



Sr. Pérez Solano, Presidente en funciones

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 2 de agosto de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, 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 12 de abril de 2007 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. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de abril de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 364/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del 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. Madrid López.

**Primero.-** En escrito presentado ante la Gerencia de Salud de Área de xxxx el día 23 de enero de 2004, Dña. xxxxx, nacida el 15 de mayo de 1946, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que la atención sanitaria recibida fue defectuosa, tanto por parte de la Mutua xxxx como por parte de los servicios sanitarios de la Sanidad de Castilla y León. Han cometido un "claro error al considerarse que padecía tendinitis y haberseme



venido tratando como tal cuando era fácilmente detectable que se trataba de más grave lesión y que debía haber sido tratada de manera bien diferente durante todos estos meses y años, incluso dándome altas prematuras y obligándome a incorporarme al trabajo y efectuar tareas que también han empeorado la lesión”.

Aporta diferentes informes de asistencia así como un informe del Dr. zzzzz, especialista en valoración del daño corporal, y un informe clínico privado del Dr. ddddd.

Reclama en concepto de indemnización la cantidad de 253.600 euros.

**Segundo.-** Dña. xxxxx sufre un accidente de trabajo el 25 de octubre de 1998, como auxiliar de clínica en una residencia de personas mayores de la Junta de Castilla y León en xxxx, “sintiendo dolor en la muñeca derecha al movilizar a un paciente encamado”.

El día 26 de octubre es asistida en la Mutua xxxx de xxxx. En la exploración de dicha muñeca presenta un dolor a la movilización siendo más acusado a la flexión de la muñeca. Se le diagnostica tendinitis de la muñeca derecha y se le da la baja laboral con esa fecha, por accidente de trabajo.

El 30 de octubre comienza la rehabilitación en la Clínica xxxx1 de xxxx. La reclamante le comunica a xxxx que la rehabilitación programada le produce más dolores.

El 19 de noviembre de 1998, tras seguir tratamiento con inmovilización, reposo, rehabilitación y muñequera MTCP con férula, y continuando en rehabilitación, presenta parestesias como electricidad, al nivel cubital.

El 30 de diciembre de 1998 se le diagnostica tendinitis de “De Quervain” en la muñeca derecha. Refiere parestesias occipitales. El 27 de enero de 1999, se le diagnostica “tendinitis cubital anterior de muñeca derecha, mejoría clínica de “De Quervain”.

El 26 de febrero de 1999, tras haberse reflejado en la historia mejoría lenta en el anterior día de consulta y mejoría clínica con balance articular



normal, dice que no mejora, aqueja parestesias continuas y todos los exámenes son normales. Se envía a xxxx de xxxx2 con fines diagnósticos y terapéuticos.

El 5 de marzo de 1999 acude a xxxx-xxxx2 refiriendo dolor en borde cubital carpo derecho con parestesias asociadas, así como dolor en cara anterior de hombro derecho sobre corredera bicipital. Diagnosticada de tendinitis bicipital derecha, se prescribe tratamiento rehabilitador con buenos resultados.

Asimismo, valorada inicialmente la lesión de la muñeca como tendinitis cubital derecha, se realizan infiltraciones en inserción del tendón del cubital anterior junto con rehabilitación específica con las que no tiene mejoría ni se consigue obtener clínicamente, ni por exploraciones complementarias, hallazgos que orienten hacia un proceso concreto. En la última revisión efectuada la paciente continúa refiriendo molestias en muñeca derecha, si bien no existe ningún signo inflamatorio y la RNM realizada no informa de ninguna patología en borde cubital carpo derecho.

Desde marzo de 1999, es atendida en el Centro de Salud Mental xxxx3, a consecuencia del malestar psíquico secundario a los trastornos incapacitantes sufridos en ambas manos

Tras continuas asistencias realizadas por xxxx, la Mutua le da el 7 de junio de 1999 el alta por curación. La reclamante hace saber a la dirección de xxxx su disconfomidad, pues el dolor aumentaba.

El 9 de junio de 1999 le aumenta el dolor trabajando y acude a Urgencias del Hospital hhhhh de xxxx, señalando que le ha aumentado el dolor a nivel del carpo borde cubital y tiene parestesias en 4º y 5º dedos.

El día 12 de junio acude de nuevo a Urgencias del Hospital hhhhh de xxxx, siendo atendida por el Dr. mmmmm.

El 14 de junio le dan la baja por enfermedad profesional, dado que se considera que la lesión se ha producido por movimientos reiterados de la actividad laboral, no por lesiones traumáticas del accidente de trabajo.



