

R.C.A.Nº 669/05

PALOMA SOLERA LAMA
PROCURADORA DE LOS TRIBUNALES
Avila, 12. Bajo Ext. Doha.
Tél/Fax: 915715077
28020 MADRID.

SENTENCIA Nº 721

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
SECCIÓN NOVENA

Ilmos. Sres.

Presidente:

D. Ramón Verón Olarte

Magistrados:

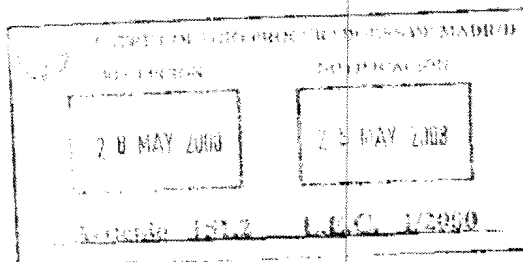
D^a. Ángeles Huet Sande

D. Juan Miguel Massigoge Benegiu

D. José Luis Quesada Varea

D^a. Berta Santillán Pedrosa

D^a. Margarita Pazos Pita



En la Villa de Madrid a diecinueve de mayo de dos mil ocho.

Visto por la Sección Novena de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, el presente recurso contencioso-administrativo nº 669/05, interpuesto por la Procuradora D.^a Paloma Solera Lama, en nombre y representación de D.^a [redacted], contra la desestimación presunta de la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon las recurrentes ante el [redacted] en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D. [redacted] por la deficiente asistencia sanitaria recibida. Ha sido parte la Administración demandada, representada por su Servicio Jurídico.

R.C.A.Nº 669/05

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso, y tras los oportunos trámites, se emplazó a la parte demandante para que formalizara la demanda, lo que verificó dentro de plazo, mediante escrito en el que suplica se dicte sentencia por la que se declare la responsabilidad de la demandada por los daños provocados, con condena a indemnizar a las recurrentes en 160.000 euros, más intereses, por los daños y perjuicios sufridos, todo ello con expresa imposición de costas.

SEGUNDO.- El Letrado de la Comunidad de Madrid contesta a la demanda, mediante escrito en el que suplica se dicte sentencia desestimando el recurso contencioso-administrativo en su integridad, con expresa imposición de costas al demandante.

TERCERO.- Habiéndose acordado el recibimiento del recurso a prueba, se practicó la propuesta por las partes, y admitida por la Sala, con el resultado que obra en autos y, evacuado el trámite de conclusiones, seguidamente quedaron los autos conclusos y pendientes de señalamiento para votación y fallo.

CUARTO.- En este estado se señala para votación y fallo el día 14 de mayo de 2008, teniendo lugar así.

QUINTO.- En la tramitación del presente proceso se han observado las prescripciones legales.

Siendo Ponente la Magistrada Ilma. Sra. Doña MARGARITA PAZOS PITA.

R.C.A.Nº 669/05

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso-administrativo se interpone por D.^a I

contra la desestimación presunta de la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon las recurrentes ante el en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de por la deficiente asistencia sanitaria recibida.

SEGUNDO.- Para la resolución del presente recurso resultan de interés los siguientes hechos que resultan del expediente administrativo y de las actuaciones seguidas ante esta Sala:

1.- El día 12 de noviembre de 2003 D. , nacido el 5 de agosto de 1921, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital por presentar un cuadro, de cinco días de evolución, consistente en desorientación y pérdida de memoria inmediata y remota, insomnio y pérdida de apetito. Se realizó exploración física, analítica y placa de tórax, emitiéndose el juicio diagnóstico de Amnesia Global Transitoria versus Accidente cerebrovascular agudo en evolución. Se pautó, como tratamiento, Iscover 75 mg una capsula por día.

2.- El día 12 de diciembre de 2003 el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital donde se observó desorientación, hipertensión arterial (180/90 mmHg) e hiperglucemia. Se realizó exploración física, analítica, placa de tórax y TAC craneal, emitiéndose el juicio diagnóstico de probable deterioro cognitivo incipiente e infartos lacunares. Se añadió al tratamiento risperidona y se le recomendó control por su neurólogo y médico de cabecera.

