



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, 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 13 de noviembre de 2008, 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 23 de septiembre 2008, 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 1 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 851/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

**Primero.-** El 2 de agosto de 2005, Dña. xxxxx presenta, en el registro del Complejo hhhh1 de xxxx1, escrito por el que reclama una indemnización de daños y perjuicios, fundada en la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el tratamiento de un síndrome de "Stevens-Johnson".



Solicita el abono total del importe de todas las consultas privadas a las que "se ha visto obligada a acudir debido a la lentitud y la dejadez de algunos de los facultativos de la Seguridad Social", indemnización (sin cuantificar) en concepto del "tiempo perdido que lleva con todo este problema, las lesiones irreversibles ocasionadas por la enfermedad, y su pérdida de capacidad laboral". Solicita igualmente explicaciones sobre la enfermedad que padece.

**Segundo.-** Dña. xxxxx, nacida el día 6 de junio de 1975, estaba siendo tratada con metrotexate de la artritis reumatoide que padecía desde noviembre de 2003. En marzo de 2004, se modifica el tratamiento y se le prescribe prednisona y salazopirina.

El 21 de marzo de 2004 acude al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx1 donde se le diagnostica de "Stevens-Johnson", probablemente relacionado con la administración de salazopirina. Permanece ingresada hasta el 12 de abril de 2004. Durante el tiempo de su ingreso es examinada por oftalmólogos los días 24 de marzo y 5 de abril, presentando hiperemia y queratitis. El 12 de abril de 2004 es vista de nuevo por el oftalmólogo, constatando que existe buena evolución. Al alta se le dan las correspondientes indicaciones, entre las que se encuentra ser revisada por Oftalmología.

El 26 de abril de 2004 vuelve a revisión al Hospital de xxxx1. Se le diagnostica una queratitis bilateral y se le indica seguir con el mismo tratamiento. Continúa las revisiones en este centro los días 11 y 25 de mayo, 8 y 22 de junio, 6 y 27 de julio. En la historia se recoge que la mucosa del fondo de saco está negruzca, que presenta una queratitis, un BUT (tiempo de ruptura lagrimal) acortado y simbléfaron y que le van a hacer una biopsia el 12 de julio.

Igualmente, se recoge en la historia clínica que, con la biopsia realizada, se descarta un melanoma. En septiembre y octubre la vuelven a examinar. Se refleja en la historia que está pendiente de que le hagan una nueva biopsia en el Hospital de xxxx2 para ver la actividad de la enfermedad. En diciembre, se hace una canalización para realizarle un injerto de mucosa bucal.

Paralelamente, la reclamante decide acudir al Hospital hhhh2 de xxxx2, sin cita, el 10 de junio de 2004, donde le indican realizar una biopsia urgente de la mancha, por sospecha de melanoma. Solicita en el Hospital de xxxx1 una orden de asistencia para el Hospital de xxxx2, que se le da de inmediato. El 30



de junio de 2004 acude a consulta al Hospital de xxxx2 y, tras realizarle una revisión, le dan cita para la biopsia el 12 de julio. La biopsia resulta ser un acumulo de melanina, no un melanoma. El 20 de julio le mandan volver a revisión a los seis meses.

El 5 de octubre de 2004 acude al Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada. Tras realizar una serie de pruebas complementarias, comprueban que no hay signos de actividad de la enfermedad y que las lesiones son secuelas. El 9 de noviembre de 2004 presenta una queratitis bilateral más intensa en el ojo derecho con una disminución del BUT y de la producción de lágrima. Le realizan sucesivas revisiones en octubre, noviembre y diciembre de 2004 y en febrero de 2005.

Vuelve al Hospital hhhh2 de xxxx2 en febrero y mayo de 2005. La agudeza visual corregida en el ojo derecho es de 0,4 y en el ojo izquierdo de 1. El proceso está inactivo y se considera irreversible. Se manda terapia con lágrimas artificiales.

El 11 de mayo de 2005 acude a la Clínica hhhh3 de xxxx3. Allí consideran que el proceso es irreversible y le comentan la posibilidad de colocar un tapón lagrimal, refiriéndole que existen pocas posibilidades de éxito.

El 20 de septiembre de 2005 es examinada de nuevo en el Hospital General de xxxx1. La agudeza visual es de contar dedos a 2 metros en el ojo derecho y de 1 en el ojo izquierdo. Presenta una queratitis, un BUT disminuido, simbléfaron y el borde palpebral irregular. El 13 de octubre de 2005 se le coloca un tapón lagrimal en el ojo derecho. En noviembre de 2005 es derivada a un centro de referencia para realizar la reconstrucción del borde del párpado y fondos de saco.

El 27 de enero de 2006 se refleja en la historia clínica del Hospital de xxxx1 que está pendiente de que la avisen del Hospital hhhh2 de xxxx3 para intervenirla del simbléfaron. Presenta una queratopatía con leucoma corneal y ojo seco, y se solicita suero autólogo.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora la historia clínica del paciente y, entre otros, los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:



- Informe del Servicio de Oftalmología del Hospital General de xxxx1, fechado el 27 de diciembre de 2005, en el que se indica que:

“Como se puede constatar en cualquier libro de Oftalmología, el tratamiento de su enfermedad consiste en la aplicación de corticoides tópicos (FML en su caso) y lágrimas artificiales (Viscofresh) (...).