No consta asistencia en xxxx seguida a dicha baja, hasta posteriores momentos que se señalarán.

El 30 de junio acude a la consulta privada del Dr. vvvvv, dándole una serie de prevenciones y recomendaciones de uso de la mano dolorida.

El 8 de julio se formula en xxxx propuesta de alta médica para ser estudiada por el INSS.

El día 27 de octubre de 1999 es dada de alta laboral. En este tiempo de baja, la reclamante había sido vista por las Urgencias del Hospital hhhhh.

El día 2 de noviembre acude a Urgencias del Hospital hhhhh y es atendida por el Dr. ggggg. En el examen realizado se observa el atrapamiento leve del nervio cubital.

Acude a consulta de traumatología del Hospital hhhhh de xxxx el 17 de noviembre de 1999. Es la primera consulta de atención especializada en el servicio sanitario público.

El 4 de febrero de 2000 está trabajando en su lugar habitual y el médico o ATS firman parte de accidente laboral en el que, como lesiones observadas, hacen constar: sobrecarga mm. y dolor a nivel de carpo mano izquierda. Ese día acude a urgencias del Hospital hhhhh como en anteriores ocasiones. Se hace constar una tendinitis cubital de la mano derecha y como motivo de la urgencia "dolor muñeca izquierda". Es diagnosticada de tendinitis de Quervain de la muñeca izquierda.

El 7 de febrero le ven en xxxx y se le diagnostica de "tendinitis palmar mayor muñeca izquierda" y se le indica que corresponde un tratamiento rehabilitador.

El 11 de marzo de 2000 se reincorpora al trabajo, continuando las dolencias por los continuos sobreesfuerzos realizados al ejecutar sus tareas laborales.

El 12 de marzo la reclamante acude por urgencias al Hospital hhhhh de xxxx por la afectación en mano izquierda y en hombro izquierdo.



El día 1 de junio de 2000 el traumatólogo que le asistía en la consulta en el Hospital hhhhh hace un informe a fin de canalizar a la paciente al Servicio de Cirugía del Hospital hhhh1. Presenta en ese momento la paciente un dolor que la invalida de forma severa. Se trata de un dolor en cara palmar cubital de muñeca y antebrazo derechos muy superficial y profundo, rigidez en 4º y 5º dedos moderada y atrofia generalizada. Se la envía para su diagnóstico y tratamiento.

Acude a la unidad de Cirugía de la Mano de xxxx-xxxx2 por presentar las molestias en la mano izquierda (en realidad la mano afectada es la derecha) el 30 de enero de 2001. Se le hace RNM de la mano izquierda que informa "como signos de sinovitis focal con imagen sugerente de ganglión multiloculado, dependiente de la articulación radiocarpiana en su aspecto volar". El informe Clínico indica que muestra signos de sinovitis que probablemente están con relación a sobreesfuerzos.

El 30 de enero de 2001, recibe asistencia en la Unidad de Cirugía de la Mano de la Mutua xxxx. El 14 de febrero le realizan una resonancia magnética en sus instalaciones de xxxx2.

El 19 de febrero de 2001, por xxxx-xxxx se le envía a la Seguridad Social para tratamiento.

El día 22 de febrero, por el Insalud se le hace RNM de la mano derecha, cuyo informe concluye en: "ganglión de unos 2 cm. adyacente a la cara palmar de la estiloides radial".

El 23 de febrero la Mutua emite un informe con un plan terapéutico rehabilitador, remitiéndola a uno de sus centros de xxxx. El día 24 de febrero se le informa verbalmente que se aprecia un pequeño ganglión y signos de sinovites focal, entendiéndose que se trata de una enfermedad común, le remiten al médico de cabecera.

El 25 de febrero el médico de cabecera le indica que, como el informe es de la Mutua, a ella le corresponde realizar el tratamiento descrito en su informe.



El día 15 de mayo de 2001 por el servicio de cirugía plástica y reparadora de Hospital hhhhh de xxxxx se realiza extirpación de dicho ganglión.

El facultativo de Cirugía Plástica y reparadora informa, el 13 de junio de 2001, que hay otras causas del dolor carpiano -dado que el dolor lo presenta a raíz de un traumatismo- y que debe permanecer en incapacidad temporal.

El INSS declara con fecha 20 de julio de 2001 el carácter de accidente de trabajo el origen de la incapacidad temporal padecida, y que se inició en fecha 10 de mayo de 2001.

