



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 185 / 2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de abril de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 126/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 28 de marzo de 2017 a instancia de (...), por los daños sufridos por la asistencia recibida en un centro del SCS.

2. Reclama una indemnización que cuantifica en 35.639,48 euros, cantidad que determina que la competencia del Consejo para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También le son de aplicación los arts. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por este Servicio.

5. Conforme al art. 91.3 LPACAP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de 6 meses, que ya ha expirado; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud del art. 21.1 del mismo cuerpo legal.

6. No se aprecia que en la tramitación del procedimiento se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El reclamante funda su reclamación en los siguientes hechos:

- A principios del año 2015 comenzó a sufrir temblores en los miembros superiores (MMSS), así como astenia generalizada, con empeoramiento posterior, llegando incluso a incapacitarle para las tareas de la vida diaria.

- Con fecha 25 de agosto de 2015 acude a su Centro de Salud de Morro Jable, por dolor muscular y malestar. Recomiendan que acuda a su médico de cabecera para valoración, acudiendo nuevamente el día 26 del mismo mes y año.

- Con fecha 9 de septiembre asiste de nuevo a dicho Centro puesto que continuaba teniendo temblores que no podía controlar. Se diagnostica de «temblor no especificado», advirtiéndole que sería remitido a Neurología en caso de que no mejorara.

- El día 11 de septiembre de 2015 vuelve a consulta por temblores en MMSS que le limitan la vida diaria desde hacía 7 meses, así como astenia generalizada importante. Se remite a Neurología para su valoración. En su historia clínica se refleja que no puede cumplir con su tratamiento para la hipertensión arterial por intolerancia a la medicación.

- En una nueva visita el día 28 de septiembre de 2015 se hace constar en su historia médica que había acudido a un neurólogo privado en noviembre de 2014.

- Con fecha 29 de diciembre de 2015 acude nuevamente a su Centro de Salud porque los temblores continúan, con un año de evolución. Lo mismo sucede el 5 de enero de 2016. El médico hace constar que la exploración física está dentro de la normalidad y solicita interconsulta con Neurología del HGF.

- Con fecha 21 de enero de 2016 acude a la cita con Neurología donde le realizan pruebas elementales (tocarse la nariz, caminar, etc.). La especialista constata que sufría temblor, pero señala que no existe patología neurológica ni signos parkinsonianos, tratándose de un temblor de probable origen no orgánico.

- Tras un año sin respuesta sobre la causa de los temblores, el reclamante abandona la medicación prescrita para el control de la hipertensión arterial, al sospechar que podría tratarse de un efecto secundario de la misma.

- El día 29 de febrero de 2016 acude a cita con Medicina Interna del HGF y comenta que, aunque ha dejado la medicación para la hipertensión, no ha notado mejoría en los temblores. Le recomiendan acudir a Psiquiatría al apreciar un posible origen psicológico, ya que, según hace constar en historia clínica, en consulta desaparecen los temblores.

- Con fecha 14 de marzo de 2016 sufre temblores cada vez mayores y acude a su Centro de Salud comentando la posibilidad de que le hicieran una RMN, pero el médico realiza interconsulta con Salud Mental por recomendación de Medicina Interna. Repite esta visita con fechas 24 y 28 de marzo. Se le da la baja laboral por movimientos involuntarios anormales, pero no lo remite a especialista ni considera la necesidad de realizar ninguna prueba. Con fecha 1 de abril de 2016 acude a urgencias por temblores que le generan ansiedad, y pautan ansiolíticos.

- Con fecha 5 de abril de 2016 y por su cuenta, se realiza RMN craneal en el ámbito privado [(...) de Las Palmas de Gran Canaria]. Allí le citan para prueba DATSCAN el 14 del mismo mes y año. A pesar de esta decisión, nunca dejó de acudir a sus controles en su Centro de Salud.

- Con fecha 19 de abril recibe los resultados de las pruebas realizadas: «compatible con la existencia de síndrome parkinsoniano». Se pauta tratamiento específico para el Parkinson. El día 22 del mismo mes aporta los resultados a su médico de atención primaria. Este solicita interconsulta con Neurología del HGF por

si considera nueva valoración, especificando que continúa el temblor en miembro inferior y superior derecho.