3.- El día 1 de enero de 2004 D. r acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital por agravamiento del deterioro cognitivo. Ya no reconocía a sus familiares y el lenguaje era incoherente. Se realizó exploración física, analítica, placas de tórax y abdomen y un electrocardiograma, emitiéndose el juicio diagnóstico de deterioro cognitivo con probable demencia vascular.

Asimismo se le diagnosticó hiperglucemia simple e insuficiencia renal leve.

R.C.A.N° 669/05

Ese mismo día, sobre las 18:00 horas, se detuvo el alta del paciente por comenzar con fiebre, siendo ingresado a cargo del Servicio de Endocrinología del mismo hospital. Durante su ingreso evoluciona favorablemente del cuadro febril tras instaurar tratamiento con antibioterapia. Se insulíniza al paciente consiguiendo control de glucemias. Se inicia estudio de demencia, quedando pendiente a la fecha del alta -19 de enero de 2004- los resultados de serología para LÚES (sífilis), solicitada el 12 de enero del mismo año. Se realiza ecografía abdominal que muestra hígado de morfología normal, marcado patrón esteatósico, sin lesiones ocupantes de espacio, vesícula, vía biliar y páncreas normales, riñones y área retroperitoneal sin alteraciones. Se solicita valoración a oftalmología que descarta retinopatía diabética.

El diagnóstico al alta fue de diabetes mellitas tipo II de larga evolución, insuficiencia renal leve secundaria a neuropatía diabética +/- hipertensiva, deterioro cognitivo en probable relación con demencia vascular pendiente de completar estudio por neurología e hipertensión arterial.

4.- El 10 de febrero de 2006 D. _____ acudió al neurólogo de zona para estudio de su cuadro neurológico.

El neurólogo reclamó la serología a LÚES que se le había realizado en el hospital en el último ingreso, con resultado de RPR y hemaglutinación positivas, IgG negativa, por lo que avisó al paciente el 17 de febrero de 2004, entregándole una nueva petición para confirmación.

Tras la realización de la nueva serología se confirmó el mencionado resultado, por lo que el neurólogo de zona avisó al paciente el día 4 de marzo de 2004 para un ingreso programado preferente a cargo de Neurología para descartar neurolúes mediante punción lumbar y estudio del líquido cefalorraquídeo.

La solicitud se cursa el mismo día que se prescribe -4 de marzo de 2004-.

5.- Mientras el paciente esperaba el ingreso para su punción lumbar, su estado se agravó, presentando fiebre elevada, malestar general, somnolencia y un mayor grado de deterioro cognitivo. Ante la persistencia de los síntomas, a los que se añadieron ictericia muco-cutánea, el paciente fue remitido el 27 de abril a urgencias del Hospital _____. Se practicaron distintas pruebas al paciente, entre ellas un TAC abdominal que

R.C.A.Nº 669/05

mostró un hígado normal, si bien presentaba un aumento de las transaminasas y de la bilirrubina, lo que revelaba un daño hepático grave.

Se consultó con el Servicio de Cirugía General por el proceso hepático y séptico (fiebre) que presentaba el paciente.

D. - fue trasladado al Servicio de Digestivo donde finalmente falleció.

En el informe de alta por exitus, de fecha 28 de abril de 2004, consta "Hepatitis aguda fulminante con fracaso hepático y éxitus en enfermo con antecedentes de probable neurosífilis y diseminación luética y sepsis de origen probablemente biliar asociado". La causa final de la muerte fue fracaso hepático y parada cardio-respiratoria.

TERCERO.- En su demanda, la parte recurrente, tras hacer referencia a la asistencias recibidas en el Servicio de Urgencias del Hospital _____ los días 12 de noviembre y 12 de diciembre de 2003 y 1 de enero de 2004, fecha esta última en que las analíticas que se le practicaron al ingreso no evidenciaron ninguna alteración hepática, alega, en esencia, que a finales del mes de enero D. _____ acudió al Neurólogo de su Centro de Atención Primaria, quien le confirmó que la serología para lúes había resultado positiva, lo que, a su juicio, explicaría los síntomas neurológicos que presentaba, motivo por el que decidió repetir la prueba y practicar punción lumbar con carácter preferente para confirmar el diagnóstico.

