



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 10 de febrero de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 11 de enero de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxxxxxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 13 de enero de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 46/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

Primero.- Con fecha 29 de agosto de 1997, Dña. xxxxxxxxxxxxxxxx es atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx por dolor en la rodilla derecha y dificultad para la movilización y apoyo de la pierna derecha, como consecuencia de una caída accidental en la calle. Se aprecia: "rodilla derecha inflamada, con dolor a nivel lateral interno-superior y zona poplíteica que aumenta a la palpación sin presentar choque rotuliano ni signos de cajón ni



dolor a lateralizaciones, existiendo dificultad en la flexoextensión". Realizado un estudio radiológico, se descarta patología ósea aguda, siendo la impresión diagnóstica de "contusión en rodilla derecha con esguince de ligamento lateral interno". La rodilla se inmoviliza en posición funcional con férula de escayola, prescribiéndosele reposo absoluto durante tres días y posterior reposo relativo.

El 30 de agosto regresa a urgencias por continuar el cuadro doloroso, confirmándose el diagnóstico de esguince del ligamento lateral interno, añadiendo un nuevo analgésico al tratamiento.

El 3 de septiembre de 1997 acude a la consulta de traumatología en el hhhhhhhhhhh. El Dr. yyyyyyyyyyy recoge los antecedentes y el diagnóstico reflejados en urgencias, solicita un nuevo estudio radiológico y refuerza la férula de yeso en extensión.

El 15 de septiembre de 1997, nuevamente en esta consulta, se sustituye la férula por un vendaje compresivo que deberá mantener durante aproximadamente 10 días.

A los 15 días regresa a la consulta; se aprecia una ligera mejoría y se le indican ejercicios de cuádriceps. En la revisión de 16 de octubre de 1997, al no apreciarse una evolución satisfactoria, se solicita la realización de una resonancia magnética nuclear. Ésta es efectuada el 24 de octubre de 1997, indicando el informe que "no se aprecian roturas meniscales, si bien sí existe una degeneración de grado I en el cuerno posterior del menisco interno, los ligamentos cruzados y colaterales están íntegros, el tendón rotuliano y del cuádriceps son normales y se aprecia una mínima cantidad de líquido articular; tampoco se identifican lesiones osteocondrales ni alteraciones de la señal medular ósea, apreciando únicamente imagen sugestiva de islote óseo en la meseta tibial interna".

El 31 de octubre de 1997, a la vista del informe, el traumatólogo decide realizar tratamiento rehabilitador, solicitando valoración por este servicio ante la lenta evolución de la paciente.

El 23 de diciembre de 1997 acude al Servicio de Rehabilitación del Hospital de hhhhh. En la exploración se aprecia "rodilla derecha con buen aspecto sin derrames ni calor, discreta atrofia de cuádriceps derecho, dolor en cara externa de rodilla derecha con movilidad normal y la exploración de la



fuerza del cuádriceps presenta un balance de 4/4+”. La impresión diagnóstica del médico rehabilitador es la de gonalgia y meniscopatía, prescribiendo tratamiento rehabilitador con interferenciales y ejercicios, que se inicia el 22 de abril de 1998. Al no mejorar pese a la aplicación de varias terapias, se finaliza el tratamiento, remitiendo a la paciente a traumatología en el hhhhhhhhhhhhh.

El 21 de mayo de 1998 el Dr. yyyyyyyyyyy remite a la interesada al Servicio de Traumatología del Hospital de xxxx debido a la sintomatología de dolor agravado que ésta le refiere.

El día 16 de junio de 1998 la paciente es examinada en el Hospital de xxxx, figurando en la exploración del traumatólogo: “dolor en compartimento externo de rodilla derecha con punto meniscal positivo, signos de Mc Murray y Steinmann externos positivos, claudicación de butaca positiva y signo del puente positivo”. Se programa cirugía mayor ambulatoria para artroscopia por meniscopatía externa en rodilla derecha y para realizar valoración del alerón externo.

La intervención se efectúa el 23 de noviembre de 1998, visualizándose los dos meniscos íntegros y siendo rebajado ligeramente el menisco externo. No son apreciados signos degenerativos condrales, pero sí se observan restos de hemosiderina e ingurgitación de la bolsa de Hoffa y plica sinovial, que se seccionan, retirándose los restos tras un abundante lavado. En el informe de la artroscopia se describe lo siguiente: “sinovitis fibrosa intercondílea con hipertrofia de la bolsa de Hoffa, coloración amarillenta, depósitos de siderina sobre sinovial, realizando extirpación monitorizada de la misma y encontrando las estructuras meniscales y ligamentos cruzados normales”.

