

**Expediente:** 28/2007

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria

**Dictamen:** 33/2007, de 3 de septiembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 3 de septiembre de 2007

El Consejo de Navarra, compuesto por don Enrique Rubio Torrano, Presidente, don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario, y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza, don José María San Martín Sánchez, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 18 de julio de 2007 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa del artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños y perjuicios derivados de asistencia sanitaria.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 88/2007, de 5 de julio, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este

Consejo, así como escrito de la misma al Presidente del Gobierno para que, por su conducto, se formule la consulta.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito presentado el día 29 de diciembre de 2006 en el Registro General del Gobierno de Navarra y recibido en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con fecha de 3 de enero de 2007, doña ..., en nombre y representación de don ..., formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, con la petición indemnizatoria de 220.035,41 euros, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

Entiende la reclamante, con fundamento en un informe pericial emitido por la doctora en medicina y cirugía, especialista en medicina legal y forense doña ..., que existió un error en la orientación diagnóstica realizada al señor ..., al comunicarse al paciente un diagnóstico de mal pronóstico (“enfermedad de motoneurona o probable esclerosis lateral amiotrófica”) sin completar el estudio de diagnóstico diferencial con la consiguiente y específica analítica de hormonas tiroideas. Ello supuso un retraso en el diagnóstico que finalmente y de manera correcta se emitió (hipertiroidismo), con repercusión negativa en la evolución de la patología que ha condicionado el establecimiento de una secuela de atrofia muscular y dolor no susceptible de tratamiento médico-quirúrgico curativo, que ocasiona una limitación funcional importante.

La reclamante invoca los artículos 43 de la Constitución que reconoce el derecho a la protección de la salud; 139 y 145 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC); 34.2 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios; 1.104, 1.902 y 1.903 del Código Civil; y la ley 488 del Fuero Nuevo de Navarra. Los daños y perjuicios causados al representado de la reclamante deben valorarse -a juicio de ésta- en las siguientes cantidades:

43.791,25 euros, por las lesiones; 35.732,40 euros, por las secuelas; 80.511,76 euros, por la incapacidad permanente total; y, 60.000 euros, por el daño moral.

### ***Instrucción del procedimiento e informes***

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación fechada el 15 de enero de 2007 (con fecha de salida el 17 del mismo mes) admitiendo a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, con número de expediente 7120/2007, nombrando instructora del procedimiento e informando a la interesada que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución era de seis meses a contar desde el día 15 de enero de 2007.

Iniciada la instrucción, por parte de la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria se remitió a la instructora del procedimiento copia de la documentación clínica de don .... De ella cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Con fecha de 18 de julio de 2002, don ... acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de ... para ser atendido tras haber sufrido una caída hacia atrás desde una escalera de dos metros. Presentó policontusiones y un aplastamiento en cuña de la vértebra D12. En la resonancia magnética practicada se encontró una estenosis de canal cervical con signos mielopáticos. Practicadas la exploraciones y análisis correspondientes, el Servicio de Neurología emitió informe, con fecha de 12 de diciembre de 2002, en el que recogía la circunstancia de la caída referida, así como que hacía alrededor de año y medio que había comenzado a notar debilidad en el miembro superior derecho, sobre todo al levantar el brazo, continuando en esos momentos con la debilidad de dicho miembro, sin dolor ni déficit sensitivo, ni síntomas a nivel de otras extremidades. El juicio clínico fue “mielorradiculopatía cervical secundaria a cervicoartrosis”, aconsejando valoración en consultas de Neurocirugía.

- Tras nueva resonancia magnética y otros exámenes complementarios, el Servicio de Neurología, con fecha de 14 de agosto de 2003, planteó el diagnóstico diferencial entre “enfermedad de motoneurona con afectación monomiélica versus mielo-radiculopatía cervical por cérvico-artrosis”. Ese mismo diagnóstico se mantuvo, después del estudio de síndrome mielo-radicular cervical realizado, en informe del mismo Servicio de 5 de septiembre de 2003.
- Según se lee en el informe del mismo Servicio de Neurología de 5 de mayo de 2004, el paciente acude a revisión en marzo refiriendo que “en los últimos 2 meses ha aparecido pérdida de fuerza también proximal en miembro superior izquierdo con dolor en el hombro”. Se le ingresa para realizar determinados “estudios de control”, entre los que se incluye resonancia magnética de columna cervical y, se concluye con la siguiente “impresión diagnóstica”: “La discordancia entre la evolución clínica y la radiológica nos inclina a pronunciarnos sobre el diagnóstico de enfermedad de motoneurona o probable esclerosis lateral amiotrófica”. “Aconsejamos realizar tratamiento con Rilutek”.
- En junio de 2004, el paciente refiere al Servicio de Neurología que “nota dificultad para subir escaleras y continúa con dolor en el hombro izquierdo”. Se aprecia “una elevación de la GGT que no duplica el máximo de su valor normas por lo que aconsejamos continuar con la misma dosis de RILUTEK”.
- En octubre de 2004, el paciente es remitido al Servicio de Neumología, desde el que se le envía al de Cardiología, y de éste al de Endocrinología.
- En informe del Servicio de Endocrinología del Centro de Consultas “...”, de fecha 28 de octubre de 2004, consta que el paciente “ha sido visto en Neurología que ha planteado el diagnóstico diferencial entre ELA y una mielopatía postraumática. La miopatía del paciente ha ido empeorando durante este tiempo. En febrero notaron