Sin embargo -continúa en esencia la demanda- la punción lumbar no se realizó, habiendo aportado los recurrentes informe emitido por J.F. _____ de Neurología del Hospital _____, en el que se afirma que tras confirmarse el resultado de la segunda serología se solicitó el ingreso programado con carácter preferente para descartar neurolúes. Y tras detallar el contenido de tal informe, señalan las recurrentes que, por lo tanto, ambas serologías resultaron positivas, tanto que se trató de avisar al paciente para que ingresara de forma preferente al objeto de descartar neurolúes.

Asimismo se detalla en la demanda el ingreso del paciente el día 27 de abril de 2004 en el mismo Servicio de Urgencias del Hospital _____ añadiendo, también en síntesis, que D. _____ falleció sin conocer el origen de su cuadro clínico y sin que se le hubiera practicado la punción lumbar a pesar de estar prescrita con carácter

R.C.A.Nº 669/05

preferente, constando en el informe de alta por exitus, de fecha 28 de abril de 2004, el siguiente diagnóstico "Hepatitis aguda fulminante con fracaso hepático y éxitos (sic) en enfermo con antecedentes de probable neurosífilis y diseminación luética y sepsis de origen probablemente biliar asociado". Causa de la muerte: fracaso hepático y parada cardio respiratoria.

En definitiva, se señala en la demanda que a pesar de los antecedentes clínicos que tenía el paciente y del resultado arrojado por las dos serologías, no se practicó la punción lumbar para el examen del líquido cefalorraquídeo, aún cuando el neurólogo la había ordenado con carácter preferente, lo que hubiera permitido llegar al diagnóstico correcto de la verdadera patología que aquejaba al paciente e instaurar el tratamiento adecuado de forma precoz.

Los facultativos responsables de la salud del paciente —continúan las recurrentes— insistieron en el diagnóstico de demencia senil aún cuando se presentó como cierta la posibilidad de una afectación del sistema nervioso por lúes. Pero, además, el Servicio de Microbiología-Laboratorio de Serologías informó del resultado contradictorio de los análisis practicados entre las pruebas treponémicas y las no treponémicas en ambas serologías. Teniendo en cuenta el elevado porcentaje de falsos positivos debió realizarse la punción lumbar lo que hubiera permitido despejar las dudas sobre el diagnóstico. A lo que se viene a añadir que es incierto que en Medicina de Enfermedades Infecciosas no se encuentre descrita la relación entre la sífilis (neurosífilis) y la sintomatología que motivó los diversos ingresos del paciente, así como la relación o conexión entre el padecimiento de neurosífilis y la afectación hepática.

Asimismo se señala en la demanda que las recurrentes reprochan también una falta de información a lo largo de todo el proceso asistencial, desde el resultado de la serología de lúes hasta el verdadero motivo del fallecimiento de su esposo y padre, ocultándoles la posibilidad de realizar una necropsia para conocer la causa de tan fatal desenlace.

En definitiva, entienden las recurrentes que concurren todos los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por su parte, la Administración demandada, tras remitirse íntegramente a los hechos consignados en el informe emitido por la Inspectora médica obrante a los folios 335 bis y siguientes del

R.C.A.Nº 669/05

expediente administrativo, alega, en síntesis, que la actuación médica en todo momento fue adecuada y correcta dada la sintomatología que presentaba el paciente, destacando que el 10 de febrero de 2004 el mismo es revisado por primera vez en la consulta de Neurología de zona, reclamando el resultado de la serología. Practicada nueva serología se confirman los resultados en el Servicio de Neurología para la realización de punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo.