- Continuó acudiendo a su médico de cabecera hasta las consultas de Neurología de 5 y 18 de mayo de 2016, donde le pautaron tratamiento específico para el Parkinson, destacando la magnitud del temblor en extremidades izquierdas. Diagnóstico: posible enfermedad de Parkinson, estadio 2.

- Se traslada a Tenerife y con fecha 21 de junio de 2016 acude a consulta con neurólogo privado quien le ajustó la medicación. A partir de ese momento, continúa seguimiento en el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

El interesado reclama indemnización por un retraso injustificado en la asistencia, falta de disposición de medios al alcance del Servicio, error en el diagnóstico y retraso en el tratamiento correcto a la vista de la sintomatología presentada.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

- El interesado fue derivado a Medicina Interna el 7 de octubre del 2014 por mal control de la tensión arterial y astenia.

En enero de 2015 tiene cita pero a petición del paciente se anula.

La primera ocasión que acude a atención primaria a causa de sufrir temblores (según datos del historial clínico de dicho paciente) es el 9 de septiembre de 2015. En las visitas previas no hay alusión alguna a motivo de consulta por temblores.

En dicha fecha, 9 de septiembre de 2015, su médico de cabecera escribe que el paciente refiere temblores por el Olmesartan (tratamiento para la hipertensión arterial, HTA), decaído, analítica normal, y refiere que si no mejora remitirá al Servicio de Neurología.

El 11 de septiembre acude de nuevo a su médico de cabecera, no tolera la medicación para la HTA, refiere igualmente astenia importante, temblores en MMSS que llega a incapacitarle para su vida normal desde hace 7 meses, el médico de cabecera remite al Servicio de Medicina Interna, en este momento el problema es el mal control tensional, anota que fue al neurólogo privado y no encontraron enfermedad.

Los síntomas que explica al médico de cabecera son los temblores y/o astenia, y por los que acudía, no por otra sintomatología.

El 16 de septiembre de 2015 refiere que los temblores han cedido en parte al abandonar la medicación por su cuenta.

El 28 de septiembre de 2015, el médico de cabecera anota que prácticamente han desaparecido los temblores que podían tener relación con la medicación; visitó neurólogo privado sin encontrar enfermedad en noviembre de 2014, según historial clínico de atención primaria.

En la reclamación efectuada por el paciente dice que hay error con respecto a esta visita previa; sea como sea, el médico tenía claro que había ido y como tal obró.

En medicina interna el 9 de noviembre de 2015 constatan temblor leve en brazo derecho, sin más; exploración de extremidades y resto normal.

Hasta el 29 de diciembre de 2015 no se vuelven a referir quejas por temblor en consulta del médico de A.P.

El paciente refiere en esta fecha temblor involuntario sobre todo en mano derecha que relaciona con toma de antihipertensivos; a la exploración: paciente impresiona algo ansioso, temblor ocasional en miembro superior derecho.

El Plan de actuación general: cita concertada para examen físico neurológico para valorar interconsulta con neurología. Esta cita tiene lugar el 5 de enero de 2016.

El 5 de enero es cuando realiza valoración clínica el médico de cabecera y remite al Servicio de Neurología del Hospital General de Fuerteventura, refiriendo que el paciente comenta movimientos involuntarios sobre todo en miembro superior derecho, y presente con el miembro superior en reposo, pero el examen físico en consulta impresiona de normalidad.

- El paciente es valorado por tanto por el Servicio de Neurología el 21 de enero de 2016, donde se estudia. Consta en historial de Atención Primaria la respuesta de la neuróloga: «que no se aprecian signos de patología en la actualidad, no signos de parkinsonismos ni de temblor esencial, temblor de probable origen no orgánico. Es la respuesta de la neuróloga con el juicio clínico de: que no se aprecian signos de patología neurológica en la exploración».

En la exploración neurológica que hemos expresado anteriormente el informe clínico de la asistencia prestada ese día dice que: «a la exploración, pares craneales normales, fuerza conservada, reflejos normales, sensibilidad normal, no disimetría,

marcha normal, no temblor de reposo, al levantar los brazos empieza con temblor intenso, en brazo derecho, estereotipado, no rigidez, no bradicinesia, marcha normal».

El neurólogo da el alta y anota: «si presenta nuevos síntomas u otros datos que orienten al parkinsonismo derivar de nuevo».

El 24 de febrero de 2016, el médico de cabecera realiza control evolutivo del temblor, y refiere en historial que el paciente ha dejado la medicación antihipertensiva por su cuenta, que ha recuperado equilibrio, que continúa con temblor en miembro superior derecho.