también que tenía una arritmia completa por fibrilación auricular. Hace unos días consultó con el Dr. ... quien solicitó H. tiroideas diagnosticándole de hipertiroidismo por lo que nos lo remiten”. El juicio clínico que se emite es el siguiente: “Hipertiroidismo primario por enfermedad de Graves Basedow”.

- En informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital de ..., de 13 de junio de 2005, consta que el paciente es remitido por “Neurología para valoración por pérdida de fuerza de tres años de evolución en MSD en relación a E.L.A. y Estenosis de canal cervical que provoca S. mieloradicular. También le diagnosticaron de Hipertiroidismo mejorando con el tratamiento tiroideo... Últimamente él se nota estabilizado y no nota nueva pérdida de fuerza”. Concluye el informe precisando que “se observan signos de denervación activa en tres territorios (bulvar, cervical y hombros), lo cual es compatible con una afectación de segunda motoneurona”. Como “juicio clínico” se indica: “Probable E.L.A. S. mieloradicular asociado por Estenosis de canal”.
- Por parte del Servicio de Neurología se solicita nueva resonancia magnética y el Servicio de Radiología informa, con fecha de 20 de junio de 2005, diagnosticando “cervicoartrosis, con estenosis del canal raquídeo”.
- El mismo Servicio de Neurología emitió el 30 de junio de 2005 un nuevo informe en el que se relataba que el paciente en el año 2003 había sufrido un “empeoramiento generalizado con déficit motor y amiotrofias con fasciculaciones que se interpretaron como secundarias a enfermedad de motoneurona y que tras diagnosticársele de hipertiroidismo y tratarse con neotomizol han revertido persistiendo los síntomas de debilidad y atrofia proximal iniciales de MSD”. Se terminaba recomendando “suspender tratamiento con Rilutek”.
- Con fecha 2 de agosto de 2005 el Servicio de Endocrinología del Centro de Consultas “ ...” emite un informe referido a la situación en

la que se encontraba el paciente, manteniéndose el juicio clínico de “enfermedad de Graves Basedow”, el tratamiento con neotomizol y considerándose que “el tratamiento más oportuno debe ser quirúrgico”.

- Con fecha 12 de agosto de 2005 el Servicio de Neurología emite un informe en el que solicita una valoración en consultas de Neurocirugía para considerar la posibilidad de tratamiento quirúrgico una vez haya sido intervenido de tiroidectomía y se haya estabilizado su hipertiroidismo.
- Con fecha 18 de noviembre de 2005, el paciente fue operado, practicándosele tiroidectomía total bilateral, tal y como consta en el informe del Servicio de Cirugía General de 5 de diciembre de 2005, precisándose en el posterior informe del Servicio de Endocrinología de 13 de febrero de 2006 que el paciente había recuperado fuerza y masa muscular en todo el cuerpo excepto en el brazo derecho.
- Enviado por el Servicio de Neurología al de Rehabilitación, consta en informe de este último de 5 de abril de 2006, el alta de gimnasio y el tratamiento de continuación con ejercicios domiciliarios.

El 1 de febrero de 2007 se emite por el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de ... dictamen sobre la reclamación formulada. En el mismo se manifiesta el total desacuerdo “con la afirmación de que la omisión de la realización de analítica de hormonas tiroideas condicionara un error en la orientación diagnóstica en diciembre de 2002. Entonces el paciente tenía una mielopatía cervical secundaria a cérvico-artrosis y estenosis de canal secundaria y así continúa hasta la consulta de 18 de marzo de 2004 en que refiere que ha comenzado a notar pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo. Por dicho motivo se le ingresa, se le hacen otras exploraciones y se le aconseja que pida una segunda opinión quedando entonces el diagnóstico de Probable Esclerosis Lateral Amiotrófica”.

