



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 282/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de julio de 2019.

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 (...), en su propio nombre y representación de (...) y (...), por el fallecimiento de su madre (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 258/2019 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se considera que, de estimarse la reclamación por los daños alegados, la cuantía indemnizatoria debería exceder de 6.000 euros, por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver de 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma. También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, teniendo en cuenta el escrito de reclamación y los distintos informes médicos incorporados al expediente, los más relevantes son los siguientes:

En el momento del inicio del proceso médico que se procede a relatar, la paciente de 45 años contaba con antecedentes de tabaquismo e hipoacusia (problemas auditivos) de larga evolución.

El día 2 de junio de 2016 acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario insular Materno-Infantil (CHUIMI) por presentar mareos y visión doble. En la anamnesis realizada por el neurólogo de guardia, la paciente refirió visión doble desde el mediodía del día anterior, tras un episodio de mareo y sensación de giro de objetos, habiendo remitido el mareo, pero no la visión doble.

Tras la exploración física presentaba buen estado general, normocoloreada y normohidratada, Eupneica (sin dificultad respiratoria). Auscultación cardiopulmonar con ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos (dentro de la normalidad); abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias a la palpación ni signos de dolor o irritación peritoneal y ruidos intestinales presentes. Los miembros inferiores no presentaban edemas, ni signos de trombosis venosa profunda (TVP), con presencia de pulsos periféricos.

Y tras la exploración neurológica que se le efectuó se observó que estaba alerta, orientada, atenta y colaboradora, lenguaje normal, pupilas isocóricas y normorreactivas, reflejo corneal presente, no déficit campimétricos ni alteración de la motilidad ocular, con agudeza visual fluctuante, sin alteraciones sensitivas, ni

dismetrías, con estática y marcha normal y con Romberg negativo (equilibrio normal).

Además de todo ello se le realizó TAC cerebral sin y con contraste donde no se observaron lesiones ocupantes de espacio, ni áreas de realce patológico que sugirieran la presencia de patología neoplásica o inflamatoria. No se identificaron hemorragias intra ni extraaxiales. Tampoco se observaron signos de lesión isquémica aguda ni crónica, con diferenciación sustancia gris-sustancia blanca dentro de la normalidad. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal; pero sí se observó la presencia de meningioma calcificado de 10 mm en el lado izquierdo del ápex craneal (el meningioma es el tumor craneal benigno más frecuente, procede de las meninges).

Por tanto, dado que el especialista no objetivó patología neurológica, bajo el diagnóstico de Diplopia y disminución de agudeza visual, se le dio el alta hospitalaria y se le recomendó vigilar los signos de alarma, además de remitirla al Servicio de Oftalmología al día siguiente y continuar el seguimiento por médico de Atención Primaria.

2. Al día siguiente acudió a dicho Servicio en el que tras llevar a cabo una exploración oftalmológica se determinó que, en ese momento, la paciente no presentaba clínica oftalmológica y en la búsqueda de la causa de los vértigos relacionados con el movimiento (al levantarse), la paciente fue derivada para estudio a efectuar por el Servicio de Otorrinolaringología del CHUIMI, al que acudió el día 8 de junio de 2016 con tal finalidad. Posteriormente, el día 6 de julio de 2016, tras las pruebas practicadas y ante la ausencia de problemas de oído que pudieran ocasionar los síntomas que refería, se le remitió del nuevo al oftalmólogo.

3. Sin embargo, el día 11 de julio de 2016 volvió de nuevo al Servicio de Urgencias del CHUIMI, pues presentó episodio de mareos, con visión borrosa y decaimiento, con caída sobre propia altura, sin relajación de esfínteres, ni pérdida de consciencia, comenzando posteriormente con cefalea y vómitos. Después de efectuarle exploración física presentó buen estado general y, además, también se le realizó una analítica en sangre sin observar signos de sangrado o isquemia aguda, diagnosticándosele finalmente síncope vasovagal (el síncope se define como una pérdida transitoria de consciencia, por lo que puede interpretarse tal y como se recoge en el motivo de consulta que la paciente presentó un cuadro presincopeal,

sensación de perder el conocimiento, en relación con los mareos que refería), todo ello sin observar patología neurológica alguna.

