



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 14 de septiembre de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 449/2022

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 12 de agosto de 2022 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. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 19 de agosto de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 449/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la Consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 24 de abril de 2020 D. yyy1 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia prestada en el Hospital hhh1 de xxxx, donde se le diagnosticó erróneamente fascitis plantar y se mantuvo dicho diagnóstico durante varios años sin realizarse más pruebas complementarias que permitiesen alcanzar el diagnóstico de la patología que realmente padecía, polineuropatía de las cuatro extremidades,



lo que determinó su empeoramiento e influyó en la evolución de la afectación neuropática que actualmente presenta, que hubiera sido menor y más favorable con los tratamientos adecuados.

No cuantifica la indemnización reclamada, pero señala que deberá comprender las partidas de secuelas, perjuicio estético, pérdida de calidad de vida, gastos de rehabilitación y ortopédicos, ayudas de tercera persona, pérdidas económicas por el reconocimiento de incapacidad permanente y lesiones temporales.

Aporta diversa documentación clínica sobre el proceso asistencial y sendos partes de alta por incapacidad temporal por mejoría de 15 de marzo de 2017 y 22 de enero de 2018.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica, informes del médico de familia del centro de salud hhh2 de 13 de junio, del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhh1 de 1 y 7 de julio, de su Servicio de Reumatología de 10 de julio, y de la Inspección Médica de 25 de septiembre, y dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración el 28 de noviembre, todos ellos de 2020.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia al reclamante, presenta alegaciones el 5 de noviembre de 2020 y el 22 de febrero de 2021, en las que reitera la pretensión.

A su vista, en escrito de 3 de marzo de 2021, la Inspección Médica se ratifica en su informe de 25 de septiembre de 2020.

Cuarto.- El 2 de agosto de 2022 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 5 de agosto de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León. Corresponde a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1. g), del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

No obstante, se incumple el plazo máximo de resolución y notificación establecido en su artículo 91.3, lo que no elimina la obligación de dictar resolución expresa conforme a lo dispuesto en el artículo 21.1 de la LPAC. Tal dilación 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 contraría los principios de buena administración y el de control del gasto público ligado a la consecución de los objetivos de estabilidad presupuestaria, considerado el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización se vaya a conceder a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.



3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. 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.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), a la que además se remite el artículo 81 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) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra 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 aquel que se pueda producir.



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 (recogida, entre otras, por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 21 de mayo de 2018, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), 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”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada, en la medida en que del expediente resulta que el proceso



asistencial fue adecuado a la *lex artis*, en relación con el diagnóstico y tratamiento de la patología que presentaba el paciente.

Así se pone de manifiesto en las conclusiones del informe de la Inspección Médica que considera que no ha existido una defectuosa asistencia sanitaria, por lo que propone la desestimación de la reclamación pues, a su entender, "estamos ante un paciente con una pluripatología concomitante y no excluyente del que en el momento presente se desconoce aún la etiología de la polineuropatía. Ha sido atendido, aparte de por sus médicos de Atención Primaria, (...) por los servicios de Digestivo, Hematología, Reumatología, Rehabilitación, Endocrinología, Medicina Preventiva, Nefrología, Traumatología, Neurología y Neurocirugía, Radiología, Laboratorio, Neurofisiología... y el que aún no se haya llegado a un diagnóstico etiológico no nos indica en ningún caso desatención, ni retraso, ni se objetiva en el estudio de su historia clínica una mala praxis o un incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, que justifique la presente demanda de responsabilidad patrimonial".

En apoyo de esta conclusión efectúa las siguientes consideraciones:

"(...) 2. Este paciente ha ido presentando una clínica variable a lo largo de los años y el diagnóstico clínico de una entidad, no invalida los otros diagnósticos. Fue diagnosticado en enero de 2014 de colitis ulcerosa, en el año 2015 de una fascitis plantar y en el año 2020 de una polineuropatía de la que a fecha de hoy no se conoce aún su etiología.

»Pero ha tenido también una pluripatología osteoarticular crónica:

- Miopatía con mialgias en abril de 2014.
- Artralgias crónicas persistentes en rodillas y tobillos.
- Bursitis subacromiodeltoidea con rotura parcial del supraespinoso en hombro.
- Artritis de muñeca y de dedos de la mano.
- Lumbalgia crónica inflamatoria y dolor sacroilíaco, objetivándose espondilosis L5-S1.
- Nefropatía por IgA
- Hiperproteïnemia mixta.

»Ha estado y está en tratamiento con: azatioprina, mesalazina, bisoprolol, Imidapril, Fenofibrato, Atorvastatina, Omeprazol y otros... entre



cuyos efectos secundarios nos encontramos de forma repetida con: rigidez, mialgias, artralgias, parestesias, polineuritis,...

»3. Y lo que el paciente alega, es que por un `error diagnóstico´ de la fascitis plantar, motivó un `retraso diagnóstico´ de la polineuropatía.

»Pues bien, como nos dice el Dr. yyy2: `el diagnóstico de fascitis plantar es fundamentalmente clínico y la ecografía lo confirma, pero no lo descarta´.

»La Dra. yyy3 (reumatóloga) lo vió entre mayo de 2014 hasta abril de 2016 y después del estudio que le realizó no lo derivó a Neurología, ya que en el EMG estaba dentro de la normalidad (no se objetivan signos de neuropatía en los nervios estudiados...) y si lo derivó a Endocrinología para valoración de posible insuficiencia suprarrenal y a Nefrología para estudio de proteinuria.