El 3 de diciembre de 1998, en la consulta de traumatología, se señala en la historia clínica como diagnóstico “sinovitis amarillenta con zonas parduscas de siderina” y se inicia tratamiento con infiltraciones (5 sesiones completadas el 28 de enero de 1999).

El 17 de agosto de 1999 el traumatólogo Dr. ddddd emite un informe con diagnóstico de sinovitis crónica.

Segundo.- Dña. xxxxxxxxxxxxxx, mediante escrito presentando el 26 de noviembre de 1999 ante el INSALUD, reclama la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por la aparición de una sinovitis crónica en su rodilla



derecha como resultado –en su opinión– del mal tratamiento recibido a resultas del traumatismo sufrido el 29 de agosto de 1997. Considera que no fue diagnosticada y tratada a tiempo, y llega a afirmar, teniendo en cuenta el informe que pone fin al tratamiento rehabilitador, lo siguiente:

“A la vista de dicho informe manifestamos que ha habido un error médico evidente puesto que en una paciente de mis características, con un problema de derrames continuos, dimanantes de una sinovitis se le debería haber aplicado un tratamiento encaminado a eliminar el problema de acumulación sinovial y no una rehabilitación muscular”.

Considera, resumidamente, que hay relación de causalidad directa, pues antes del citado accidente no padecía ninguna enfermedad o dolencia relacionada con una sinovitis en su rodilla derecha, y posteriormente sí, por las causas señaladas. Reclama 50 millones de pesetas (incluye los daños morales) y los intereses legales.

Tercero.- Constan en el expediente la historia clínica de la interesada del Hospital hhhhhhhhh y del proceso de rehabilitación, así como, entre otros, los siguientes informes:

- Informe de la Dra. vvvvvvvv, coordinadora del Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxxxx, de 5 de enero de 2000, en el que señala que tras descartar patología “urgente” ósea o ligamentosa, se inmovilizó la rodilla y se puso tratamiento analgésico, como es habitual. Respecto a la sinovitis, manifiesta que ésta no se aprecia en una radiografía simple y que la exploración de la enferma no indicaba derrame articular. Añade que en el Servicio de Urgencias no se realizaron pruebas tipo RMN, y se indicó la visita por su traumatólogo en 5-7 días.

- Informe del Dr. yyyyyyyyyyy, traumatólogo del C.E.P. hhhhhhhhhhhhh, de 12 de enero de 2000, en el cual se relata que el 3 de septiembre de 1997 es examinada por traumatismo de rodilla con el diagnóstico de esguince lateral interno, emitido en el informe de urgencias. Se sustituye la férula de escayola por un vendaje compresivo y se inician revisiones periódicas, en las que se evidencia falta de respuesta positiva, por lo que se solicita RMN, ante cuyo resultado se intenta tratamiento rehabilitador. Hasta mayo de 1998 no fue vista nuevamente en consulta, fecha en que solicitó ser nuevamente remitida a traumatología del Hospital de xxxxx.



Cuarto.- La Inspección Médica, con fecha 2 de junio de 2000, emite un informe señalando, entre otras cosas:

“En la presente reclamación se está atribuyendo a los Servicios Sanitarios públicos del INSALUD una actuación negligente en la atención de Dña. xxxxxxxxxxxx que da lugar a que esta paciente desarrolle una sinovitis crónica; estableciendo de esta forma una relación de causalidad entre la asistencia prestada y la lesión que finalmente se le diagnostica `sinovitis crónica`. Ahora bien, la etiología de esta alteración hay que buscarla en el traumatismo sufrido en la rodilla derecha, estando encaminada la atención médica a evitar, dentro de lo posible, el camino evolutivo hacia la misma. Por ello, la asistencia prestada debe ser adecuada en tiempo y forma tanto desde el momento inicial, después de haber sufrido el traumatismo, como durante su evolución posterior, condición ésta que de no cumplirse implicaría relación de causalidad con la complicación finalmente padecida.

»(...).

»Conclusiones:

»- El diagnóstico de contusión de rodilla y esguince de ligamento así como el tratamiento realizados el día 29/8/97 en el Servicio de Urgencias del Hospital de hhhhhhh, se adecuan a la clínica que la paciente presentaba en ese momento; no existiendo en la exploración choque rotuliano lo que descarta derrame articular, manifestación clínica de la sinovitis.