Visita a médico de cabecera en marzo de 2016, siguiendo controles: el paciente dice que persiste temblor en mano derecha; cuando realiza movimientos, incluso finos, el temblor se detiene para luego comenzar después de la actividad. Comenta la posibilidad de realizarse RMN privada. El 31 de marzo le comenta que por su cuenta ha solicitado cita para realizarse RMN.

Sigue control con el Servicio de Medicina Interna, y sobre el tipo de temblor refirieren que en la consulta incluso desaparece.

- El paciente acude a la medicina privada a partir de abril de 2016. En la (...) de Las Palmas, es observado por neurólogo privado que solicita RMN craneal sin contraste el 4 de abril y escribe que: «presenta temblor mixto persistente en MMDD. A descartar parkinsonismo sintomático». Se realiza RMN que resulta normal, y posteriormente Spect-Datscan, Spect cerebral de transportadores de Dopamina (neurotransmisor cerebral, sustancia que se altera en determinadas patologías) que resulta diagnóstico de *sdr parkinsoniano*.

El 22 de abril de 2016 acude a su médico de cabecera con recetas de médico privado y resultado de pruebas diagnósticas, el diagnóstico es compatible con la existencia de *sdr parkinsoniano*, el médico realiza interconsulta a neurología.

El 5 de mayo de 2016 es valorado por el Servicio de Neurología del Hospital General de Fuerteventura, el neurólogo escribe en historia: «valorado en una ocasión en enero por temblor en miembros izquierdos, en exploración neurológica no se apreciaban datos de parkinsonismo, por lo que fue dado de alta».

Este día 5 de mayo la exploración neurológica expresa en historia clínica dicho especialista: alerta, orientado, lenguaje sin alteraciones, pares craneales normales, fuerza conservada, reflejos positivos, sensibilidad normal, no disimetría, lenguaje algo monótono, mínima hipotonía con poco parpadeo, temblor de reposo MSD,

temblor de actitud que se hace reemergente, MID temblor de reposo 3/5 rigidez MSD solo con Froment, hipobradicinesia bilateral de predominio derecho, se levanta de la silla sin apoyos, marcha con pasos amplios sin braceo derecho y con aparición de temblor en MSD «datos de RMN normal, y Datscan con resultado de diagnóstico compatible de síndrome parkinsoniano».

El juicio clínico del neurólogo es: probable Enfermedad de Parkinson estadio 2, tratamiento médico se inicia, revisión en un mes.

El 6 de junio es valorado de nuevo por el Servicio Hospitalario de Neurología. En evolución y comentarios de la hoja clínica hospitalaria del Servicio de Neurología se escribe: «Varón de 53 años valorado inicialmente en enero de 2016 por temblor en actitud en miembros superiores, en ese momento presentaba un temblor algo estereotipado sin rigidez ni bradicinesia, por lo que no impresionaba de cuadro parkinsoniano, debido a empeoramiento el paciente acude a neurólogo privado, aportando posteriormente las pruebas complementarias realizadas, se explora en mayo y destaca la presencia de temblor de reposo y de actitud en miembros derechos y bradicinesia bilateral de predominio derecho».

Refiere el paciente que el tratamiento médico del neurólogo privado le ha empeorado el cuadro, por lo que no lo está tomando; ante la sospecha de probable enfermedad de Parkinson y al ser un paciente joven se pauta tratamiento con agonistas dopaminérgicos, tratamiento con Pramixepol y Resagilina o sea Mirapexisn retard y Azilect, tratamientos anti parkinsonianos y seguimiento posterior en consulta de Neurología.

Juicio diagnóstico: sdr Tremórico-acinético, probable enfermedad de Parkinson estadio 2 de Hoehn y Yalw.

A partir del 6 de junio de 2016, el paciente se traslada a la isla de Tenerife solicitando traslado de historial médico. En Tenerife aporta informes neurológicos al Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC).

El 4 de octubre de 2016 tiene asistencia en el HUC, donde valoran y ajustan tratamiento médico y se encargan de su seguimiento neurológico.

Con base en esos hechos, el SIP realiza las siguientes conclusiones:

1. En el historial clínico de atención primaria se hace mención en cuanto a los temblores referidos por el paciente a partir del 9 de septiembre de 2015, no antes. Se anota que dicho día el paciente refiere sufrir temblores por el Olmesartan,

medicamento antihipertensivo que tenía pautado y es el mismo paciente quien relaciona los síntomas con la medicación para control de la HTA.