Hasta ese momento, sigue el dictamen, “no hay datos que hagan sospechar la presencia de una miopatía tiroidea y sí en cambio de una

neuropatía por afectación de neurona motora como queda confirmado en las pruebas realizadas en este Hospital y en San Sebastián.

Es posteriormente y cuando aparecen datos de hipertiroidismo cuando se llega al diagnóstico del mismo y cuando se sospecha que la pérdida de fuerza referida por el paciente en la consulta de 18 de marzo de 2004 aparecida en la extremidad superior izquierda desde unos 2 meses antes y la debilidad para subir escaleras referida en junio de 2004, tienen posiblemente relación con el hipertiroidismo y así se le manifiesta al paciente que comienza el tratamiento y mejora”.

Por lo que respecta a los daños invocados por el reclamante, como consecuencia del “error diagnóstico”, precisa este mismo dictamen:

“1º) El diagnóstico que se hace es de una probable Esclerosis Lateral Amiotrófica que sólo la evolución clínica permite confirmarla o descartarla.

2º) El retraso en el diagnóstico de Hipertiroidismo no sitúa la paciente en un estado de gravedad clínica importante, en todo caso, será la gravedad del hipertiroidismo que presenta la que condicionará la respuesta al tratamiento farmacológico.

3º) No ha habido retraso en la valoración terapéutica de la patología que el paciente presenta a nivel braquial derecho ya que el paciente ha sido seguido en Neurocirugía desde el primer momento por dicho motivo y únicamente se ha indicado rehabilitación para el mismo cuando el diagnóstico era Mielorradiculopatía cervical secundaria a cérvico-artrosis y que persiste en la actualidad.

4º) La limitación funcional que el paciente presenta nada tiene que ver con el error en la orientación diagnóstica ya que era secundario a la mielorradiculopatía cervical que el paciente presentaba ya en el año 2002.”

Asimismo, precisa el dictamen que las lesiones y secuelas que se valoran por el reclamante son en su mayoría “dependientes de las enfermedades del paciente”.

Por lo que respecta a los daños morales derivados de la comunicación de una enfermedad de pronóstico fatal sin haber confirmado su certeza, se señala en el dictamen que “la única manera de confirmar este diagnóstico es la evolución de la misma”.

Finalmente, y en cuanto a los períodos de baja del paciente, se indica en el dictamen que no son achacables a una mala actuación médica, sino a la propia enfermedad padecida.

Con fecha de 15 de febrero de 2007, la instructora del expediente solicitó de la reclamante la documentación clínica correspondiente a la segunda opinión médica recabada por el paciente en una clínica de San Sebastián, y con fecha de 20 de febrero de 2007, se remitió por la representante del señor ... copia del informe emitido el 27 de mayo de 2004 por el doctor ... en la Clínica ... de San Sebastián, en el que se concluía: “ELA definida, con afectación de territorio bulbar, cervical y lumbar”.

Se ha incorporado también al expediente, el dictamen médico emitido por los especialistas en Neurología, doctores don ... y don .... Conforme al mismo:

“En el caso que nos ocupa, se trata de un varón con un cuadro insidioso de pérdida de fuerza, inicialmente en miembro superior derecho, en el que en la primera valoración en Neurología se objetivan signos de afectación de segunda motoneurona (fasciculaciones, atrofia muscular) y de primera motoneurona (hiperreflexia). Con la sospecha clínica inicial se solicita un primer estudio neurofisiológico, que es negativo, por lo que se remite de nuevo a valoración por Neurocirugía.

Ante la discordancia entre los hallazgos radiológicos y la clínica, se llega a ingresar al paciente para completar el estudio diagnóstico.



Sólo cuando en siguientes revisiones la sintomatología se ha intensificado y aparecido en el otro brazo, se plantea de nuevo la sospecha de enfermedad de motoneurona, confirmándose la afectación de las mismas con un nuevo estudio electromiográfico. La esclerosis lateral amiotrófica se emite como diagnóstico de exclusión y ante su mal pronóstico se inicia inmediatamente tratamiento con riluzole.

La Fibrilación Auricular es una arritmia cardiaca frecuente, cuya incidencia aumenta con la edad; no obstante, se relaciona con la existencia de hipertiroidismo. Cuando de forma casual en la consulta de Neumología se detecta la existencia de una fibrilación auricular y se remite a Cardiología, el paciente ya presenta asimismo otros síntomas de hipertiroidismo, que no se han referido hasta ese momento (pérdida de peso, exoftalmos). No es de extrañar, como se afirma en la reclamación, que el cardiólogo sospechara en primera instancia un hipertiroidismo y lo primero que solicitara fuera una analítica de hormonas tiroideas.

