CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero y Ponente
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 2 de octubre de 2013, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx, representado por D. yyyy,* 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 3 de septiembre de 2013 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 D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1 (xxxx2).*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de septiembre de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 679/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Rey Martínez.

Primero.- El 18 de enero de 2010 D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx, de 57 años de edad, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1 (xxxx2).

Expone que, debido al tratamiento continuado con corticoides a que se sometió al paciente desde el mes de octubre de 2007 para la colitis ulcerosa que padecía, se le ha provocado tendencia a la fractura y debilidad de huesos, pérdida de densidad y a la compresión de vértebras. De hecho considera que lo que comenzó siendo un cuadro de colitis se ha convertido en un cuadro grave del aparato locomotor global por el que el paciente se encuentra en una situación de dependiente de terceras personas.

Adjunta a su reclamación copia del poder de representación y de varios informes médicos relativos a la asistencia sanitaria recibida.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, dictamen médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora y el informe de la Inspección Médica, de 6 de mayo de 2010, que resume los informes elaborados por los diferentes servicios que asistieron al paciente: Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Aparato Digestivo, que concluyen que la asistencia y tratamiento pautado ha sido correcto en todo momento.

Tercero.- El 16 de julio de 2010 el interesado presenta escrito en el que valora los daños hasta el momento en 679.886,47 euros al que acompaña informe pericial de parte en el que se manifiesta la relación de causalidad entre la patología que presenta el paciente y la corticoterapia prolongada a la que fue sometido, sin haberse adoptado las medidas necesarias preventivas para la aparición de otseoporosis y otros efectos secundarios. Se adjunta también copia de la Resolución de la Dirección Provincial del INSS de xxxx2 de 9 de junio de 2010 por la que se califica a Don xxxx en situación de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad común; factura de intervención en el hombre izquierdo (rotura del manguito rotador) el 25 de septiembre de 2009 en la clínica hhhh por importe de 5.500 euros, e informe de la misma clínica sobre la misma intervención en el hombro derecho el 30 de abril de 2010.

Cuarto.- El 27 de febrero de 2011 el Jefe del Servicio de Unidad de Raquis/Columna emite informe sobre el estado de salud del paciente.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia al reclamante, no consta que presentara alegaciones.

Sexto.- El 18 de julio de 2013 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Séptimo.- El 14 de agosto de 2013 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

Octavo.- Consta en el expediente la documentación acreditativa de haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (P.O. 115/2011).

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se formula la reclamación (18 de enero de 2010) hasta que se formula la propuesta de orden (18 de agosto de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la

Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución

3ª.- Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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 de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén 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 ad hoc* abarca no sólo

intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Así, en cuanto a los síntomas y proceso asistencial pautado al paciente, (además de presentar como antecedentes médicos de interés al tiempo de acaecer los hechos que motivan la reclamación los de cardiopatía isquémica, angioplastia coronaria en 1989, neumoconiosis simple, silicosis grado II, dislipemia, cólico nefrítico izquierdo, neuralgia del trigémino, colitis ulcerosa con primer brote de pancolitis en octubre de 2007, cuadros neumónicos que obligaron a ingreso, siendo el paciente bebedor de hasta 90 grs/etanol/día hasta octubre bebedor de dos vasos de vino al día y fumador hasta hace 18 años), fue diagnosticado de colitis ulcerosa por el Servicio de Digestivo con base en la colonoscopia y biopsias realizadas con el primer brote de pancolitis

en octubre de 2007, motivo por el que el paciente inició tratamiento con corticoides y mesalazina.

En noviembre y diciembre de 2007 el paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna por nuevo brote de colitis ulcerosa con índice de actividad moderada, le pautaron tratamiento, de acuerdo a la situación clínica que presentaba en ese momento, con buena evolución y tolerancia y le remitieron para control de dicho tratamiento y seguimiento al Servicio de Digestivo. En el referido Servicio se pautó reposo digestivo, sueroterapia y corticoides, y quedó asintomático con tratamiento de claversal, prednisona, omeoprazol, orfidal y spasmoctyl.

En mayo de 2008 el paciente volvió a ingresar por un brote de colitis ulcerosa refiriendo que en marzo de 2008 había sufrido un TEP. Las pruebas que se le realizaron sugirieron colitis ulcerosa con actividad leve o moderada. Al ingreso se retiró el sintrom, se le realizó profilaxis con heparina y fue transfundido con dos concentrados de hematíes y con el tratamiento habitual de colitis ulcerosa mejorándo el cuadro clínico del paciente.