No se diagnostica nada específico y el médico de cabecera le comunica que si siguen dichos temblores, que el paciente le refiere, lo remitiría a consulta de neurología.

El paciente ya previamente estaba siendo observado por el Servicio de Medicina interna por mal control tensional, astenia, y el mal cumplimiento del tratamiento, creía que el tratamiento le dañaba.

El incumplimiento del tratamiento antihipertensivo no ocurre en estos momentos sino que era un proceso en el cual llevaba inmerso con mal control de la tensión aproximadamente desde 2013.

El paciente había solicitado anulación de las citas con el Servicio de Medicina Interna. Es por lo cual al repetir visita a su médico, el día 11 de septiembre de 2015, refiriendo de nuevo temblores, el médico de cabecera lo remite al especialista en medicina interna de nuevo. El médico de cabecera comenta este día que el paciente ya había acudido a neurólogo privado, que lo encontró normal, referencia que alega en su reclamación el paciente no ser cierta, pero esta referencia la hace el médico el día 11 y la vuelve a apuntar el día 28 de septiembre de 2015, refiriendo que el paciente acudió a neurólogo privado el 24 de noviembre de 2014, y así lo hace constar en su informe al Servicio de Medicina Interna: «que lo habían visto privado, el neurólogo».

En esa creencia lo remite a Medicina Interna.

El médico escribe en la remisión a dicho Servicio que presenta hipertensión arterial con intolerancia a distintos tratamientos, temblores en miembros superiores desde hace 7 meses y astenia generalizada.

No olvidemos que la exploración para el médico de cabecera era normal y así y todo y guiándose por los datos que refería al respecto el paciente lo remite a especialistas hospitalarios.

El 9 de noviembre en historia clínica de Medicina Interna figura en observaciones:

«Temblor ligero a nivel del MSD, el resto de la exploración es normal».

Posteriormente el médico de cabecera hace un control evolutivo del temblor así como de la tensión arterial, refiriendo que tiene periodos en los cuales el temblor desaparece, incluso en relación con cambios de la medicación antihipertensiva.

Por tanto nunca estuvo sin control. Se le hizo control y remisión a servicios especializados.

La ansiedad del paciente no solo la constata el médico de cabecera, también es observada por Medicina Interna y el Servicio de Neurología, el paciente había sufrido en el pasado proceso depresivo y estuvo en tratamiento, no es extraño que la presentara, tuviera o no tuviera otra patología.

Tras los controles efectuados por el médico el paciente se queja de persistencia de los temblores, más en brazo derecho y aunque la exploración realizada es normal, remite al Servicio de Neurología del Hospital Insular el 21 de enero de 2016.

Por lo que se estudia en los hechos sucedidos observamos buena praxis en la actuación del médico de atención primaria, que aunque no ve clara en consulta la sintomatología del paciente, remite a estudios en distintos servicios hospitalarios, preocupándose por el mismo.

Estaba en estado precoz de la enfermedad, siguiendo los patrones clínicos de la misma, posteriormente diagnosticada de sdr parkinsoniano y en 2017 estipulada de Enfermedad de Parkinson.

2. El 21 de enero es la fecha en que lo observa y reconoce el Servicio de Neurología del Hospital General de Fuerteventura. Tras la exploración, no observan signos de patología neurológica actuales, no encuentran signos de parkinsonismo ni de temblor esencial, el juicio diagnóstico es «temblor de probable origen no orgánico», cursa alta por este servicio y se refleja por escrito que si presenta nuevos síntomas u otros datos que orienten hacia parkinsonismo, derivar de nuevo. En la reclamación el paciente refiere que en la cita del 21 de enero se le realizan unas pruebas físicas elementales.

Estas pruebas físicas elementales a las que se refiere son la base de todo estudio neurológico, son pruebas que son indicativas, en su caso, de las distintas patologías o déficit neurológicos existentes, si estuvieran alteradas se solicitarían más estudios complementarios. Por tanto se valora una descripción clara de la exploración neurológica, sin encontrar patología valorable.