La enfermedad de Graves-Basedow es una afectación autoinmune del tiroides en la que se generan unos anticuerpos que estimulan la glándula y la producción de hormona tiroidea por parte de la misma. En su tratamiento generalmente se intenta bloquear la producción hormonal mediante fármacos, pero en la mayor parte de los casos se precisa una extirpación quirúrgica de la glándula o la administración de yodo radiactivo para destruir la misma. No parece que el retraso en la administración de la medicación antitiroidea influya en la evolución de la enfermedad a medio plazo.

En el caso que nos ocupa, tras la primera valoración por Endocrinología cuando se decide la administración de medicación antitiroidea hasta que se considera que hay mala evolución y finalmente se acaba interviniendo, transcurre algo más de un año, lo que indica que el retraso diagnóstico del hipertiroidismo no influyó en la decisión terapéutica final sobre la patología tiroidea.

En lo que respecta a las secuelas del brazo derecho, en ningún documento figura que el planteamiento por parte de Neurocirugía de no intervenir la columna cervical viniera condicionado por otra cosa que no fuera por la falta de una mielorradiculopatía de suficiente envergadura como para establecer la indicación quirúrgica. De hecho, la falta de tal afectación condicionó que quedara como primera sospecha diagnóstica la existencia de una enfermedad de la motoneurona.

No puede afirmarse que el retraso en el diagnóstico del hipertiroidismo haya condicionado la afectación residual del brazo derecho”.

Termina concluyendo el dictamen médico lo siguiente:

“1. El paciente presentaba pérdida de fuerza en el brazo derecho con signos de afectación de segundo motoneurona (fasciculaciones y atrofia) de larga evolución. Valorado por Neurocirugía no lo consideró tributario de tratamiento quirúrgico.

2. Cuando el paciente presentó también sintomatología de afectación de la primera motoneurona, dado que la mielopatía no justificaba de forma satisfactoria el cuadro, se plantea la posibilidad diagnóstica de ELA. Entre las pruebas solicitadas para descartar otras causas no se encuentran niveles de hormonas tiroideas.

3. Tras el diagnóstico de hipertiroidismo, la evolución de la enfermedad tiroidea y por lo tanto la situación residual de hipotiroidismo postquirúrgico no dependen del retraso diagnóstico sino de la patología de base (enfermedad Graves-Basedow).

4. Las secuelas del brazo derecho no dependen de la mala orientación diagnóstica, dado que en ningún momento se planteó por parte de Neurocirugía una posible intervención quirúrgica”.

#### ***Trámite de audiencia***

Conferido trámite de audiencia a la reclamante, el 22 de mayo de 2007, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de

diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, por parte de la instructora se hizo expresa referencia a la historia clínica e informes incorporados al expediente, que quedaba puesto de manifiesto, y se concedió un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes.

La reclamante, por medio de fax de 29 de mayo de 2007, solicitó de la instructora “una copia de los tres documentos a que haces referencia en tu escrito”. Posteriormente, mediante nuevo escrito de 6 de junio de 2007, y quejándose de que no se le hubieran facilitado los documentos solicitados, a la espera de la correspondiente fase judicial, se ratificó en su escrito de reclamación y solicitó que se tuviera por cumplimentado el trámite conferido.

Por parte de la instructora, con fecha de 7 de junio de 2007, se comunicó a la reclamante que “tal y como se le informó en conversación telefónica, los documentos mencionados en el Acuerdo de 22 de mayo de 2007 se encuentran a su disposición en el Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud, sito en la calle Irunlarrea nº 39”. Asimismo, se indicaba que “el acceso a dicha documentación se realizará previo pago de la tasa correspondiente, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 de la Ley Foral 15/04, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y el artículo 25.6 de la Ley Foral 7/2001, de 27 de marzo de Tasas y Precios Públicos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus Organismos Autónomos”.

### ***Propuesta de resolución y acuerdo de suspensión del plazo de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Por último, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acordó el 11 de junio de 2007 suspender el plazo para resolver “hasta que se reciba el informe del Consejo de Navarra respecto de la citada reclamación”.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente**

La presente consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios presentada por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios. Nos encontramos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al

Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiéndose incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al recurrente, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde al reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

Si bien ha sido la propia parte reclamante la que en su escrito de 6 de junio de 2007, en trámite de audiencia y tras ratificarse en reclamación, ha solicitado expresamente que se tuviera por cumplimentado el trámite conferido, no estará de más significar que, efectivamente, tal trámite ha resultado debidamente cumplimentado por la Administración, toda vez que con fecha de 22 de mayo de 2007, se puso de manifiesto el expediente, con expresa indicación de los documentos e informes incorporados al mismo y concesión de un plazo de diez días para la formulación de alegaciones y presentación, en su caso, de documentos u otras justificaciones.