Es correcto -se dice- no pautar tratamiento antes de realizar el estudio del LCR pues la administración de penicilina hubiera podido modificar los resultados del estudio y, por lo tanto, carecerían de valor diagnóstico.

Asimismo se señala que los resultados de las pruebas de Serología para sífilis concluyen que en el momento de realizar las pruebas no presentaba una sífilis activa, a lo que se añade que el único dato que puede confirmar la existencia de neurosífilis es la presencia de RPR en líquido cefalorraquídeo. El estudio del LCR no llegó a realizarse pero de los resultados de las pruebas serológicas señala el inspector médico que es muy probable (sic) que padeciera una neurosífilis.

El 27 de abril de 2004 el paciente acude de nuevo a urgencias con un cambio cualitativo en su sintomatología, considerándose compatible el cuadro clínico con un fracaso hepático agudo fulminante. Se inicia tratamiento y se decide su ingreso, produciéndose el fallecimiento del paciente durante su traslado a la planta.

Y concluye la Administración demandada que en todo momento la asistencia médica dispensada se realizó diligentemente ajustándose a la lex artis, produciéndose el fatal desenlace como consecuencia de la evolución de la propia patología de base del paciente y su edad de 82 años.

A lo que finalmente se añade que, en caso de desestimarse las anteriores alegaciones, se estima excesiva la cantidad solicitada, debiendo moderarse por el Tribunal.

QUINTO.- Para la adecuada resolución de la cuestión que se somete a la consideración de esta Sala, es necesario partir de los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial. La Sentencia de la Sección Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de fecha 17 de octubre de 2000 (Rec. 9201/1995) ha enumerado los siguientes:

R.C.A.Nº 669/05

- Que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar.

- Que aquella sea real efectiva y susceptible de evaluación económica.

- Que el daño sea imputable a la Administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendidos estos en el más amplio sentido de actuación, actividad administrativa o gestión pública, en una relación de causa a efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, sin que sea debida a casos de fuerza mayor.

La parte recurrente ha planteado una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada de la incorrecta asistencia sanitaria que considera que ha recibido; la responsabilidad patrimonial de la Administración tiene carácter objetivo pero, no obstante, no puede admitirse una consideración radical de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario y ello pues tal cosa supondría que cuando el resultado pueda imputarse a la asistencia prestada, debería entenderse que existe responsabilidad de la administración.

Se hace necesario, cuando los Tribunales se enfrentan ante un problema de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa (es decir, al tratamiento ó a la falta del mismo) y aquellos otros casos en que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos.

Según tiene dicho el Tribunal Supremo (Sentencia de fecha 25 de abril de 2002 (Recurso 503/1998): "Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesiones antijurídicas. El propio recurrente articula el motivo en base a una deficiente atención sanitaria, pero ya ha quedado establecido en el fundamento anterior que de la valoración de la Sala a quo efectúa de la prueba practicada y a la que este Tribunal ha de estar al no poder ser considerada ni arbitraria ni

R.C.A.Nº 669/05

absurda, resulta que tal atención fue la correcta desde el punto de vista científico".

Así pues, la jurisprudencia utiliza para hacer girar sobre él la existencia ó no de responsabilidad patrimonial, el criterio de la Lex Artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuando el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la Lex Artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (lex artis). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha Lex Artis; de exigirse solo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la Lex Artis.

SEXTO.- Para valorar la corrección de la asistencia sanitaria prestada en el supuesto de litis hay que tomar en consideración la prueba practicada en el procedimiento, debiendo destacarse, en primer lugar, que dicha actividad probatoria permite tener por acreditada la corrección de la asistencia sanitaria prestada a D. J. [redacted] los días 13 de noviembre y 13 de diciembre de 2003 y 1 de enero de 2004 y, así, en este sentido se pronuncia la Inspección Médica en el informe obrante en el expediente administrativo, sin que por parte del Perito [redacted], autor del dictamen aportado por la parte recurrente, se cuestione la concreta asistencia recibida en tales consultas e ingreso.