El Servicio de Neurología constata un temblor de probable causa no orgánica. No encuentra signos de parkinsonismo ni de temblor esencial: «Según informe clínico de la médico especialista en neurología el paciente no refirió síntomas denominados precoces en la patología parkinsoniana como es la disminución de la olfacción, lentitud, rigidez, estreñimiento (...), solo destacaba en la exploración neurológica temblor de actitud al levantar el brazo derecho».

Dicha doctora refiere el dato siguiente: que según la Sociedad Española de Neurología en España se tarda entre 1 y 5 años en diagnosticar la Enfermedad de Parkinson.

El 29 de febrero tiene cita de nuevo con el Servicio de Medicina Interna y anotan que tras el informe neurológico, junto con la personalidad, parece proceso psicológico. Durante la consulta desaparece el temblor.

El 14 de marzo de 2016 el médico de cabecera después de valorar los informes del Servicio de Neurología y del de Medicina Interna remite al Servicio de Salud Mental «recomendación realizada por Medicina Interna».

Este mismo día el médico de atención primaria refiere que el paciente le comenta posibilidad de realizarse RMN privada dado que ha sido dado de alta por el Servicio de Neurología.

El médico de cabecera, observamos, actúa a instancia de especialistas, después de ser valorado por estos.

En las fases iniciales del Sdr de Parkinson el diagnóstico clínico es difícil sin los principales signos de la enfermedad, las manifestaciones motoras no están claras.

Y la clínica es básica para el diagnóstico de la enfermedad.

Una de las bases para el diagnóstico es la duración de la enfermedad, más tiempo más claridad diagnóstica, al ser una enfermedad evolutiva.

Por tanto no consideramos diagnóstico erróneo el juicio clínico del 21 de enero de 2016 que presenta el Servicio de Neurología, toda vez que los signos clínicos de la enfermedad no habían destacado y así lo percibieron, la sintomatología es la clave del diagnóstico precoz. Tenemos en cuenta que la Enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa que va avanzando en el tiempo, durante años, pasando por distintos estadios, que pueden evolucionar unos rápidamente o bien muy lentamente, o tener un salto rápido en el curso de la patología. Los síntomas que sirven de guía para el diagnóstico de la EP son el temblor, la rigidez (resistencia al movimiento) y la

bradicinesia (la bradicinesia es el síntoma más incapacitante de la EP. Da lugar a un enlentecimiento generalizado de las funciones motoras). En las primeras fases de la enfermedad, la bradicinesia da lugar a la dificultad para realizar movimientos de precisión [atarse los zapatos, abotonarse la ropa, manejar un destornillador, coser (...)] o la alteración de la marcha, con escasez de braceo y dificultad para dar pasos con la extremidad afectada. La escritura también puede verse afectada, con lentitud y disminución del tamaño de la letra, fenómeno conocido como micrografía. Recordemos que en enero de 2016 no presentaba el paciente estos síntomas y la escritura era normal.

La alteración de los reflejos posturales es también característica de la EP, pero no está presente en las fases iniciales.

Por tanto es también importante que dicho servicio, al efectuar el alta, incide en que si nuevos signos aparecieran o datos de parkinsonismo remitir de nuevo.

El diagnóstico «definitivo» es histopatológico, es decir, post mórtem. El objetivo del neurólogo debe ser alcanzar la mayor correlación clínico patológico, basándose en datos clínicos. Numerosos autores han comprobado el rendimiento diagnóstico de los criterios clínicos de la enfermedad. En conclusión: la aplicación de criterios clínicos estrictos y el seguimiento a lo largo del tiempo permite el diagnóstico de la EP con una sensibilidad y una especificidad altas, la clínica sigue siendo la clave, por encima de las pruebas de neuro imagen, y la exploración individualizada.

- En el punto 14 de la reclamación el paciente afirma que «después de un año y tres meses sufriendo síntomas»; especificamos que ello es lo que el paciente manifiesta, el mismo cuenta a su médico de cabecera en consulta de atención primaria en septiembre de 2015, por primera vez, los problemas por los que reclama, y no porque no hubiese acudido anteriormente al médico pues tiene un listado de asistencias previas a esta fecha en las que no refiere dicha clínica.

Desde septiembre de 2015 cuando es remitido al servicio de medicina interna, que lo observa en noviembre de 2015, pasan dos meses apenas, y desde esta visita especializada a la remisión en enero de 2016 al Servicio de Neurología pasan otros 2 meses; desde enero hasta marzo-abril en que decide acudir a la medicina privada han pasado unos 6-7 meses, desde que acude al médico de cabecera, y a los 2 meses posteriores ya lo estudian en el Hospital Universitario de Canarias, mayo de 2016.