»- En el registro de la segunda visita al mencionado Servicio realizada 12 horas después no aparecen registrados datos de exploración.

»- La primera connotación de evolución no favorable de la paciente tras la retirada de la inmovilización se realiza en la consulta de traumatología del Dr. yyyyyyyyyyyyyy de fecha 30/9/97 donde se califica la mejoría de la paciente de discreta, evolución no satisfactoria que continúa a los 16 días, tras la realización de ejercicios de cuádriceps, dando lugar a que se solicite estudio de R.M.N. Los resultados inespecíficos de este estudio en los que sólo se aprecia como signo patológico la presencia de mínimo contenido de líquido intraarticular motivan que se solicite tratamiento rehabilitador.



»- Este tratamiento rehabilitador se solicita al mes de haberse considerado por primera vez la evolución como no favorable y tras disponer de los resultados de la R.M.N., siendo aplicado, previa consulta con médico rehabilitador, a los 6 meses y 22 días –en negrita en el original– de haberse realizado esta consideración.

»- Como consecuencia de la no-mejoría con el tratamiento rehabilitador, la paciente es consultada en el Servicio de Traumatología del Hospital de hhhhhhhhhh, siendo programada para realización de artroscopia el 23/11/98. Durante el tiempo transcurrido hasta la realización de la artroscopia en ninguna exploración de las realizadas por traumatología o por rehabilitación se constata la presencia de derrame articular.

»- Los hallazgos de la artroscopia se corresponden a lesiones inespecíficas producidas por los efectos inflamatorios que el traumatismo inicial pudo haber ocasionado en las estructuras internas articulares, descartándose la existencia de lesiones específicas ligamentosas, óseas o meniscales que hubiesen requerido reparación en su momento”.

Quinto.- Consta en el expediente el informe del Dr. gggggggggggg, a solicitud de la compañía de seguros, de fecha 11 de septiembre de 2000, en el cual se afirma, entre otras cosas: “En resumen, el tratamiento y planteamiento del problema han sido correctos, no observándose negligencia médica, aunque desgraciadamente la evolución no haya sido satisfactoria”. Se formulan, además, las siguientes conclusiones:

“1. Doña xxxxxxxxxxxx sufre traumatismo sobre rodilla derecha el 29-8-97, siendo correctamente tratada en el Hospital de hhhhh.

»2. Se plantea RMN, sin aclarar de forma significativa la patología.

»3. Se plantea tratamiento rehabilitador, con evolución no satisfactoria.

»4. Se plantea artroscopia diagnóstica y terapéutica, tras firmar el consentimiento informado, informando del riesgo de derrames posteriores, llevándose a cabo el 23-11-98, no encontrándose patología concreta que justifique la clínica de la paciente.



»5. Todo el tratamiento, si bien prolongado en el tiempo, ha sido correcto.

»6. No se ha llegado a un diagnóstico etiológico concreto que justifique la clínica ni la sinovitis de repetición”.

Sexto.- En la reunión de la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil, de 13 de septiembre de 2000, se rehúsa la reclamación.

El trámite de audiencia a la interesada tiene lugar el 16 de octubre de 2000, obteniendo la misma una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El 3 de noviembre de 2000 presenta escrito de alegaciones, señalando que hubo error de diagnóstico y tratamiento, pues no se diagnosticó a tiempo y no se trató adecuadamente la sinovitis, la cual no padecía antes del traumatismo. Añade que los daños se agravan por su edad –es joven– y por las depresiones y los trastornos causados a la familia.

Aporta la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 23 de noviembre de 1999, con declaración de incapacidad permanente total por sinovitis crónica en rodilla derecha con dificultad para trabajos en bipedestación prolongada.

A efectos de terminación convencional, solicita una indemnización de 25 millones de pesetas.

El 26 de octubre de 2004 la interesada reitera su petición, solicitando 120.202,40 euros de indemnización.

Séptimo.- Con fecha 25 de noviembre de 2004, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.

Octavo.- La anterior propuesta es remitida el 25 de noviembre de 2004 a la Dirección General de Administración e Infraestructura de la Gerencia Regional de Salud. El día 1 de diciembre de 2004, el Director General de Administración e Infraestructura firma propuesta de orden de la Consejería de



Sanidad, desestimando la reclamación. Se basa en la consideración de que no hay un nexo causal y que la actuación médica fue ajustada a la *lex artis*.