El día 18 de julio de 2016, acudió nuevamente al CHUIMI con el mismo cuadro, siendo valorada por el Servicio de Neurología que, tras realizarle varias pruebas incluido un TAC y teniendo en cuenta lo manifestado por la paciente acerca de los resultados de la consulta privada con un oftalmólogo y un internista, le diagnosticó inicialmente «Diplopía más ptosis palpebral fluctuante en probable relación con afectación de la placa motora (Miastenia Gravis)» (la miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular, crónica y de etiología autoinmune, el sistema inmunológico, que normalmente protege al cuerpo de organismos externos, se ataca a sí mismo, por error, que causa debilitamiento en los músculos voluntarios, por ejemplo, los músculos involucrados en el movimiento del ojo, expresiones faciales, la deglución), por lo que se le propuso ingreso de forma programada-urgente para completar estudio e inicio de tratamiento en un momento posterior, además de seguimiento por médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento se le indicó que debía acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

4. En fecha 19 de julio 2016, a las 20:34 horas, fue atendida en el Servicio de Urgencias del CHUIMI por presentar cefalea en región parietal posterior durante todo el día, asociada a rigidez corporal, desvanecimiento y pérdida de consciencia al levantarse de la cama; sin relajación de esfínteres y habla poco inteligible, que fue recuperando paulatinamente. Además, se le efectuó una exploración física, presentando buen estado general y, tras valoración por Neurología, se decidió su ingreso hospitalario para estudio y tratamiento bajo los juicios diagnósticos de: «Cefalea hemicraneal derecha con síntomas de alarma (reciente y brusco inicio, empeora con valsalva). Oftalmoparesia + diplopía bilateral fluctuante con sospecha de enfermedad de la placa motora. Probable síndrome constitucional. A descartar etiología paraneoplásica».

Al día siguiente, después de la correspondiente valoración por especialista se emitió el juicio clínico de paresia completa del tercer par craneal derecho, con afectación pupilar, acompañada de cefalea explosiva con datos de alarma y síndrome constitucional. Por ello, se solicitó Resonancia Magnética (RM) cerebral sin/con contraste con AngioRM arterial urgente, analítica y Rx de tórax.

Ese mismo día después de efectuarle las diferentes pruebas diagnósticas se objetivó por el especialista en neurocirugía imagen que sugería un aneurisma de la arteria comunicante posterior (ACoP) izquierda y posible sangrado en cisternas

basales (según informe de RM-AngioRM), manteniéndose en observación, con medidas específicas, pues se consideró que no requería tratamiento urgente en ese momento (no había signos de hipertensión intracraneal, sin vómitos, no papiledema, sin signos meningeos, cefalea controlada con analgesia, sin afectación de la conciencia con Escala de Glasgow normal, respiratoria y hemodinámicamente estable).

5. Sin embargo, a las 5:33 horas del 21 de julio de 2016, fue nuevamente valorada por el Servicio de Neurocirugía ya que se produce un deterioro brusco de su nivel de conciencia, el cual procedió a efectuarle intubación orotraqueal (IOT) por Intensivista y se le realiza TAC urgente, que mostró hidrocefalia y hemorragia subaracnoidea de cisternas basales y hemorragia en IV ventrículo (Fisher 4) secundaria a rotura de aneurisma de ACoP, y AngioTAC, que determinó la presencia de aneurisma de ACoP derecha.

Por todo ello, se decidió efectuar una intervención quirúrgica urgente para la colocación de drenaje ventricular externo (DVE), detallándose a las 7:54 en la hoja quirúrgica «paciente con hemorragia subaracnoidea (HSA) e hidrocefalia intervenida mediante procedimiento de Trépano y drenaje ventricular externo en Kocher D. con incisión frontal derecha. Hallazgos: líquido cefalorraquídeo hemorrágico a presión. Se coloca DVE, se realiza cierre por planos y antibioterapia profiláctica. Se traslada a UMI donde permanece bajo los efectos de sedoanalgesia; ventilada en modalidad controlada sin trastornos de la mecánica ventilatoria ni alteraciones de la difusión de O₂, portando DVE con 20 ml de líquido cefalorraquídeo claro (LCR), y vía venosa central (VVC) yugular derecha».

