificaciones adicionales a las ya contenidas y adjuntas a su reclamación inicial.

SEXTO.- Con fecha 19 de octubre de 2020 la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no apreciar la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, al no apreciar la existencia de la alegada mala praxis ni un retraso diagnóstico que pueda resultar imputable a la actuación facultativa.

SÉPTIMO.- Consta en el expediente que por la reclamante se ha presentado recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación, que se sigue por los trámites del procedimiento ordinario (PO 199/2019) ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos índice de documentos y extracto de secretaría, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior de 22 de octubre de 2020.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico, y 81.2 LPACAP, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a las personas se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece 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 este sentido, se debe recordar que este Consejo Jurídico viene reconociendo la opinión jurisprudencial que consagra, con carácter general, el criterio de que la iniciación de un proceso penal por los mismos hechos o acontecimientos de los que derivó el daño o perjuicio y que puedan ser relevantes o trascendentes en orden a determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración interrumpe como regla el plazo anual de prescripción de la acción para exigirla, aceptado que se trata de un plazo de prescripción y no de caducidad. Así, la previa causa penal, por su carácter atrayente y prevalente, interrumpe el plazo de prescripción para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial. Pero, de igual forma, también reconoce que esa interrupción deja de operar, iniciándose de nuevo el plazo, una vez que la resolución que pone fin a dicho proceso penal se notifica a quienes, personados o no en él, tienen la condición de interesados por resultar afectados por ella (Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 7 de junio de 2011).

En el presente supuesto, el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson que sufría la reclamante se produjo el 12 de noviembre de 2013. De conformidad con la conocida doctrina jurisprudencial de la *actio nata*, ésta es la fecha a considerar como *dies a quo* del plazo de prescripción de su derecho a reclamar, toda vez que es el momento en que conoce que se ha producido un retraso en el diagnóstico de la enfermedad y que el tratamiento establecido y adecuado a la misma permite una sensible mejoría de los síntomas motores. Consta en el expediente que la querella presentada por la reclamante por los mismos hechos en los que ahora fundamenta su reclamación fue presentada el 23 de julio de 2014, antes por tanto del transcurso de un año desde el inicio del plazo de reclamación.

El efecto interruptivo que para la prescripción del derecho a reclamar tienen las actuaciones penales cesa una vez

firme la resolución judicial que les pone fin, esto es, el Auto de la Audiencia Provincial de Murcia núm. 608/2018, de 17 de mayo, que confirma el de sobreseimiento provisional de 25 de septiembre de 2017. De ahí que la reclamación presentada el 14 de marzo de 2018, antes incluso de la finalización del efecto interruptivo aludido, ha de considerarse temporánea.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPACAP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a la interesada.

Por otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por la reclamante el correspondiente recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 21.1 LPACAP) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues el interesado podría desistir o solicitar la ampliación del recurso a la resolución expresa. En todo caso, antes de adoptar la resolución que ponga fin al procedimiento habrá de comprobarse si ha recaído sentencia para abstenerse, en caso afirmativo, de dictar aquella.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la

salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada "lex artis ad hoc", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis ad hoc" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "lex artis", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *"en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes"*.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Para la reclamante, los facultativos del Hospital Comarcal del Noroeste que la atendieron entre los años 2020 y 2013 fueron incapaces de diagnosticar la enfermedad de Parkinson que padecía a pesar de que ya desde las primeras consultas presentaba signos y síntomas de dicha patología. Afirma, por otra parte, que no sólo existió un retraso diagnóstico de unos dos años y medio, sino que también se incurrió en error de diagnóstico cuando se le dijo que padecía una hemiparesia derecha no congruente.

Del mismo modo alega que el tratamiento farmacológico que estaba indicado para la enfermedad que padecía debió instaurarse antes del momento en que se hizo, lo que le habría ayudado a controlar los síntomas motores incapacitantes que sufría y a ganar en calidad de vida.

A la luz de dichas alegaciones, la acción de responsabilidad efectúa una imputación por omisión de medios, por ser los facultativos que atendieron a la paciente en las numerosas ocasiones en que demandó asistencia incapaces de alcanzar un juicio clínico adecuado acerca de la verdadera etiología de los síntomas y signos de enfermedad que presentaba.

Es evidente que la determinación de si atendido el cuadro clínico que presentaba la paciente en cada momento en que demandó asistencia sanitaria habrían debido sospechar los facultativos de la existencia de una Enfermedad de Parkinson, son cuestiones que han de ser analizadas necesariamente desde la óptica de la ciencia galénica, por lo que habremos de acudir a los informes médicos y periciales que obran en el expediente.

Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

La interesada, a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo "*necessitas probandi incumbit ei qui agit*", no ha traído al procedimiento un informe pericial *ad hoc* que sostenga sus alegaciones de mala praxis. No obstante, las fundamenta en el informe forense evacuado en el seno de las diligencias penales seguidas por los mismos hechos en los que basa su reclamación.

Este informe contiene en su juicio crítico dos afirmaciones que, al menos a priori, parecen apreciar la alegada existencia de un indebido retraso diagnóstico de la enfermedad y la consecuente demora en la instauración del tratamiento adecuado.

En efecto, tras repasar todo el proceso asistencial de varios años desde que la paciente presenta los primeros síntomas neurológicos, señala la Médico Forense en sus conclusiones que "*Durante todo el proceso la vieron numerosos especialistas y le realizaron multitud de exploraciones complementarias pero no se valoraron de forma adecuada los signos y síntomas que presentaba, por lo que no se pudo llegar al diagnóstico de su proceso hasta su ingreso en el HUVA, cuando la enfermedad se encontraba en estadio avanzado.*

(...) se considera que el tratamiento se debería haber comenzado antes, pues cuando se le diagnosticó en el HUVA la situación clínica que presentaba era muy incapacitante, con una severa afectación de la marcha".

No obstante, otros informes técnicos obrantes en el expediente apuntan a que la atención dispensada a la paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúan tanto la Jefe de Servicio de Neurología del HUVA (cuya actuación facultativa no se pone en tela de juicio por la reclamante, pues fue la que alcanzó el diagnóstico acertado y definitivo de la enfermedad) y la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones y consideraciones, íntegramente reproducidas en la propuesta de resolución y extractadas en los Antecedentes Tercero y Cuarto de este Dictamen, cabe remitirse.

Ante la aparente contradicción de las conclusiones a que llegan los referidos informes, no cabe, como realiza la propuesta de resolución sometida a Dictamen, limitarse a transcribir las consideraciones médicas contenidas en aquéllos y decantarse por el de la Inspección Médica para fundamentar el sentido de la decisión del procedimiento de responsabilidad patrimonial, sin justificar porqué se otorga mayor valor de convicción a este documento que al de la Médico Forense, cuando ambos comparten las notas de especial imparcialidad, objetividad y preparación y competencia técnica de sus autores y, sin embargo, parecen llegar a conclusiones valorativas distintas acerca del ajuste de la actuación facultativa a normopraxis, en aspectos nucleares para el debate jurídico de la cuestión litigiosa, cual es si pudo y debió detectarse con anticipación la enfermedad de Parkinson y si, en consecuencia, hubo de instaurarse de forma precoz el tratamiento farmacológico.

En cualquier caso, y una vez hecha esta advertencia acerca de la omisión de la propuesta de resolución sobre la motivación que le lleva a decantarse por el informe inspector, el Consejo Jurídico también entiende que procede acoger las conclusiones de la Inspección Médica acerca de la inexistencia de indebido retraso diagnóstico. Estima este Órgano Consultivo que el mayor detalle y justificación de sus consideraciones permite otorgarle un valor reforzado de convicción. Y es que, a diferencia del informe forense, que aunque repasa las diversas consultas y atenciones asistenciales a la paciente, efectúa una valoración general o global de la actuación facultativa, sin llegar a precisar el momento exacto en el que debió diagnosticarse la enfermedad, la Inspección sí se detiene en analizar una a una todas las asistencias prestadas a la interesada, exponiendo los signos y síntomas que en cada momento presenta la enferma, para descartar que a la luz de la situación clínica existente en cada una de ellas concurrieran los criterios clínicos de consenso que están establecidos para el diagnóstico de la terrible enfermedad que padece la reclamante.

En efecto, de conformidad con el informe forense el diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en la combinación de signos motores "cardinales" (temblor en reposo distal; rigidez, bradicinesia o lentitud de movimientos, e inicio asimétrico), más respuesta al tratamiento con levodopa, asociado a la ausencia de síntomas "atípicos" (inestabilidad postural precoz, fenómeno de congelación precoz, alucinaciones, demencia precoz, parálisis de la mirada vertical, disautonomía grave, lesiones focales o uso de neurolépticos). Así, los criterios convencionales de diagnóstico de la EP exigen: presencia de al menos dos de los elementos del síndrome

parkinsoniano (temblor, bradicinesia, rigidez y alteración de los reflejos posturales), combinados con la ausencia de datos incompatibles con el diagnóstico, entre los cuales el informe forense cita el comienzo agudo o curso en escalones, aparición de síntomas piramidales, distonía de comienzo por los brazos y evolución estacionaria.