Posteriormente Don xxxx ha sido tratado por el Servicio de Traumatología por presentar dolor lumbar con irradiación a extremidades inferiores, con clínica radicular de tipo ciático bilateral y sintomatología motora en forma de pérdida de fuerza y disminución de reflejos osteotendinosos. En los estudios radiográficos realizados al paciente se observó aplastamiento vertebral superior de L4 y mínimo aplastamiento central en L3 y fue remitido a la Unidad de Columna del Hospital de xxxx2 para tratamiento. Finalmente el paciente fue intervenido en enero de 2009, realizándosele recalibrado del canal y artrodesis L3-L5 circunferencial.

En cuanto a la patología de hombros, el paciente presentó lesión del manguito rotador por tendinosis del supra e infraespinoso con rotura parcial en supraespinosas, lesión del labrum glenoideo, artrosis acromioclavicular, bursitis y derrame articular glenoumeral. En septiembre de 2009, Don xxxx fue intervenido del hombro izquierdo mediante acromioplastia con bursectomía y reinserción del manguito rotador.

Lo primero que debe recordarse, tal y como se señala por la propuesta de resolución, es que se está ante un paciente "pluripatológico que para el

tratamiento de sus enfermedades ha necesitado la utilización de esteroides, especialmente para el tratamiento de su colitis ulcerosa, ya que sin estos tratamientos es probable que el proceso inflamatorio intestinal no hubiera podido ser controlado y el desenlace del proceso podría haber sido fatal".

En el supuesto que se analiza, respecto a las dolencias relativas a la lumbociática bilateral L5 junto con estenosis de canal medular, el informe de la Compañía Aseguradora del Sacyl, en consonancia con el Servicio Traumatología del Complejo Asistencial de xxxx2, es rotundo al afirmar que la lesión ha sido causada por una circunstancia no ligada a la administración de corticoides, ya que las lesiones vertebrales osteoporóticas tienen unas características distintas a la lesión referida y tras un estudio detallado de la sintomatología, evolución y exploración del paciente, llega a afirmar que "no hay duda, por la situación topográfica y correlación evolutiva que el (de) origen es neurógeno".

A similares consideraciones se llega respecto a la repercusión corticoidea sobre la masa muscular, -miopatía esteroidea (ME)-. "El aporte exógeno excesivo de glucocorticoides puede conducir a la ME. Existe una gran variabilidad individual en el momento de aparición de los síntomas, lo que en parte está determinado por la dosis utilizada. No existe una prueba diagnóstica definitiva, salvo la biopsia por exclusión; la mejoría de la debilidad muscular a las 3-4 semanas de una reducción adecuada de la dosis del corticoide confirma el diagnóstico, (Fernández Castro M y cols. Miopatía esteroidea Seminarios de la Fundación Española de Reumatología 9, 4, 201-206. 2008)

»En agosto 2002 se realiza estudio EMG que evidencia afectación primaria de fibras musculares en extremidades inferiores que afectan a segmentos proximales y distales junto a polineuropatía sensitiva muy distal de grado leve y posible origen axonal, sin evidencia de actividad espontánea. Este cuadro es compatible con una miopatía secundaria o neurogénica. Solo una biopsia demuestra, por exclusión, la etiología de estos procesos. Desde el criterio clínico no hay duda, por la situación topográfica y correlación evolutiva, que el origen es neurógeno.

»El estudio EMG (4-12-08) dice que en comparación con los anteriores estudios aparece reagudización del proceso neurógeno descrito con anterioridad que implica a ambos miotomas L5 con signos de severa degeneración axónica de carácter activo. Los parámetros de conducción en

MMII son de carácter evolutivo ya sea por una extensión extra foraminal del proceso subyacente o por la polineuropatía previamente descrita.

»Esto pone en evidencia que la considerada como miopatía cortisónica es inexistente, puesto que el proceso de pérdida de masa muscular de extremidades inferiores está condicionado al desuso por inactividad, como lo demuestra la persistencia en el vasto lateral derecho, tibial anterior y semitendinoso, de distribución limitada a los miotomas L5 bilateral en posible relación o con la radiculopatía o con un proceso de asta anterior de la médula. Hay ausencia de potenciales en los nervios peroneo superficial y sural derecho así como disminución de la velocidad de conducción motora en el nervio tibial izquierdo".

Por otro lado, en cuanto al tratamiento de las dolencias padecidas en ambos hombros, no resulta acreditado que guarden relación alguna con el suministro continuado de fármacos, tal y como señala tanto el informe de Dictamed como los del Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial de xxxx2.

Por lo tanto, al no existir indicios de que la asistencia prestada al paciente se realizara en contra de la *lex artis ad hoc*, debe concluirse que no concurren los requisitos exigidos para la existencia de la responsabilidad patrimonial que se reclama ya que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico, según ha quedado expuesto, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y al constar que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

III
CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1 (xxxx2).

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