A las 9:02 horas los especialistas que le trataron, ante la presencia de dos aneurismas candidatos a tratamiento endovascular, decidieron contactar con el Hospital de referencia para ese tipo de intervenciones, el Hospital Universitario Dr. Negrín, en el que se aceptó el traslado de la paciente a la Unidad de Neurocríticos para realizarle embolización (tratamiento mediante el cual se ocluyen los aneurismas mediante su taponamiento interno realizado a través de sus arterias y guiado con rayos X). Todo ello bajo el diagnóstico de coma estructural secundario a hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher IV por rotura de aneurisma de ACoP derecha, la paciente es trasladada en ambulancia medicalizada a la Unidad de Neurocríticos del HUGCDN donde queda hospitalizada a las 13:47 horas.

6. En dicho Hospital permaneció hasta su fallecimiento el día 23 de agosto de 2016. En este centro hospitalario, tras efectuarle diversas pruebas, varias intervenciones quirúrgicas, la primera dirigida a embolizar el aneurisma de ACoP izquierda y la segunda una craniectomía (resección del hueso craneal) descompresiva

bifrontal, además de otros tratamientos, y ante su mala evolución, consta que «la paciente permaneciendo sin sedación realiza al estímulo de dolor, extensión patológica con escala de coma de Glasgow (GCS): 4 (O1, V1, M2), es decir sin apertura ocular, sin respuesta verbal, y con extensión anormal de miembros. Considerando la situación clínica de la paciente una situación derivada de haber sufrido resangrados aneurismáticos previo al tratamiento endovascular, con muy mala situación clínica en el momento de la craneotomía descompresiva y vasoespasma severo con lesiones isquémicas en distintos territorios de hemisferio derecho se decide conjuntamente con Neurocirujano desestimar cualquier otro tratamiento neuroquirúrgico dada su nefasta situación clínica, debido a la cual, finalmente fallece».

7. Por último, es preciso para la adecuada comprensión del hecho lesivo incorporar la transcripción exacta de parte del escrito de reclamación de los interesados en el que se concreta la que a su juicio constituye una actuación inadecuada de los servicios sanitarios dependientes del SCS, que determinó el resultado final, siendo la siguiente:

«Cuarto: Que El Día 19 De Julio De 2016 Mi Madre Llega En Ambulancia Al Hospital Después De Haber Sufrido Un Desmayo. Después De Casi 5 Horas. En Urgencias Llamen A Los Familiares Y Nos Dicen Que Le Dan El Alta Por No Tener Camas Para Dejarla Ingresada. Tras Negarme A Esa Decisión Me Dicen Que Se Queda Ingresada, Pero En Urgencias Hasta Que Haya Una Cama Libre. Acepto Esa Decisión Pues Ya Era La 39 Vez Que Mi Madre Sufría Esa Perdida De Consciencia. Pasada 1 hora Nos Dicen Que La Suben A Planta, Aunque No Es La De Neurología Y Esa Noche Queda Ingresada. El Día 20/07/2016 La Traslada En Ambulancia A Realizarle Angio-RMN. Al Llegar De Esa Prueba Nos Dicen Que Tiene Una Aneurisma. Que Evite Moverse Estornudar Toser Etc. Que El Día 21/07/2016 Le Dirían Que Van A Hacer Porque En Ese Momento No Había Neurocirujanos. El Día 21/06/2016 A Las 4 De La Madrugada Mi Madre Entra En Coma Y A Las 14:00 H Es Traslada Al Hospital Doctor Negrín.

Quinto: Considero Que El Fallecimiento De Mi Madre Podría Haberse Evitado Con Un Correcto Diagnostico Y A Tiempo, Por Lo Que Creo Que Ha Existido Una Negligencia Médica».

Por ello, los interesados reclaman la correspondiente indemnización.

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 16 de agosto de 2017.

2. El día 29 de septiembre de 2017, se dictó la Resolución núm. 3.104/2017 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

3. En lo que se refiere a su tramitación, el procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) y los informes del Servicio de Neurocirugía y de Urgencias del CHUIMI, periodo probatorio y del trámite de vista y audiencia otorgado a los interesados sin que presentaran escrito de alegaciones.