En la aplicación de estos criterios para el diagnóstico, el informe forense cita el sistema empleado por el Banco de Cerebros de la EP de Inglaterra, que distingue tres Escalones de diagnóstico: En el I se precisa que exista bradicinesia y, al menos, otro de los síntomas cardinales; en el II, exclusión de síntomas atípicos; y en el III, para conseguir el diagnóstico de seguridad o certeza, debe haber tres o más de los siguientes signos o síntomas: comienzo unilateral, temblor de reposo, curso progresivo, asimetría persistente, respuesta excelente a la Dopa, respuesta a la Levodopa persistente durante al menos 5 años y curso prolongado por 10 años o más.

Aplicando este proceso de diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, la Inspección Médica afirma que no se cumplían los criterios necesarios para alcanzar el juicio clínico de que esta era la enfermedad de la paciente en ninguna de las consultas o asistencias que se le dispensaron antes de octubre-noviembre de 2013, que es cuando se alcanza el diagnóstico definitivo.

Así, afirma la Inspección que tras presentar la paciente el primer síntoma de afectación neurológica el 23 de junio de 2011, con parestesia y contractura del hemicuerpo derecho, acude a consulta el 28 de octubre de 2011, donde presenta a la exploración signos variados de paresia (signo piramidal y en consecuencia excluyente de síndrome parkinsoniano), temblor (signo extrapiramidal propio de EP) y parestesias (signo de neuropatías o lesiones nerviosas ajenas a la EP). Dada la variedad de los signos, la paciente queda en estudio para descartar la existencia, entre otras patologías, de un posible parkinsonismo, ante la existencia de temblor sin braceo en la marcha, y se le prescribe inicialmente un medicamento para controlar o suprimir dicho temblor. Sin embargo, la paciente no vuelve a consulta.

Un mes más tarde, el 24 de noviembre, acude a urgencias del HUVA con debilidad en extremidades derechas, temblor y rigidez (signo éste que no había presentado hasta el momento). No presenta bradicinesia ni alteraciones cognitivas ni del lenguaje. Se diagnostica como síndrome extrapiramidal subagudo y se remite al Hospital Comarcal del Noroeste para estudio.

Acude al día siguiente al referido centro hospitalario, en el que se hace constar que la hemiparesia que el día anterior la llevó a urgencias ha mejorado notablemente y que fluctúa. Si bien el informe forense afirma que la exploración en esta ocasión es "normal", lo cierto es que la historia clínica muestra que la paciente presenta "marcha hemiparética", también llamada "patrón de segador" y que es un signo piramidal y, en consecuencia, excluyente de EP. En esta ocasión no presenta el temblor que sufría el día anterior cuando acudió al HUVA. De ahí que la Inspección afirme que en esta fecha *"no se exploran signos motores extrapiramidales ni alteraciones no motoras sugestivas de Enfermedad Parkinson"*.

Resume la Inspección Médica que *"los signos extrapiramidales presentes el 24/11/11 no se demuestran en la exploración del 25/11/2011, en una paciente joven de 43 años sin alteraciones cognitivas, con una marcha hemiparética que con ausencia de otras alteraciones motoras extrapiramidales y no motoras durante su ingreso y la realización de nuevas pruebas de imagen craneal sin alteraciones, da lugar al diagnóstico de hemiparesia derecha no congruente sin patología neurológica, por lo que el 12 de marzo de 2012 pasa el seguimiento al Servicio de Traumatología para proseguir el estudio de un diagnóstico diferencial de la causa de la marcha hemiparética no congruente, sin patología neurológica en ese momento. Desde traumatología se exploran parestesias en ambas extremidades inferiores, que se confirma mediante EMG como una polineuropatía sensitiva de posible etiología mixta, por lo que se remite a la paciente a Medicina Interna por si la causa es diabética"*.

El 21 de junio de 2012, de nuevo en Neurología, presenta hipoestesia del miembro inferior derecho (sugestiva de neuropatía, no de EP, y que se descarta con EMG) y torpeza motora en miembro superior derecho (bradicinesia), pero no aparecen rigidez ni temblor. Aunque la marcha presenta arrastre del pie derecho y en ocasiones del izquierdo, se niega que pueda calificarse de marcha parkinsoniana (lenta arrastrando los pies y pasos cortos). Tampoco hay alteraciones del equilibrio o de reflejos posturales. De hecho se le realiza maniobra de Barre con claudicación del miembro superior derecho, lo que es un signo piramidal. De ahí que la Inspección estime que *"presenta una debilidad en hemicuerpo derecho que no orienta a EP y en la que, en todo caso, no estaría indicado iniciar la medicación de EP, puesto que el tratamiento médico dopaminérgico está indicado cuando los síntomas motores sean incapacitantes"*.