Con fecha 30 de noviembre de 2001 la Mutua xxxx le notifica el alta médica en el referido proceso de incapacidad temporal. La misma es recurrida por la reclamante ante el Juzgado de lo Social de xxxx -autos 216/02- anulándose la misma y determinándose que debe seguir en incapacidad temporal hasta que proceda el alta. Dicha Sentencia declara indebida el alta médica al considerar como hecho probado el informe del Dr. ddddd, de fecha 14 de Diciembre de 2001, cuando dice que presenta claramente un cuadro clínico entre dos posibles procesos, inestabilidad no disociativa medio-carpiana, o inestabilidad disociativa piramido-semilunar.

El fallo se fundamenta, además de en el informe del Dr. ddddd, en el del Servicio de Reumatología del Hospital hhhhh de xxxxx (sin evidencias de patología reumatológica) del 18 de diciembre de 2001, y en los del Servicio de Rehabilitación del Hospital hhhhh de xxxx de 25 de febrero de 2002 y 5 de abril de 2002.

Con fecha 28 de febrero de 2003, se hace propuesta "clínico laboral" a fin de valorar secuelas por el agotamiento del periodo máximo de baja laboral. Incluye afecciones en la mano izquierda y no las de mano derecha alegando que las lesiones en la mano y miembro derecho ya fueron tratadas y valoradas anteriormente. Refiere en dicha propuesta que el tratamiento efectuado ha sido intervención de ganglión y rehabilitación.

La intervención de ganglión que se efectuó en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital hhhhh, fue de la mano derecha, y el especialista que la intervino informó de la existencia de dolor e incapacidad que



no se resolvía con dicha operación y que tenía que haber otra patología causante.

Refiere en dicho informe que el servicio donde ha sido asistida es, entre otros, el Hospital hhhh1 de xxxxxxx.

En el Hospital hhhh1 de xxxxxxx, con fecha 27 de enero de 2003, se diagnostica "muñeca derecha dolorosa" y se informa que con la sospecha de múltiples roturas ligamentarias se realizó una artrografía que confirma la lesión en las articulaciones radiocarpiana y mediocarpiana con rotura de ligamentos escafo-semilunar piramidal.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica de la paciente, así como informes de las Unidades Médicas y Especialistas que a continuación se relacionan:

- Informe del Dr. D. zzzzz, especialista en valoración del daño corporal, fechado el 22 de septiembre de 2003. En él se puede leer "(...) las secuelas existentes en extremidad superior derecha tiene origen directo, proporcional y mantenido en el tiempo en el accidente de trabajo de fecha de 26 de octubre de 1998, sin haberse podido objetivar la influencia de otros mecanismos susceptibles de originar el mismo. Las secuelas existentes en la extremidad superior izquierda parecen tener origen en un sobre esfuerzo de dicha extremidad al intentar suplir la actividad de la derecha que se encuentra en impotencia funcional."

- Informe del Dr. ddddd, Jefe de Sección de Traumatología del Hospital hhhhh de xxxx, fechado el 23 de febrero de 2004, en él que se señala que "(...) el primer informe efectuado por mi, es de fecha 14 de diciembre de 2001, está efectuado a nivel exclusivamente privado y no forma parte de la contingencia de la Seguridad Social.

»2.- Me ratifico y suscribo plenamente el informe efectuado por creerlo absolutamente veraz (...)"

El documento que se cita, fechado el 14 de diciembre de 2001 y firmado por el Dr. ddddd, señala: "(...) desechamos el diagnóstico de tendinitis cubital por varias razones:



»- No existe ninguna tendinitis de tres años de duración. Suelen curarse con una férula y una infiltración en pocas semanas.

»- Las tendinitis cubitales suelen ser síndromes piso-piramidales demostrables radiológicamente.

»- La tendinitis supone una afectación inflamatoria y nada de eso se aprecia en la lesionada Sra. xxxxx.

»- Una tendinitis no puede aparecer súbitamente, acompañada de un chasquido y dolor súbito, tras realizar un esfuerzo.

»- Las tendinitis no acarrear mal posición del hueso semilunar en VISI”.

Continúa el informe señalando que “con los hallazgos de la exploración clínica y la existencia de un VISI radiológico unilateral, el diagnóstico le deberemos hacer entre dos procesos:

»- Inestabilidad no disociativa medio-carpiana.

»- Inestabilidad disociativa piramido-semilunar.”