4. El día 10 de abril de 2019 se emitió una primera Propuesta de Resolución, junto con un borrador de la Resolución definitiva y el día 27 de junio de 2017 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

5. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

En la misma se manifiesta acerca de la cuestión de fondo lo siguiente:

«Por último y para finalizar, en el presente supuesto, con una metodología consistente en la regresión desde el resultado final de la evolución de la paciente no puede cuestionarse el diagnóstico inicial. Este método de proceder carece de validez jurídica para sustentar desde este ámbito un reproche a la asistencia proporcionada pues vulnera la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (Por todas Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de junio de 2011) que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar, en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que a partir del diagnóstico final se considera las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

Destacar así mismo que no se ha probado por los reclamantes que haya existido mala práctica médica, ni han refutado los informes incorporados».

2. En el presente asunto se deduce del escrito inicial de los interesados que el objeto de su reclamación se concreta en dos cuestiones, en primer lugar, la relativa a la actuación acaecida el día 19 de julio de 2016 en el CHUIMI y, en segundo lugar, la cuestión correspondiente a un error de diagnóstico, que, además, se considera emitido de forma tardía.

Sin embargo, los interesados no han presentado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la actuación médica prestada dicho día fuera contraria a la *lex artis* y que se desarrollara sin cumplir con la obligación de medios que le es propia a la Administración sanitaria, sin que tampoco se haya probado por su parte la concurrencia en este asunto de un diagnóstico erróneo o tardío. Todo lo cual le corresponde demostrar en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, la cual impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria (por todos, DCCC 229/2019).

3. Por el contrario, la Administración demuestra que ha actuado conforme a *lex artis* y cumpliendo la obligación de medios que le corresponde, dándose a medida que se desarrollaba la enfermedad de la paciente los diagnósticos correctos y sin retraso alguno.

En primer lugar, en lo que se refiere a la actuación desarrollada el día 19 de julio de 2019, consta en el informes del SIP, con base no sólo en los informes de los servicios actuantes, sino en el historial clínico, que la interesada fue inicialmente atendida por el Servicio de Urgencia del CHUIMI y que posteriormente fue valorada por el Servicio de Neurología, que tras llevar a cabo una exploración física neurológica, en la que se detalla por su parte «ptosis palpebral bilateral de predominio derecho; oftalmoparesia compleja con mayor afectación de ojo derecho. Fuerza en las cuatro extremidades es 5/5 (normal), no hay papiledema, no rigidez nuchal, ni signos meníngeos. No alteraciones sensitivas; reflejos y marcha normal», decidió su ingreso para estudio y tratamiento, que continuó los días posteriores, bajo el diagnóstico de «Cefalea hemicraneal derecha con síntomas de alarma (reciente y brusco inicio, empeora con valsalva). Oftalmoparesia + diplopia bilateral fluctuante con sospecha de enfermedad de la placa motora. Probable síndrome constitucional. A descartar etiología paraneoplásica. Se informa a paciente y familiar».

Por tanto, es incierto que, en dicha fecha, la paciente sólo fuera atendida por los doctores del Servicio de Urgencias, pues está demostrado que también fue explorada y tratada por los especialistas correspondientes.

Además, no se ha probado que la Administración sanitaria negara el ingreso hospitalario de la paciente, cuando fueron los propios doctores que la trataron quienes consideraban que tal ingreso era necesario para llevar a cabo el adecuado estudio diagnóstico de la misma; lo que se corrobora en el informe del Servicio de Urgencias referido al día 18 de julio de 2016, cuando los doctores estimaron necesario tal ingreso.

Así, se afirma en el mismo que:

«3- El día 18/07/2017 (*sic*) la paciente vuelve a acudir al Servicio de Urgencias refiriendo nuevamente cefalea y visión doble a lo que se añade ptosis parpebral, motivo por el que se solicita una interconsulta al neurólogo de guardia quien no considera necesario realizar otra prueba complementaria, y sí solicitar un ingreso programado para completar el estudio de la sintomatología de la paciente».