No cabe confundir el trámite de audiencia o vista del expediente, que es la puesta de manifiesto de éste antes de la redacción de la propuesta de resolución y que no exige otra cosa que la de facilitar el que los interesados puedan examinar el expediente, tomando cuantas notas juzguen oportunas a fin de preparar el escrito de alegaciones, con la posibilidad reconocida en el artículo 35.a) de la LRJ-PAC de obtener copias de los documentos contenidos en los expedientes en los que se tiene la condición de interesado, derecho de acceso que conforme a lo establecido por el artículo 11.2 de la LFACFN, “conlleva el de obtener copias o certificados de los documentos, previo pago, en su caso, de las tasas o precios establecidos legalmente”. Tal trámite de audiencia, insistimos, se ha producido, sin perjuicio de que pueda obtener la reclamante, en virtud de lo dispuesto por el artículo 35.a) de la LRJ-PAC, copia o certificación de los documentos

obrantes en el mismo, previo pago de las tasas o precios establecidos legalmente.

## **II.2<sup>a</sup>. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, según cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

### **II.3<sup>a</sup>. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño**

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (por todos, dictamen 26/2006, de 9 de septiembre), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (sentencias del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002). Así mismo, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será 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.

Por otro lado, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo (sentencias de 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el presente caso, se produjo a juicio de la reclamante un error de diagnóstico, al no haberse solicitado inicialmente la analítica de hormonas tiroideas. Ello conllevó un diagnóstico tardío de la patología verdaderamente existente y la producción de daños morales (por la comunicación de un diagnóstico de mal pronóstico) y una repercusión negativa en la evolución de la patología que ha dejado como secuela un hipotiroidismo que precisa de tratamiento farmacológico y una atrofia muscular y dolor que ocasiona una

limitación funcional importante en el hombro derecho. Tales conclusiones se alcanzan a la vista del informe pericial de la especialista en Medicina Legal y Forense, doctora doña ....

Por su parte, conforme al informe elaborado por el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de ..., inicialmente no había datos que hicieran sospechar de la presencia de una miopatía tiroidea y sí de una neuropatía por afectación de neurona motora. Sólo cuando aparecen datos de hipertiroidismo se llega al diagnóstico del mismo. En todo caso, a su juicio, el retraso en el diagnóstico de hipertiroidismo no ha producido daños específicos, ni hay secuelas derivadas de ello, toda vez que las lesiones y secuelas derivan de la propia enfermedad del paciente.

Resulta relevante el informe de los especialistas en Neurología, doctores ... y ... que no ha sido rebatido con ningún otro informe complementario del inicialmente presentado por la reclamante y, en virtud del cual, la sospecha de enfermedad de motoneurona resultó adecuada al intensificarse la sintomatología padecida y aparecer también en el otro brazo, confirmándose con el correspondiente estudio electro- miográfico.

Sin embargo, y al detectarse la fibrilación auricular y otros síntomas de hipertiroidismo, no referidos hasta ese momento (“pérdida de peso, exoftalmos”) es cuando se deriva al paciente al Servicio de Endocrinología, donde se le detecta la enfermedad de Graves-Basedow.

Según este mismo informe, el retraso en la administración de la medicación antitiroidea no parece que influya en la evolución de la enfermedad a medio plazo. Tampoco el retraso en el diagnóstico del hipertiroidismo influyó en la decisión terapéutica final sobre esa patología. Las secuelas del brazo derecho no dependen de la mala orientación diagnóstica.

A la vista de lo expuesto cabe concluir, con base en la documentación clínica e informes técnicos que constan en el expediente, que la actuación médica, aunque inicialmente condicionada por una sospecha de diagnóstico ciertamente grave, se ajustó a la *lex artis* y tan pronto como se detectaron



síntomas de hipertiroidismo, el paciente fue derivado al Servicio de Endocrinología, donde se le detectó el hipertiroidismo posteriormente tratado.

Desde otro punto de vista, no existe prueba suficiente que permita sostener que el posible retraso en el diagnóstico del hipertiroidismo produjera al paciente daños o secuelas que no sean los propios de la patología padecida.

En definitiva, no cabe entender acreditado que el servicio médico prestado no fuera adecuado a la *lex artis* y tampoco resulta probada la relación de causalidad entre los daños sufridos por el paciente y la actuación de los servicios sanitarios.

### **III. CONCLUSIÓN**

La reclamación formulada por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.