- Informe del Dr. ttttt, Jefe de la Unidad de Urgencias, de 27 de febrero de 2004. En el mismo se manifiesta:

“Tras repasar las seis atenciones que en la Unidad de Urgencias se llevaron a cabo, a esta paciente y viendo la complejidad del diagnóstico final, creo que todas las atenciones fueron adecuadas al motivo de consulta, con una anamnesis, exploración física, juicio clínico y plan terapéutico congruentes con las molestias que en cada caso motivaron su atención.

»Es evidencia cotidiana, el manejo sindrómico que en la medicina de urgencias, a veces nos vemos obligados a realizar, dejando el diagnóstico último y preciso a consultas especializadas de forma directa o a través del médico de cabecera”.





- Informe de la Dra. ppppp, del Servicio de Rehabilitación, de 1 de marzo de 2004.

- Informe del Dr. qqqqq, Jefe del Servicio de Traumatología, de 2 de marzo de 2004. En el mismo se señala que:

-“La enferma comenzó a ser asistida en el Servicio en noviembre de 1999, dieciséis meses después del inicio de la sintomatología, y habiendo sido tratada previamente en otros centros con diversa medidas (infiltraciones, rehabilitación, etc.) sin mejoría.

»- Descartada, tras la práctica de una electromiografía, la existencia de una neuritis cubital, se interpretó como “tendinitis cubital” y se insistió en tratamientos ya realizados, en la confianza de conseguir la resolución del problema. Todo ello, hasta el mes de mayo de 2000, en el que a la vista de la ineficacia de la actuación médica, se propuso su estudio en el Servicio especializado del Hospital hhhh1.

»- Volvió de dicho Hospital con informes que apuntaban la existencia de una inestabilidad carpiana y lesión de ligamento triangular de la muñeca, desestimando cualquier tratamiento quirúrgico.

»- Revisada de nuevo en este Servicio en Enero de 2004, se asumió la patología diagnosticada en el “hhhh1”, considerando la lesión como definitiva, habida cuenta de la imposibilidad de garantizar una mejoría con tratamiento quirúrgico.”

- Informes del Dr. fffff, del Servicio de Traumatología, de diferentes fechas. En el de 4 de marzo de 2004, se puede leer:

“Vista en el Servicio de Traumatología en consulta (...) por primera vez en noviembre de 1999, refiere una historia de 16 meses de evolución que comenzó, al parecer, como una tendinitis del tendón cubital anterior que fue tratada como accidente laboral de la Mutua Patronal xxxx, realizándose infiltraciones, R.M.N., rehabilitación, etc., siempre con resultados insatisfactorios. Igualmente la enferma fue enviada al Sº de Cirugía de la mutua patronal y a pesar de todos los tratamientos realizados, la enferma continua



con dolor en la zona que invalida de forma severa y lógicamente, no acepta el resultado.

»En este Servicio se realizó un E.M.G. para nervio cubital y mediano que fue absolutamente normal. En la actualidad la sintomatología es muy similar: Dolor en cara palmar cubital de muñeca y antebrazo derechos, muy superficial y profundo, rigidez de 4º y 5º dedos moderada, y atrofia generalizada. Ante esta situación la enferma pide a ser posible una solución y una segunda opinión por lo que se solicita, ya que con el diagnóstico de tendinitis crónica no parece conformarse, motivo por el cual se envía al Sº de Cirugía del Hospital hhhh1, para su posible diagnóstico y tratamiento si procede (se realizó el 30 de mayo de 2000). La paciente fue enviada al Hospital "hhhhh" de xxxxx, Servicio de Unidad de la Cadera, por motivos que ignoro (fui informado por la paciente en Octubre de ese mismo año)."

- Informe del Dr. mmmmm, FEA de Urgencias, de 3 de marzo de 2004, en el que se hace constar: "(...) Revisando la documentación que Ud. me ha remitido, se trata de una paciente diagnosticada, en urgencias, de tendinitis cubital en muñeca derecha. Desde Octubre de 1998 (siete meses previos) estaba siendo estudiada en diferentes centros de reconocido prestigio y en unidades específicas de traumatología de la mano por dolor en dicha extremidad, realizándose pruebas de imagen específicas y de alta resolución (RMN), llegando entre otros al diagnóstico de tendinopatía cubital.

»Tras mi diagnóstico en urgencias, es revisada por diferentes Doctores, entre ellos, seis meses después, por el especialista en traumatología, Dr. fffff, confirmando el diagnóstico de tendinitis crónica del cubital anterior.