Con respecto a la visita efectuada en abril de 2016 a neurólogo privado, el diagnóstico previo del especialista es: descartar parkinsonismo sintomático y solicita pruebas diagnósticas como la RMN que resulta normal y luego solicita el Spect-DATSCAN (prueba de neuro imagen especial que da datos sobre la sustancia Dopamina cerebral) con resultado posible diagnóstico de Parkinsonismo; por tanto compatible con la existencia de un sdr parkinsoniano.

Existe un síndrome parkinsoniano de causa desconocida, que constituye la Enfermedad de Parkinson. Por otro lado, existen múltiples causas individualizadas del síndrome englobándose el conjunto en los parkinsonismos o síndromes parkinsonianos secundarios.

Observamos que se pasa de clínica de temblor a sdr parkinsoniano, luego probable Enfermedad de Parkinson y en 2017 ya se define como Enfermedad de Parkinson.

En mayo de 2016 en consulta de neurología del Servicio Canario de la Salud, en el Hospital de Fuerteventura, se refiere como probable Enfermedad de Parkinson, estadio 2.

A su vez, en abril de 2017 el Servicio de Neurología del HUC de Tenerife lo denomina Enfermedad de Parkinson. La clínica va evolucionando y el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson se define.

En todo este tiempo el paciente es tratado por los Servicios Neurológicos hospitalarios correspondientes.

Estamos hablando de diagnóstico precoz de una patología que no es urgencia, en una enfermedad degenerativa, de diagnóstico básicamente clínico, evolutivo, con inicio clínico insidioso y paulatino.

Debemos añadir que el paciente podía haber hecho uso del derecho a segunda opinión médica en el Servicio Sanitario Público pero no lo hizo. Tomó otra decisión y acudió libremente a la medicina privada.

Mencionamos el art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización, que establece que la cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan

sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Ante todas estas conclusiones y reflexiones no encontramos criterios que determinen mala praxis en la actuación de los servicios médicos intervinientes.

3. El interesado no aporta más prueba que el informe de los resultados de la RNM en centro privado. Dado el preceptivo trámite de audiencia, no presenta alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que existe un retraso injustificado en la asistencia, falta de disposición de medios al alcance del Servicio, error en el diagnóstico y retraso en el tratamiento correcto a la vista de la sintomatología presentada.

Sin prueba de que el agravamiento de la enfermedad fue consecuencia de la asistencia recibida es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre ambas y sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso el reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que puedan sostener su alegato. Aporta los resultados de pruebas realizadas en abril de 2016 en centro privado: RNM, que resulta normal, y Spect-DATSCAN (prueba de neuro imagen especial que da datos sobre la sustancia Dopamina cerebral) con resultado posible diagnóstico de Parkinsonismo. Hasta ese momento el paciente, valorado a partir de septiembre de 2015 por temblores, siendo remitido desde atención primaria a Medicina interna, cuando se creía que eran consecuencia de la medicación para la hipertensión, o al Servicio de Neurología, cuando se descartó ese origen. En ese Servicio, en enero de 2016, se le estudia, constando en historial de Atención Primaria la respuesta de la neuróloga: «que no se aprecian signos de patología en la actualidad, no signos de parkinsonismos ni de temblor esencial, temblor de probable origen no orgánico. Es la respuesta de la neuróloga con el juicio clínico de: que no se aprecian signos de patología neurológica en la exploración, a la exploración, pares craneales normales, fuerza conservada, reflejos normales, sensibilidad normal, no disimetría, marcha normal, no temblor de reposo, al levantar los brazos empieza con temblor intenso, en brazo derecho, estereotipado, no rigidez, no bradicinesia, marcha normal».

El neurólogo da el alta y anota: «si presenta nuevos síntomas u otros datos que orienten al parkinsonismo derivar de nuevo».

El 24 de febrero el médico de cabecera realiza control evolutivo del temblor, y refiere en historial que el paciente ha dejado la medicación antihipertensiva por su cuenta, que ha recuperado equilibrio, que continúa con temblor en miembro superior derecho.

Visita a médico de cabecera en marzo de 2016, siguiendo controles: el paciente dice que persiste temblor en mano derecha; cuando realiza movimientos incluso finos el temblor se detiene para luego comenzar después de la actividad. Comenta la

posibilidad de realizarse RMN privada. El 31 de marzo le comenta que por su cuenta ha solicitado cita para realizarse RMN.