Ahora bien, sentado lo anterior, resulta también plenamente probado que en el ingreso de fecha 1 de enero de 2004 se inició estudio de demencia del paciente, solicitándose el 12 de enero serología para LUES (sífilis), cuyos resultados quedaron pendientes a la fecha del alta -19 de enero de 2004-. Y cuando el paciente acudió el 10 de febrero al Neurólogo de zona para estudio de su cuadro neurológico, este último reclamó la serología a

R.C.A.Nº 669/05

LÚES que se le había realizado en el hospital en el último ingreso, con un resultado de RPR y hemaglutinación positivas, IgG negativa, por lo que avisó al paciente el 17 de febrero de 2004, entregándole una nueva petición para confirmación.

Tras la realización de la nueva serología se confirmó el mencionado resultado, por lo que el Neurólogo de zona avisó al paciente el día 4 de marzo de 2004 para un ingreso programado preferente a cargo de Neurología para descartar neurolúes mediante punción lumbar y estudio del líquido cefalorraquídeo.

Y a este respecto se ha de notar que si bien en el informe del Médico Inspector se reseña el informe del Servicio de Endocrinología de fecha 18 de octubre de 2004 –obranste al folio 48 del expediente administrativo- en el que se indica que quedó pendiente una serología de LUES que resultó negativa, sin embargo el Perito Sr. [redacted] señala en las conclusiones de su informe que se trataba de un varón de 82 años con un cuadro de demencia rápidamente progresiva y “pruebas serológicas positivas en sangre para sífilis”, exponiendo igualmente en el resumen cronológico de su informe que el neurólogo de zona “reclamó la serología a lúes que se le había practicado en el hospital en el último ingreso, observando, posteriormente, que dicha serología era positiva (RPR y hemaglutinación positivas), por lo que avisó al paciente el 17 de febrero de 2004, entregándole una nueva petición para confirmación. Tras la realización de la nueva serología se confirmó el resultado, por lo que el día 4 de marzo se volvió a avisar al paciente para un ingreso programado a cargo de Neurología para descartar una neurolúes, mediante una punción lumbar”. Extremos los anteriores que resultan concordantes, y por lo tanto corroborados, con los reseñados en el informe de fecha 8 de junio de 2004 emitido por

E [redacted], obrante a los folios 220 y 221 del expediente administrativo, y en el que, en el apartado “Evolución” se señala que “Tras la primera visita en nuestra consulta se reclama resultado de la serología a lúes solicitada durante su ingreso hospitalario, con resultado de RPR y hemaglutinación positivas, IgG negativa, recomendando repetición de la serología en el plazo de un mes. Se avisa al paciente el 17/02/2004, entregándose nueva petición. Tras la realización de la misma, se confirma el resultado mencionado, avisándose al paciente el 04/03/2004 para solicitar ingreso programado preferente a cargo del servicio de Neurología para descartar neurolúes. Ante la falta de noticias sobre la evolución de dicho ingreso llamo telefónicamente a la familia del paciente el 06/05/2004, que me informan que ha estado ingresado a través del servicio de Urgencias por proceso febril agudo (desconozco otros detalles),

R.C.A.Nº 669/05

produciéndose el exitus en los días previos a mi llamada” A lo que añade como “Juicio Clínico: deterioro cognitivo de perfil clínico vascular. Serología a lúes positiva. A descartar neurolúes.”

Téngase en cuenta, además, que si bien en el Informe del Jefe de Servicio de Microbiología del Hospital F expresamente recogido en el informe de la Inspección Médica, se viene a indicar que los resultados no pueden valorarse como indicación de sífilis activa, sin embargo, no se puede desconocer que en tal informe también se expresan como “Consideraciones respecto a las pruebas serológicas” que: En el caso de este paciente se obtuvieron en las dos ocasiones resultados serológicos aparentemente contradictorios entre las pruebas. La interpretación de estos resultados no siempre es fácil y habría que valorar circunstancias y situaciones del paciente que pueden interferir en las pruebas analíticas. Tanto en la primera muestra, en la que se repitieron las determinaciones – provocó retrasar los tiempos habituales- para descartar posibles errores, como en la segunda muestra, solicitada por nosotros mismos, resultó RPR y Hemaglutinación positivas en desacuerdo con IgG ELISA negativa”. A lo que se añade a continuación que “Toda vez que la IgG ELISA es de las tres pruebas la más específica, y dadas las circunstancias clínicas del paciente, los resultados, comprobados idénticos en las dos muestras, no puede valorarse como indicación actual de sífilis activa”