»Sigue siendo estudiada por diferentes especialistas en patología de la mano durante más de un año, realizándose nuevas pruebas de imagen, de mayor 'resolución', que una radiografía simple.

»Es intervenida de un ganglión en la muñeca derecha en Mayo del año 2001 y según informes, en ningún momento se hace referencia a la existencia de lesiones óseas o ligamentosas que justifiquen una inestabilidad radiocarpiana, lo que nos hace pensar que de haberse producido ésta, ha sido posteriormente al 8 de Agosto de 2001 fecha del último informe de RMN de la



muñeca derecha, informada como cambios postquirúrgicos en la articulación radio-carpiana no observándose alteraciones en el resto de las estructuras osteoarticulares, musculotendinosas y ligamentosas.

»Por todo lo anterior se debe considerar que mi diagnóstico en urgencias, en junio de 1999, fue acertado y confirmado posteriormente por diferentes doctores, y no guarda relación con la patología a la que posteriormente se hace referencia en Diciembre de 2001 (Inestabilidad radio-carpiana)».

- En el informe de la Inspección Médica, de 21 de marzo de 2004, se indica que: "Por la documentación estudiada, las lesiones finalmente demostradas en la muñeca derecha, que tienen su origen, presumiblemente, en el traumatismo en accidente laboral del 25 de octubre del 1998, no han sido valoradas desde el punto de vista Clínico-laboral, tampoco fueron diagnosticadas ni tratadas por xxxx." Como conclusión se señala que "Las actuaciones pudieron ser mejores. Se trata de una Contingencia Laboral que corresponde a la Mutua xxxx".

**Cuarto.-** El 17 de febrero de 2005, se recibe comunicación de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en la que se notifica la admisión a trámite el recuso contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial de Dña. xxxxx. Se identifica como procedimiento Ordinario 3.359/2004.

**Quinto.-** Concedido el trámite de audiencia el 8 de marzo de 2005, no consta que la interesada haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

**Sexto.-** El 8 de marzo de 2007 se elabora la correspondiente propuesta de resolución en el sentido de que procede desestimar la reclamación formulada.

**Séptimo.-** El 20 de marzo de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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



**Octavo.-** Solicitado por este Consejo Consultivo -ante la complejidad de las valoraciones producidas y las divergencias en las conclusiones y estimaciones realizadas en los diferentes documentos del expediente administrativo- información complementaria de un experto independiente, al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre, D. yyyyy, con destino laboral en el Hospital hhhh2 de xxxxx y especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, profesor titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxxx, presenta un informe fechado el 15 de junio de 2007 sobre las actuaciones médicas llevadas a cabo con Dña. xxxxx.

- Preguntado sobre si ha habido una pérdida de oportunidades por el mal diagnóstico inicial, esto es, si con el diagnóstico inicial correcto quedaría alguna secuela de las comprendidas en los daños finales, (valorando la cantidad y calidad de éstas), y si el retraso del diagnóstico correcto es determinante de todas las lesiones, el Dr. D. yyyyy responde "no se refleja muy bien en ninguno de los documentos del expediente como ocurrió la lesión de la muñeca, pues solamente se dice en las alegaciones que `al asistir a un residente se hizo daño en la muñeca derecha`. En el informe del Dr. ddddd se especifica un poco más: `sufrió, al sujetar a un enfermo durante sus tareas laborales, un agudo chasquido y dolor súbito en la muñeca derecha`. Pero ninguno de ellos aclara el mecanismo en detalle de la lesión. Asunto muy importante para hacerse una idea de la magnitud de la lesión en un principio.

»Hecha esta puntualización, en el resto de la historia sucede lo mismo, hay una gran cantidad de superficialidades, sin entrar en temas concretos y profundos sobre el diagnóstico y tratamiento de la enferma. No obstante, sí que parece probado que existe una relación directa entre la patología de la enferma y el accidente laboral de octubre de 1998.

»Respondiendo concretamente a la pregunta de si ha habido pérdida de oportunidades por el mal diagnóstico inicial, yo pienso que sí porque se ha dejado evolucionar la lesión inicial.

»No obstante, visto el diagnóstico final al que se llega tras varios años de evolución: `inestabilidad mediocarpiana con rotura de los ligamentos escafo-pirámido-lunares y rotura del fibrocartílago triangular`, parte



de las secuelas comprendidas en los daños finales podrían haber ocurrido aunque se hubiera diagnosticado la lesión desde el primer momento, porque se trata de una lesión grave para el porvenir de la muñeca, de tratamiento muy complicado y abocada en la gran mayoría de los casos a padecer secuelas”.