El 24 de octubre presenta la misma situación clínica, sin nueva sintomatología. El 17 de diciembre es explorada por el Servicio de Rehabilitación y advierte marcha de patrón de segador (es decir, no parkinsoniana), no hay braceo ni arrastre del pie derecho. Se valora por la Inspección como *"marcha hemiparética sin arrastre de pie (signo piramidal)"*. Sí presenta bradicinesia, que es un signo extrapiramidal, como también lo es la rigidez que vuelve a estar presente en esta ocasión. Sigue sufriendo hipoestesia, que es sugestiva de neuropatía.

Por ello la Inspección considera que en esta ocasión la *"clínica variada piramidal, extrapiramidal y neuropatía no hace sospechar enfermedad de parkinsonismo"*.

En 2013, señala la Inspección Médica que *"el cuadro de la paciente evolucionó de forma agresiva continuando con la clínica variada degenerativa de hemiparesia derecha en unos pies y tobillos que ya presentaba deformados, persistencia de dolor neuropático en ambas extremidades inferiores, rigidez en rueda dentada en ambos miembros superiores, que fueron valorados como posible enfermedad neuropática, distrofia muscular o incluso trastorno conversivo (afección mental en la cual una persona presenta parálisis o síntomas neurológicos que no se pueden explicar por una causa orgánica), que hace que dificulte un diagnóstico de certeza de una enfermedad de Parkinson que además tiene un origen desconocido, en el que influyen factores medioambientales y de envejecimiento que no están presentes en la paciente"*.

Cuando ingresa el 29 de octubre de 2013 en el Servicio de Neurología del HUVA por remisión del Hospital Comarcal, presenta un cuadro rápidamente progresivo distónico-rígido-acinético. Tras ser valorada por diversos especialistas y mediante pruebas de imagen alteradas y atendida su respuesta de mejoría motora tras administrarle L-Dopa, se confirma el diagnóstico de EP idiopática muy avanzada en hemicuerpo derecho, estadio 4 H-Y, en una paciente que desde su inicio no tuvo una evolución clínica progresiva de EP, sin haber pasado claramente por los diferentes estadios H-Y. Ello lleva a la Inspección Médica a concluir que *"no se aprecia actuación negligente de los médicos especialistas que se necesitaron para valorar a la paciente sin alteraciones cognitivas y pruebas de imagen normales, estudiada por presentar de forma alternante síntomas motores piramidales, extrapiramidales y neuropáticos de inicio temprano, que a partir de 2013 (45 años) evolucionaron de forma agresiva e incapacitante que no hizo posible un diagnóstico de certeza de EP, hasta que el 12/11/2013 aparece una clínica rígida-acinética grave y pruebas de imagen alteradas, que permitieron confirmar una EP idiopática estadio 4 H-Y, que en este caso no presentó clínica progresiva por los diferentes estadios H-Y, cuyo avance neurodegenerativo es independiente de la terapia dopaminérgica empleada y de la precocidad del diagnóstico"*.

En consecuencia, no se ha acreditado que los facultativos que prestaron asistencia sanitaria a la interesada incurrieran en mala praxis alguna en relación al diagnóstico de la enfermedad que padecía, pues dada su forma atípica de presentación (paciente joven, enfermedad no claramente progresiva y con una sintomatología muy variada, con signos y síntomas extrapiramidales propios del Parkinson, pero que siempre se presentaron en combinación tanto de signos propios de neuropatías como piramidales, que son atípicos y excluyentes de la enfermedad parkinsoniana), no resultaba exigible una anticipación del diagnóstico respecto del momento en que fue desvelada la verdadera naturaleza de los males que aquejaban a la paciente. Esta conclusión, en definitiva, impide vincular los daños por los que se reclama a la actuación de los facultativos, careciendo aquéllos, además, de la antijuridicidad que es necesaria para poder declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Sin perjuicio de la observación efectuada en la Consideración Cuarta de este dictamen en relación a la motivación de la propuesta de resolución, se dictamina ésta favorablemente en tanto que desestimatoria de la reclamación, al no apreciarse la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, así como la antijuridicidad de este último.

No obstante, V.E. resolverá.