Pues bien, ante tales resultados, el neurólogo de zona acordó solicitar ingreso programado preferente a cargo del servicio de Neurología para descartar neurolúes, resultando incuestionado que el único dato que puede confirmar la existencia de neurosífilis es la presencia de RPR positivo en líquido cefalorraquídeo –así se recoge en el propio informe de la Inspección médica-. Sin embargo, y pese a ser la única prueba que puede determinarlo, el ingreso para punción lumbar no se llegó a realizar y si bien señala el informe de la Inspección Médica que a la vista de los resultados de las pruebas serológicas es muy poco probable que el paciente padeciera una neurosífilis, sin embargo, en modo alguno se puede olvidar que en el propio informe de exitus, de fecha 28 de abril de 2004, consta: Hepatitis aguda fulminante con fracaso hepático y éxitus en enfermo con antecedentes de probable neurosífilis y diseminación luética y sepsis de origen probablemente biliar asociado. La causa final de la muerte fue fracaso hepático y parada cardio-respiratoria. informe de exitus se señala que

Así las cosas, no se puede sino concluir que no se realizó una prueba diagnóstica posible y adecuada, pese haber sido oportunamente prescrita, hasta el punto de que resulta indiscutido que el único dato que puede

R.C.A.Nº 669/05

confirmar la existencia de neurosífilis es la presencia de RPR positivo en líquido cefalorraquídeo, debiendo tenerse en cuenta que si bien la Inspección Médica señala que la sífilis no está descrita como causa de hepatitis fulminante, sin embargo, y por el contrario, el Perito I..., quien ha ratificado su informe a presencia judicial, establece como conclusiones las siguientes:

1. Se trataba de un varón de 82 años con un cuadro de demencia rápidamente progresiva, pruebas serológicas positivas en sangre para sífilis y que, finalmente, falleció por un cuadro de hepatitis fulminante y sepsis.
2. A pesar de que el neurólogo del ambulatorio recomendó un ingreso preferente para una punción lumbar y, así descartar una neurosífilis, ésta nunca llegó a realizarse.
3. Si se hubiese realizado dicha punción lumbar se hubiera podido llegar al diagnóstico de neurosífilis (demencia rápidamente progresiva con una serología, en sangre, positiva para dicha enfermedad) sugería ese diagnóstico.
4. Si se hubiera llegado al diagnóstico de neurosífilis, se habría instaurado un tratamiento específica en dosis millonarias.
5. Es conocida clásicamente la afectación hepática por la sífilis.
6. Se debería haber instaurado penicilina en dosis millonarias en el momento del diagnóstico de hepatitis, ya que tenía un diagnóstico previo de sífilis (pruebas positivas en sangre) y la hepatitis sifilítica era una posibilidad muy pausable.
7. El anterior punto no se cumplió por lo que el paciente perdió la oportunidad de ser tratado.

Y en sede de ratificación de su informe a presencia judicial –acto al que no compareció a Administración demandada a efectos de formular las aclaraciones que pudiera tener por convenientes, pese a estar citada en legal forma- insiste razonadamente, entre otros, en los siguiente extremos: que en principio no existió falso positivo con relación a las pruebas sexológicas para detección de sífilis en este paciente, sino que se hicieron dos que fueron positivas, a lo que añade que el paciente tenía sintomatología neurológica que junto con la serología hacía pausable la posibilidad de una neurosífilis como su neurólogo puso en conocimiento; que los órganos a los

R.C.A.Nº 669/05

que afecta la neurosífilis son los que tenía afectados el paciente -afectación del sistema nervioso central (demencia e infartos cerebrales) y afectación hepática-; que la causa final del fallecimiento fue la hepatitis, pero toda la historia clínica revela que el paciente tuvo una sífilis; que el retraso en la punción lumbar fue excesivo y que prácticamente ningún paciente fallece en la actualidad con penicilina salvo en el tercer mundo.