- Preguntado sobre qué condicionamiento pudo tener el tratamiento de la Mutua para la realización de un diagnóstico correcto, si puede enmascarar o confundir un tratamiento a otro, y facilitar el error o los daños, el Dr. D. yyyyy responde: “Cuando no existe un diagnóstico correcto, todo tratamiento empírico puede enmascarar el diagnóstico final y por ende afectar al tratamiento definitivo y facilitar el error”.

- Inquirido sobre si el alta incorrecta con obligación de reincorporarse a su puesto de trabajo -realiza una labor con grandes requerimientos físicos- puede agravar o cambiar el tipo de lesión, o evolucionar desde una tendinitis, responde que “Sí puede cambiar la evolución de una lesión por varios motivos: puede aumentar las lesiones existentes al hacer esfuerzos; puede provocar nuevas lesiones en otros ligamentos o cartílagos de los huesos carpianos; puede desencadenar en la paciente una sensación de indefensión al tener que trabajar con dolor y no conocer todavía cual es su enfermedad y favorecer la aparición de afecciones psicósomáticas”.

- Preguntando al Dr. D. yyyyy “si es posible como insinúa la propuesta de resolución que una lesión inicial diagnosticada como tendinitis cubital, llegue a degenerar o derivar en un síndrome hombro-mano-dedos ¿Cuál es el proceso causal?”, responde que “Sí que puede haber derivado su lesión en un síndrome hombro-mano-dedos. La aparición de un síndrome hombro-mano-dedos forma parte de los llamados síndromes de dolor regional complejo (SRD tipo 1), caracterizados por edema, más dolor del habitual, atrofia e impotencia funcional de la extremidad afectada, que aparecen a algunas personas tras traumatismos en la extremidad superior, en este caso una tendinitis crónica del cubital (luego se demostró que era otro proceso).

»En estas patologías psicósomáticas, aparte del traumatismo, el dolor, la falta de diagnóstico en muchas ocasiones y la falta de compenetración médico-paciente, se observa con más frecuencia en una personalidad dependiente, pasiva-agresiva o histriónica. Las respuestas de conducta por el dolor y la impotencia funcional, que reducen el uso de la



extremidad, exacerban en ellos el edema y la atrofia. (Koman LA, et al. Síndrome de dolor regional complejo. En Green's. Cirugía de la mano. Pp 2016-2044)".

- Preguntado por qué tempranamente, el 14 de diciembre de 2001, el Dr. ddddd desecha de forma contundente el diagnóstico de tendinitis cubital (propugnaba o inestabilidad no disociativa medio-carpiana, o una inestabilidad disociativa pirámido-semilunar), cuando en la misma época, multitud de especialistas planteaban la tendinitis cubital, y las resonancias practicadas no detectaron alteraciones en las estructuras de la zona; si es posible conocer si es una lesión clara, y si el tratamiento recibido puede ser coincidente entre lo que se le diagnosticó inicialmente y lo que surgió después, o bien no hizo más que dañar a la enferma, responde: "Las inestabilidades del carpo y en concreto la que nos ocupa - inestabilidad mediocarpiana no disociativa o inestabilidad pirámido-semilunar disociativa- son enfermedades poco frecuentes y difíciles de diagnosticar, es por ello que frecuentemente pasan desapercibidas o se etiquetan como procesos más simples y más frecuentes y habituales como `tendinitis`".

»Por supuesto que el tratamiento de las tendinitis y el de la inestabilidad mediocarpiana son bien diferentes. En las primeras el tratamiento es sencillo y consiste en unos días de reposo y fisioterapia; mientras que en las segundas, los tratamientos son muy complejos y en la mayoría de los casos, quirúrgicos.

»El tratamiento quirúrgico al que se sometió a la paciente ha sido bien realizado, pero no ha sido tratada de su lesión causal, sino de un ganglión, que puede aparecer en ocasiones como consecuencia de la inestabilidad carpiana."

- Por último se pregunta sobre si es posible dar una valoración técnica objetiva, deducible del expediente administrativo para ilustrar el caso. A ello se responde que "no se puede deducir completamente del expediente revisado el estado en el que se encuentra en el momento actual de la extremidad superior derecha de la enferma.

»A) Si no hubieran aparecido rigideces y atrofias, todavía puede hacerse un tratamiento de sus lesiones mediante retensados o plastias



ligamentosas; artrodesis intercarpianas, etc. Para mejorar el estado funcional de la extremidad. (Lichtman DM, Wroten ES. Understanding Midcarpal Instability. J of Hand Surg, 2006; 31 a 491).