Noveno.- El 16 de diciembre de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen, según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f) del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, en la resolución que se dicte debe añadirse el correspondiente pie de recurso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 8.3 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Además, hay que añadir la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.



3^a.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

No es ajeno este Consejo a la polémica que puede suscitar el caso analizado en relación con la atribución de la competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haberse iniciado antes de la fecha de efectividad del traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León –1 de enero de 2002, conforme a la letra k) del Acuerdo de traspaso aprobado por el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre–. Tal cuestión quedaría solventada mediante Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de julio de 2003, que estableció, en un supuesto de denegación presunta por silencio administrativo y teniendo en cuenta el traspaso a la Comunidad Autónoma de Madrid de las funciones y servicios del INSALUD, con efectos desde el primero de enero de 2002, que “hemos de considerar aplicable la doctrina que establecimos en Sentencia de 30 de junio de 2003, en la que decíamos que si bien es cierto que la función del silencio administrativo es posibilitar al administrado el acceso al control jurisdiccional de la legalidad de la petición no contestada por la Administración, de modo que más que un acto en sentido estricto, es un eficaz medio para garantizar que aquel podrá acceder a una tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses legítimos frente a la falta de respuesta expresa de la autoridad administrativa, sin embargo ello no obsta a que la atribución presunta de una determinada voluntad a la Administración, como consecuencia de aquella inactividad dentro del plazo legalmente establecido, no deba residenciarse en un determinado órgano administrativo, que, en su caso, habrá de ser normalmente el que fuere competente a la fecha en que aquella presunción se pudo hacer realidad como consecuencia del transcurso del mencionado término, puesto que con su conducta de pasividad es el que dio lugar a que a la voluntad administrativa se le pueda dar un sentido definido, en orden a poder acudir a su control jurisdiccional”.

De lo anteriormente expuesto se deduciría que se ha asentado la doctrina de que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas no asumen las deudas derivadas de supuestos de responsabilidad patrimonial reclamadas antes del 30 de junio de 2001, incluso cuando la demanda contra la



entidad gestora se interponga en el año 2002, puesto que el órgano competente para conocer de la reclamación “es aquel que dio lugar a que se interpusiera la demanda”. Aplicada esta conclusión a expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciados antes del 30 de junio de 2001, resultaría que sería la Administración del Estado (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad) la competente para conocer y resolver sobre las mismas.

Ciertamente, la cuestión de la competencia, en relación con expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria iniciados a partir del 1 de julio de 2001, es bastante más clara, correspondiendo, sin duda, a la Administración de la respectiva Comunidad Autónoma. Así lo ha entendido el Consejo de Estado en un expediente de responsabilidad patrimonial sanitaria, iniciado por solicitud de 5 de julio de 2001, en el cual se señala lo siguiente (Dictamen 3623/2003):

“Únicamente debe resaltarse que la competencia resolutoria corresponde a la Comunidad de Madrid, en virtud del Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, por el que se transfirieron las competencias sanitarias. En efecto, aunque la intervención quirúrgica discutida se produjo el día 7 de junio de 2000 y la reclamación se ha presentado el 5 de julio de 2001 –antes, por tanto, de la transferencia de las competencias sanitarias–, la Comunidad de Madrid es quien debe tramitar y resolver este procedimiento de responsabilidad patrimonial, teniendo en cuenta que el artículo 20.1 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico, impone esta solución para los expedientes en tramitación en el momento de hacerse efectiva la transferencia”.

En cualquier caso, este Consejo entiende que habiéndose efectuado la tramitación del procedimiento por la Administración Autonómica y habiendo formulado ésta la propuesta de resolución, en el estado actual de la cuestión competencial, cabe la resolución por el Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León (en igual sentido se ha manifestado este Órgano Consultivo en los Dictámenes 66/2003, de 22 de enero de 2004, o 54/2004, de 25 de febrero de 2004).

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 26 de noviembre



de 1999, antes de transcurrir un año desde que se confirma definitivamente la sinovitis crónica que padece la interesada (17 de agosto de 1999).

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea



consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 1 de diciembre de 2004 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho IV y V, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada.

La citada propuesta argumenta de la siguiente forma la inexistencia de una relación de causalidad entre el daño sufrido por la reclamante –la sinovitis crónica– y la actuación sanitaria:

“Pues bien, contrariamente a lo sustentado por la reclamante, no puede apreciarse una relación de causa a efecto entre el daño sufrido, la sinovitis crónica, y la actuación sanitaria puesto que conforme a la jurisprudencia anteriormente expuesta, estimamos que se ha actuado en todo momento conforme a los criterios de la *lex artis ad hoc*, ateniéndonos a los datos aportados al expediente por los informes médicos”.