4. En segundo lugar, en lo que se refiere al diagnóstico de la dolencia que sufrió la paciente, en el informe del SIP se lleva a cabo una aclaración de carácter técnico que es preciso reproducir para lograr la mejor comprensión de esta cuestión de fondo, señalándose que:

«Es preciso recordar, que un diagnóstico clínico de sospecha para identificar una enfermedad, se sustenta siempre en la anamnesis. Esta comprende la información proporcionada o recavada al propio paciente, sus antecedentes patológicos y la semiología que identifica síntomas y signos, a los que hay que se añadir la exploración física y las pruebas complementarias que se solicitasen, si fuera menester, en base a dichos datos. No cabe deducir una expectativa diagnóstica sin esta sistemática, y es por ello que se van tomando las decisiones en la búsqueda del diagnóstico en la medida que la enfermedad va conformando su sintomatología, en el paciente».

En cuanto al diagnóstico inicial, que se dio los días 18 y 19 de julio, fechas en las que los interesados concretan la que, a su juicio, constituye la actuación médica contraria al *lex artis* que ocasionó el resultado final, se afirma en el informe del SIP lo siguiente:

«Asimismo, la sintomatología de la paciente, que se había iniciado con visión doble fluctuante y mareos, había asociado a partir del día 11/7/16, cefalea (fecha en la que impresiona, según los datos del informe de urgencia, también presentó un cuadro presincopal), y un síntoma más llamativo, consistente en la caída o ptosis palpabral, más evidente en el párpado derecho, que hizo sospechar, al Neurólogo, en fecha 18/07/16, que la paciente podía estar presentando un cuadro compatible con Miastenia Gravis, enfocando la interpretación de los síntomas y signos de la paciente en esa dirección, practicó un estudio

específico diagnóstico de esa patología: la prueba de Edrofonio, que resultó positiva, lo cual le hizo considerar que estaba en presencia de dicha entidad, por lo que planificó de acuerdo con la paciente, ingreso en breve para culminar el estudio y decidir la mejor opción terapéutica».

Y se concluye en dicho informe, con carácter general, acerca de la cuestión relativa al diagnóstico, señalando que:

«Indicar en relación con la atención prestada desde el inicio de la sintomatología presentada por la paciente, que una vez conocido el diagnóstico definitivo de una patología y siempre a posteriori, es posible especificar con relativa facilidad, de haber existido la patología en toda su plenitud, qué pruebas hubieran guiado con prontitud a descubrirla. Pero cuando hay una clínica compleja, fluctuante, poco clara, que no hace sospechar la patología que posteriormente se observará, es razonable pensar que las pruebas solicitadas y las recomendaciones realizadas eran las adecuadas a la sospecha diagnóstica que se tenía en cada momento.

3.- Asimismo ha quedado acreditado que se proporcionaron los medios adecuados, tanto las pruebas diagnósticas que se consideraron oportunas a lo largo del proceso, así como también se efectuaron las valoraciones requeridas por varios especialistas, entre ellos, de Neurología y Neurocirugía, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*».

5. Por último, el SIP finaliza manifestando que «Pese a la adecuada y continua atención sanitaria recibida, la paciente sufre una evolución tórpida debido a los sucesivos sangrados cerebrales, que provocaron vasoespasmos severos e isquemia del hemisferio cerebral derecho, complicaciones graves, de la patología padecida, por las que finalmente fallece».

Por lo tanto, también ha resultado probado en este caso a través de la documentación médica aportada al expediente que, en todo momento, se actuó conforme a *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente la totalidad de los medios materiales y humanos con los que cuenta el SCS, incluyendo los diagnósticos, dando, a cada paso del proceso médico, el diagnóstico adecuado a los síntomas y resultados de pruebas que se le fueron haciendo a la causante de los interesados, cumpliendo el SCS con la obligación de medios que le corresponde.

6. Este Consejo Consultivo ha señalado en el reciente Dictamen 229/2019, de 20 de junio, ya referido con anterioridad, que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la "prohibición de regreso" a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo 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)», doctrina ésta que resulta aplicable al presente asunto por las razones expuestas».

Igualmente, esta doctrina resulta ser de plena aplicación a este caso.

Además, en dicho Dictamen también se afirma que:

«Por último reiterar, una vez más, que en lo que se refiere a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, el criterio de la *lex artis* es el delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria, poniendo al servicio de los pacientes todos los medios sanitarios disponibles.

Se trata, pues, de una obligación de medios, no de resultados, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente (...), lo que también es de aplicación al presente asunto.

7. Por lo tanto, no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y los daños por los que se reclama.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho en virtud de lo manifestado en el Fundamento IV de este Dictamen.