»B) Si existen grandes rigideces o atrofias, debido al síndrome hombro-mano padecido, no habría soluciones de tratamiento fáciles de encontrar”.

## **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, es preciso poner de manifiesto la excesiva tardanza empleada en la tramitación del expediente, dado que no es hasta el 20 de marzo de 2007 cuando se elabora la correspondiente propuesta de resolución. Es decir, transcurren tres años desde que se inicia el 23 de enero de 2004. Ello vulnera el principio de eficacia que debe presidir la actuación de la Administración, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, así como el criterio de celeridad en la tramitación del procedimiento (artículo 74 de la misma ley).

**3ª.-** Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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.

**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 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 de 1999; 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) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por Dña. xxxxx, por considerar que la atención recibida fue defectuosa, tanto por parte de la Mutua xxxx como por parte de los servicios sanitarios de la Sanidad de Castilla y León, al producirse un error de diagnóstico por considerar que padecía tendinitis y haberse tratado como tal cuando se trataba de otra lesión, que debía haber sido tratada de manera bien diferente.

El procedimiento se ha iniciado de oficio, en virtud de lo establecido en el artículo 142.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sin que hubiese prescrito el derecho a la reclamación del interesado (artículo 4.2 in fine del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial), al no haber transcurrido el plazo de un año “desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”, que señala el artículo 142.5 de la precitada ley, dado que sus dolencias persisten en la fecha de su reclamación y queja ante el Procurador del Común.

Por resolución de la Gerencia Regional de Servicios Sociales de xxxx, de 24 de julio de 2003, se reconoció a la interesada un grado de minusvalía del 66%, y la reclamación se formuló el 23 de enero de 2004.

Entrando al examen del fondo del asunto, el principal problema que suscita el expediente se refiere a la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y el daño alegado; extremo que corresponde acreditar al interesado, de acuerdo con el principio general sobre carga de la prueba contenido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y con lo que, más específicamente para el régimen de la responsabilidad objetiva de la Administración, dispone el artículo 6.1 del Reglamento de los procedimientos en



materia de responsabilidad patrimonial. En efecto, este último precepto establece:

“En la reclamación se deberán especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”.

Quiere ello decir que el reclamante, teniendo en cuenta los principios generales sobre la actividad probatoria, ha debido probar los hechos constitutivos de su pretensión indemnizatoria, mientras que a la Administración corresponde, en su caso, la prueba de los hechos que excluirían la existencia de responsabilidad.

El Consejo Consultivo viene destacando que, siendo la relación de causalidad requisito esencial y soporte lógico de la responsabilidad patrimonial, los interesados tienen la carga de acreditarla, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*. De todo ello se deduce que la Administración, en un correcto entendimiento de la distribución del *onus probandi* acorde con el principio general de buena fe, debe adoptar una postura colaboradora que facilite el esclarecimiento de los hechos relevantes para la decisión del procedimiento.

A pesar de que se hayan rebajado en cierta medida las exigencias de la acreditación por parte del administrado de la existencia de nexo causal, lo cierto es que no es suficiente alegar simplemente su concurrencia, sino que es preciso exigir al reclamante que aporte, al menos, un indicio de prueba.

En este sentido el Tribunal Supremo indica, en Sentencia de 11 de noviembre de 2004:

“(…) el motivo ha de ser rechazado ya que se fundamenta exclusivamente en la responsabilidad objetiva de la Administración, sin tener en cuenta que, como correctamente la Sala de instancia precisa, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el daño padecido y la actuación



administrativa excluyéndose, por tanto, de indemnización los casos en que, como en el de autos, la lesión padecida obedezca a causas endógenas del paciente y no a la actuación hospitalaria, pues ello determina la inexistencia de la relación causal exigible, conforme al artículo 139 de la Ley 30/92 (...)"

Trasladando las anteriores consideraciones al expediente ahora examinado, y teniendo en cuenta que difícilmente pueden coexistir tal cantidad de informes médicos divergentes, se puede concluir que ha quedado acreditada por la interesada un error en el diagnóstico de los médicos intervinientes inicialmente.