En consecuencia, resulta acreditado que se omitió la realización de una prueba diagnóstica que había sido prescrita con carácter preferente ante los resultados de unas concretas pruebas serológicas, prueba que era la única que podía confirmar o descartar una neurosífilis, en cuyo caso se podría haber instaurado un tratamiento específico con penicilina en dosis millonarias. Y todo ello sin olvidar que tal prescripción se produce ante los resultados de unas pruebas serológicas que, cuando menos, el Servicio de Microbiología del Hospital ... señala que eran contradictorias, y en un paciente, cuya forma de presentación, sugería ese diagnóstico.

Ahora bien, acreditado que tal prueba era necesaria para establecer el oportuno diagnóstico y que la misma fue cursada el propio día en que se solicitó, por el contrario en modo alguno constan -ni siquiera han sido apuntados- los motivos por los que tal prueba no se llegó a practicar. En este sentido, el Perito ... manifiesta que el retraso es excesivo pero la Administración demandada no consigna las razones, ni ha propuesto actividad probatoria tendente a explicitar o detallar el curso o vicisitudes de la solicitud, o cualquier incidencia que pudiera afectar al lapso temporal para su efectiva realización.

Por consiguiente, y sin necesidad de más consideraciones, ya se ha de concluir que concurren todos los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, en la medida en que la asistencia sanitaria prestada no puede considerarse la adecuada a las circunstancias del caso, al no haberse adoptado todas las medidas oportunas y posibles para el adecuado y completo diagnóstico de las dolencias padecidas por el Sr. ..., lo que generó la pérdida de la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado y, por lo tanto, de posible supervivencia, lo que determina la necesidad de examinar la indemnización al efecto procedente.

SÉPTIMO.- Así las cosas, en relación con el quantum indemnizatorio que corresponda por el fallecimiento del ... atendida la edad del paciente en la fecha de los hechos, así como sus circunstancias familiares, y ponderados todos los elementos concurrentes en el caso de

R.C.A.Nº 669/05

autos, se estima procedente conceder, por todos los conceptos y comprendida ya su actualización a la fecha de la presente Sentencia, la cantidad prudencial de 60.000 euros; cantidad que, como se ha dicho, se estima adecuada y ponderada a la totalidad de las circunstancias concurrentes en el presente caso, y ello frente a la suma de 160.000 euros que, sin concreto desglose ni justificación, se reclama por la parte recurrente, y que, por lo tanto, se considera excesiva.

OCTAVO.- Por lo que se refiere a las costas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, no se estiman méritos para hacer expresa imposición a ninguna de las partes procesales.

Vistos los preceptos citados y demás concordantes de pertinente aplicación.

FALLAMOS

Que ESTIMANDO PARCIALMENTE el recurso contencioso-administrativo nº 669/05, interpuesto por la Procuradora D.^a Paloma Solera Lama, en nombre y representación de D.^a :

contra la desestimación presunta de la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon las recurrentes ante el en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D. por la deficiente asistencia sanitaria recibida, debemos declarar y declaramos que la resolución impugnada no es conforme a Derecho, y, en consecuencia, la anulamos, condenando a la Administración demandada a abonar a la parte recurrente la cantidad de 60.000 euros. Sin costas.

Así, por esta nuestra sentencia, juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PALOMA SOLERA LAMA
PROCURADORA DE LOS TRIBUNALES
Avila, 10. Bto. Ext. Dcha.
Tel/Fax: 915715077
28020 MADRID.

R.C.A.Nº 669/05

PUBLICACION: Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por la Magistrada Ilma. Dña. Margarita Pazos Pita, Ponente que ha sido para la resolución del presente recurso, estando celebrando audiencia pública esta Sala, de lo que, como Secretario de la misma doy fe.