»4. Posteriormente y a petición del paciente cambió de médico a consulta con el Dr. yyy4 (reumatólogo también) quién le diagnóstico: raquialgia difusa de predominio muscular, metatarsalgia mecánica bilateral con leve artrosis en metatarsofalángica primer dedo de pie derecho y asimetría pelviana con cadera izquierda 1 cm más elevada. Lo que podría justificar perfectamente la fascitis plantar.

»5. Es más tarde visto en Neurología quienes tras realizar estudio neurofisiológico, RMN lumbar y estudio analítico le informan en febrero de 2020 que padece una polineuropatía de fibra fina y se inicia solicitud de pruebas analíticas para intentar establecer la etiología.

»En julio solo ha resultado positivo unos anticuerpos IgM, anti GM1 en sangre y se solicita estudio genético para estudio de amiloidosis hereditaria por transtirretina, enviando muestras al Hospital Universitario La Fe de Valencia y estando pendiente de su resultado”.

Por su parte, el dictamen pericial de la aseguradora de la Administración concluye en el mismo sentido, que no se ha encontrado evidencia objetiva de que haya existido error diagnóstico, demora diagnóstica, abandono en la atención del paciente o vulneración de la *lex artis*. Esta conclusión se apoya en las consideraciones siguientes:



“(...) se trata de un paciente con múltiples antecedentes patológicos entre los que destaca la presencia de una colitis ulcerosa en seguimiento por el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital hhh1 de xxxx y pluripatología osteoarticular crónica con elevación de marcadores de actividad inflamatoria, que afecta a diversas regiones osteoarticulares (hombros, rodillas, tobillos, muñecas y columna) por lo que había sido valorado por los servicios de Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y Neurocirugía de este hospital.

»Desde principios de 2014, presenta un cuadro de dolores en diversas localizaciones, entre ellas ambos pies. El dolor de los pies se describe como de tipo mecánico y aunque el paciente en ningún momento refirió sintomatología que sugiriera un origen neuropático (parestesias, disestesias, hiperestesia, hipoestesia, alodinia, disfunción autonómica o dolor de características neuropáticas) se solicitó un estudio EMG para descartar un origen neuropático. Este estudio se realizó en el mes de mayo de 2015, cuando el paciente llevaba más de un año refiriendo dolores en miembros inferiores y otras regiones osteoarticulares. Los resultados de este estudio fueron estrictamente normales, lo que descartaban en ese momento que existiera ningún tipo de neuropatía o polineuropatía.

»En el transcurso de los siguientes años hasta la primera valoración por Neurología, aparte de su médico de cabecera, el paciente fue atendido por 13 servicios médicos, quirúrgicos y centrales del Hospital hhh1 de xxxx, lo que hace difícil que podamos estar de acuerdo en su afirmación de `verse abandonado por los médicos que le venían tratando`.

»En abril de 2019, fue derivado para valoración al Servicio de Neurología. En esta ocasión se anota que el paciente, a pesar de presentar una exploración neurológica normal, además del dolor refirió parestesias, lo que probablemente inclinó a la neuróloga que le atendió a repetir un nuevo estudio EMG. Los resultados de este segundo estudio mostraron datos compatibles con una polineuropatía de fibra fina, de intensidad leve.

»El paciente asume en su reclamación que la causa de toda su sintomatología es este nuevo diagnóstico de polineuropatía y que por tanto, se había producido un error diagnóstico con los diagnósticos previos y una demora diagnóstica con el que se acaba de alcanzar. Este perito no comparte esta apreciación por las siguientes razones:



»• La clínica de dolor en los miembros inferiores estaba presente desde los primeros meses de 2014, y un primer EMG en mayo de 2015, descartó en ese momento la presencia de polineuropatía.

»• La adición de un nuevo diagnóstico no implica que no pueda coexistir con los previos y ni que este último diagnóstico haga erróneos los anteriores. Sobre todo, en un paciente con un trastorno inflamatorio sistémico con afectación de varios órganos y sistemas (digestivo, osteoarticular, urinario, endocrino, etc.).

»• A lo largo de toda su evolución, y al menos hasta la valoración por Neurología, el paciente no había referido sintomatología que pudiera permitir una sospecha clínica razonable de la presencia de una polineuropatía (ausencia de dolor de características neuropáticas, parestesias, disestesias, hiperestesia, hipoestesia, alodinia, pérdida de fuerza o disfunción autonómica) y además ya se había realizado un estudio EMG que la descartaba.

»• Existe una clara divergencia entre la intensidad leve de la afectación de los nervios en el último EMG, con la clínica de dolor tan invalidante que refiere el paciente lo que también cuestiona un origen exclusivamente neuropático de sus molestias.

»• Por último, las polineuropatías son procesos habitualmente de curso progresivo por lo que la presencia de un grado de afectación leve en abril de 2019, sugiere un inicio reciente y no es lo habitual en procesos de 5 años de evolución, como llevaba la sintomatología del paciente”.

Las conclusiones que en este sentido sientan todos los informes incorporados al expediente no han sido desvirtuadas por las alegaciones del reclamante, que cuestionan la asistencia médica practicada, y con ello la observancia de la *lex artis*, sin el aval de informe alguno, y ceden, por tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente, juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

A la luz de todo lo expuesto y de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, ha de entenderse que se prestó una asistencia médica correcta y que el daño invocado, al no tener



la consideración de antijurídico, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

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. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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