No obstante hay que precisar que la reclamante sufrió un accidente laboral recibiendo asistencia, diagnóstico y tratamiento de sus lesiones por parte de los servicios sanitarios de la Mutua xxxx, entidad privada colaboradora con la Seguridad Social en la prestación de asistencia sanitaria. Además de ello, todo el conflicto suscitado por su situación de altas laborales indebidas, los daños producidos por su incorrecta reincorporación a la actividad laboral y sus problemas con la Mutua, son ajenas a la valoración de la posible responsabilidad patrimonial de la Administración, dado que no puede ser enjuiciada en este procedimiento.

La asistencia con medios de la Administración Pública es considerada accesoria por parte de la propuesta de resolución, con respecto al seguimiento de su proceso por parte de la Mutua. "Así, han existido esporádicas atenciones en el ámbito de Urgencias" constando diferentes asistencias, fundamentalmente en el año 1999 y 2000 en las que manifiesta dolor en su muñeca derecha.

Por otro lado hay que tener presente que la actuación de las urgencias médicas va dirigida a determinar y tratar procesos urgentes, remitiendo las que no tengan este carácter para su seguimiento y estudio por la atención primaria o especializada que corresponda.

Así, el Dr. tttt califica de adecuadas las atenciones prestadas y ajustadas a las molestias que en cada caso motivaron la asistencia. Señala que "es evidencia cotidiana, el manejo sindrómico que en la medicina de urgencias, a veces nos vemos obligados a realizar, dejando el diagnóstico último y preciso a consultas especializadas".



Lo cierto es que, de su patología de muñeca, la reclamante fue atendida por primera vez en la consulta de la especialidad de traumatología el 17 de noviembre de 1999, más de un año después de sufrir el accidente laboral que desencadenó el cuadro. Por lo que, de existir error de diagnóstico, habrá que valorar que no se produjo el 26 de octubre de 1998, examinada por xxxx, sino a partir del 17 de noviembre de 1999, momento en que comenzó a ser tratada de forma completa por la atención especializada del sistema sanitario público.

Aunque, como determina la propuesta de resolución, del resumen de los hechos pueda apreciarse una intermitencia en la asistencia de "SACYL", motivada por su asistencia con servicios especializados adscritos a la Mutua, esta asistencia no puede ser considerada complementaria respecto a la prestada en la Mutua, sino completa tanto en su desarrollo, como en los recursos empleados.

No obstante, fueron los servicios públicos los que finalmente llegaron a la concreción diagnóstica, a través de un devenir tortuoso de asistencias médicas y de padecimientos, por lo que más que un error de diagnóstico podemos hacer referencia a un diagnóstico tardío.

Hay que tener en cuenta la dificultad de llegar a un diagnóstico correcto cuando se presenta una patología tan rara y confusa, sobre todo cuando acude de forma tardía a los servicios de la Gerencia Regional de Salud, y manifestando que ya ha sido diagnosticada de una determinada lesión y que se está en fase de tratamiento.

El matiz tiene sentido en la medida que no se ha valorado por las partes, ni por lo tanto probado, si pudo haber una pérdida de oportunidades por el mal diagnóstico inicial. No ha quedado acreditado si con el diagnóstico inicial correcto quedarían secuelas, ni la cantidad y calidad de éstas.

De la misma manera no se ha valorado si la actuación de la Mutua (teniendo en cuenta el desenlace, parece que persiste en el error), pudo condicionar el diagnóstico del centro sanitario público, o enmascarar sus síntomas. Tampoco se puede tener claro qué valor para el resultado final pudo producir la indebida incorporación de la reclamante a sus tareas laborales, que por su naturaleza, es evidente, exigen un evidente esfuerzo físico.



Del mismo modo no queda acreditado si inicialmente tenía una tendinitis cubital, que ha degenerado o derivado a un síndrome hombro-manos-dedos, como plantea la propuesta de resolución; ya el 14 de diciembre de 2001 el Dr. ddddd desecha de forma contundente el diagnóstico de tendinitis cubital, y sin embargo multitud de especialistas planteaban la tendinitis cubital, y las resonancias practicadas no detectaron alteraciones en las estructuras de la zona.

Por todo ello hay que dar por roto el nexo causal, no considerando responsable de los daños a la Sanidad de Castilla y León, dado que, por un lado, se acude a la sanidad pública de forma tardía, recibiendo previamente un tratamiento en una zona inestable, que pudo ocultar en mayor o menor medida el diagnóstico de tercero; y por otro lado, las incorporaciones por altas médicas al puesto de trabajo, vistas las consecuencias totalmente desaconsejadas, agravaron repetidamente la lesión inicial.

**6ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la interesada ha interpuesto un 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 expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, 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.