Resume la propuesta los motivos desestimatorios del siguiente modo:

“Por tanto, puede concluirse que, cumplidos los requerimientos de la *lex artis* en orden a poner a disposición de la paciente los medios y tratamientos adecuados a la clínica padecida, en el contexto de un necesario diagnóstico diferencial con respecto a otras patologías con sintomatología y clínica similares, no puede seguirse una relación causal entre la actuación sanitaria y el daño sufrido por D^a xxxxxxxxxxxxxxx, siendo ‘el origen del problema un traumatismo sufrido por la paciente, y no el tratamiento efectuado’, en palabras del Dr. yyyyyyyyyyyyyy, lo que contraviene la antijuridicidad del daño alegado”.

En los párrafos citados se menciona la relación de causalidad, vinculándola, así mismo, al respeto a la *lex artis*. Parece conveniente analizar



ambos conceptos –en gran medida relacionados–, concretando su aplicación al caso que nos ocupa.

Este Consejo considera, en primer lugar, que la documentación obrante en el expediente no permite afirmar con el suficiente grado de seguridad que la sinovitis crónica que padece la reclamante sea consecuencia de la actuación de la Administración sanitaria. Por otro lado, tampoco existen pruebas de peso que evidencien una vulneración de la *lex artis*.

En este punto, cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica. Como es sabido, esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 ó 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Dicho esto, cabe reiterar que, con independencia de la valoración del tratamiento efectuado, no hay prueba suficiente de que la sinovitis crónica que



padece la reclamante sea consecuencia de la actuación de la Administración sanitaria. La interesada insiste –y es uno de sus argumentos de más peso– en que antes del accidente (29 de agosto de 1997) no la sufría y posteriormente sí (se confirma el diagnóstico definitivo el 17 de agosto de 1999). Pero este solo dato no es suficiente para concluir que la sinovitis fue causada por la atención sanitaria (diagnóstico y tratamiento).

Al respecto, el Dr. gggggggggggg, en la página 7 de su informe, señala que “el origen del problema es un traumatismo sufrido por la paciente, y no el tratamiento efectuado”. A continuación, incluso afirma que la presencia de depósitos de siderina llevaría a un diagnóstico diferencial con otras diversas causas.

El informe de la Inspección Médica (primer párrafo de sus consideraciones) afirma genéricamente que la adecuada asistencia en tiempo y forma desde el momento inicial es condición que, de no cumplirse, implicaría relación de causalidad con la complicación finalmente padecida. Pero posteriormente no realiza una concreta conclusión que ponga en relación el diagnóstico y tratamiento efectuado con la sinovitis crónica. Es más, en general avala el diagnóstico y tratamiento efectuado, insistiendo en la falta de derrames articulares de suficiente entidad como para ser considerados un claro signo de sinovitis. Es cierto que llama la atención sobre el tiempo de inicio del tratamiento rehabilitador –“parece excesivamente largo”– y que resalta el hecho de que la artroscopia se realizó pasado un año desde la petición de tratamiento rehabilitador, mas –dejando aparte que no hay prueba sobre si el retraso fue injustificado o no, teniendo en cuenta otras necesidades a las que también tuviera que atender la Administración sanitaria– no llega a ninguna conclusión referente a que tales dilaciones temporales hubiesen sido la causa de la sinovitis crónica.

Por otro lado, el Dr. gggggggggggg afirma, en una de sus conclusiones, que “todo el tratamiento, si bien prolongado en el tiempo, ha sido correcto”, añadiendo que “no se ha llegado a un diagnóstico etiológico concreto que justifique la clínica ni la sinovitis de repetición”.

Frente a estos juicios –y aun suponiendo un retraso en el tratamiento rehabilitador–, la reclamante –a la que corresponde la carga probatoria– no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar con una cierta seguridad que la sinovitis crónica fue consecuencia del diagnóstico o



tratamiento recibido, o que fue mal diagnosticada o tratada, con vulneración de la *lex artis* (téngase en cuenta, en relación con el retraso en la rehabilitación, que la reclamante llega a afirmar –hecho quinto del escrito inicial– que no se le debía haber realizado musculación; por lo tanto, desde este punto de vista, ese retraso no incidiría en la sinovitis crónica padecida a la postre).

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.