Por tanto, en todo momento ha estado controlado y se le realizaron las pruebas que se estimaron pertinentes, sin que se hubiera encontrado relación con el Parkinson.

A partir del diagnóstico en centro privado, en mayo de 2016 en consulta de neurología del Servicio Canario de la Salud, en el Hospital de Fuerteventura, se refiere como probable Enfermedad de Parkinson, estadio 2. A su vez, en abril de 2017 el Servicio de Neurología del HUC de Tenerife lo denomina Enfermedad de Parkinson. La clínica va evolucionando y el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson se define, aplicando el tratamiento correspondiente en cada momento.

Siendo la enfermedad del Parkinson, una enfermedad evolutiva, que en los primeros estadios es indetectable, la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención clínica y los procedimientos diagnósticos fueron los correctos en todo momento.

En definitiva, ante la sintomatología que presentaba (temblores en MMDD), se le realizaron las pruebas necesarias (exploraciones físicas y analíticas), que inicialmente descartaban el Parkinson, pero siendo una enfermedad degenerativa, de diagnóstico básicamente clínico, evolutivo, con inicio clínico insidioso y paulatino, cuando en centro privado se le diagnosticó, después de una RNM normal, Spect-DATSCAN (prueba de neuro imagen especial que da datos sobre la sustancia Dopamina cerebral) con resultado posible Parkinsonismo, se le aplicó el tratamiento adecuado (Pramixepol y Resagilina o sea Mirapexisn retard y Azilect, tratamientos anti parkinsonianos y seguimiento posterior en consulta de Neurología), aun cuando es una enfermedad que no tiene cura, continuando su seguimiento en el HUC, donde se ajusta el tratamiento a la evolución de la enfermedad.

Como afirma el SIP, «no encontramos criterios de mala praxis en la actuación de los servicios médicos intervinientes».

3. En su Sentencia de 11 abril de 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria. Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)».

Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias

personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

4. En relación con el error de diagnóstico este Consejo Consultivo en distintas ocasiones, entre otros en los DDCCC 96/2018, 64/2018 y 426/2016, ha señalado lo siguiente:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010, de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que:

“(…) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)”».

Esta doctrina resulta aplicable al presente asunto, puesto que no se ha demostrado la existencia de un diagnóstico tardío, ni tampoco, como se ha expuesto, que los diagnósticos que inicialmente se fueron emitiendo pudieran considerarse erróneos, todo lo contrario, ante la inexistencia de evidencia de que pudiera padecer Parkinson.

Como expone el SIP, «no consideramos diagnóstico erróneo el juicio clínico del 21 de enero de 2016 que presenta el Servicio de Neurología, toda vez que los signos clínicos de la enfermedad no habían destacado y así lo percibieron, la sintomatología es la clave del diagnóstico precoz. Tenemos en cuenta que la Enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa que va avanzando en el tiempo, durante años, pasando por distintos estadios, que pueden evolucionar unos rápidamente o bien muy lentamente, o tener un salto rápido en el curso de la patología. Los síntomas que sirven de guía para el diagnóstico de la EP son el temblor, la rigidez

(resistencia al movimiento) y la bradicinesia (la bradicinesia es el síntoma más incapacitante de la EP. Da lugar a un enlentecimiento generalizado de las funciones motoras). En las primeras fases de la enfermedad, la bradicinesia da lugar a la dificultad para realizar movimientos de precisión [atarse los zapatos, abotonarse la ropa, manejar un destornillador, coser (...)] o la alteración de la marcha, con escasez de braceo y dificultad para dar pasos con la extremidad afectada. La escritura también puede verse afectada, con lentitud y disminución del tamaño de la letra, fenómeno conocido como micrografía. Recordemos que en enero de 2016 no presentaba el paciente estos datos y la escritura era normal.

La alteración de los reflejos posturales es también característica de la EP, pero no está presente en las fases iniciales».

En definitiva, el interesado no ha probado que hubiera pérdida de oportunidad por diagnóstico tardío, por lo que no es posible relacionar el tratamiento tardío con el servicio sanitario prestado, máxime siendo el Parkinson una enfermedad evolutiva. Por el contrario, está acreditado en el expediente que en todo momento ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, lo que impide, como hemos razonado, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que procede desestimar la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.