»Es absolutamente falso que ‘no se le hiciera demasiado caso a la mancha negra del párpado inferior’. A la paciente se le estaba revisando con mucha frecuencia en la consulta de Oftalmología para ver la evolución de la lesión pigmentada del fondo de saco inferior, tal y como se refleja en su Historia Clínica.

»A pesar de que la paciente está siendo vista en el Hospital hhhh2 de xxxx2, se le sigue revisando en xxxx1 por si existe algún cambio en su enfermedad en los períodos entre cita y cita. No obstante, quiero señalar que mis colegas de xxxx2 no cambiaron el tratamiento que había sido instaurado en xxxx1 porque también consideraron que era el adecuado a su enfermedad.

»(...) A xxxxx le revisé de forma periódica y aún lo sigo haciendo, a pesar de la gran lista de espera que tenemos en Oftalmología, citándole no sólo de forma preferente, sino en algunos casos, yo personalmente me preocupé de atenderla a pesar de tener la consulta completa, al comprobar que en el Servicio de Citaciones no le daban cita en la fecha que yo consideraba oportuno revisarla.

»No sólo considero que he actuado correctamente desde el punto de vista profesional, sino que personalmente siempre he hecho todo lo que estaba en mi mano para tratar de ayudar a esta paciente. Desgraciadamente, y a pesar de todos los esfuerzos, el Síndrome de Stevens-Johnson cursa con estas secuelas, aún teniendo el tratamiento adecuado desde las primeras manifestaciones de la enfermedad.

- Informe de la Gerencia de Salud de Área de xxxx1, fechado el 28 de septiembre de 2006, en el que “(...) se constata que el tratamiento médico recibido es el adecuado, y que la evolución de su enfermedad es la habitual y



esperable en esta patología. Por desgracia para la paciente, la Medicina hoy por hoy, no es capaz de curar todo lo que médicos y pacientes quisieran”.

- Informe médico pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora sssss, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“(…) 2. Todos los facultativos, tanto en la medicina pública como en la privada coinciden en el diagnóstico de Síndrome de ‘Stevens-Johnson’.

»3. Lo más probable es que el desencadenante del síndrome haya sido la Sulfadiazina que estaba tomando para su artritis reumatoide.

»4. Durante el tiempo que la paciente estuvo ingresada en el hospital fue revisada por los oftalmólogos que aplicaron el tratamiento adecuado.

»5. Una vez que se le dio el alta hospitalaria a la paciente se le realizaron revisiones y los intervalos de tiempo entre ellas fueron adecuados.

»6. En cuanto la paciente manifestó su deseo de ser vista en el hospital hhhh2 de xxxx2 de inmediato se accedió a su petición.

»7. El tratamiento que se indicó y se llevó a cabo en la Seguridad Social así como la propuesta de cirugía del simbléfaron y parpados para la que se la derivó al Hospital hhhh2 de Madrid fue adecuada.

»8. Tanto el diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se hizo en la Seguridad Social fue correcto y en ningún momento se ha detectado dejadez en los facultativos de la Seguridad Social que la atendieron.

»9. (...) En ninguno de los centros privados a los que acudió se le propuso o realizó ningún tratamiento diferente al de la Seguridad Social.



»10. Las secuelas que padece la paciente son típicas del Síndrome de 'Stevens Johnson' y son consecuencia de la propia enfermedad y no de la asistencia prestada (...)"

**Cuarto.-** El día 22 de febrero de 2007 se concede trámite de audiencia a la interesada, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, sin que conste que, en el plazo concedido al efecto, se hayan realizado alegaciones por la reclamante.

**Quinto.-** El 25 de agosto de 2008 la Dirección General de Administración e Infraestructura de la Gerencia Regional de Salud, formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Sexto.-** El 2 de septiembre de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente 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.



**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida 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 Autónoma de Castilla y León.

Los interesados han 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, ya citada.

**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 referida 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, 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 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, 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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos causales que implican 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 de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 25 de agosto de 2008, del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la presente reclamación.

Como es sabido, la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios -debe recordarse aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la 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 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* abarca, no sólo





intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico. Por lo 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.

Por otro lado, del expediente administrativo se desprende que no se ha producido un error de diagnóstico, pues todos los especialistas han sido coincidentes desde el principio en que la paciente padece el Síndrome de Stevens-Johnson. Tampoco se ha producido una insuficiencia en el tratamiento, pues el mismo fue adecuado, y coincidente con el recibido en la medicina privada, no aportando en ésta ninguna solución que no hubiera sido ya considerada en los Servicios Públicos. Por lo que respecta al retraso injustificado en prestar la asistencia debida, que es el punto en el que más incide la reclamación, también ha quedado claro que no hubo dicho retraso, puesto que se revisó cada poco tiempo a la reclamante, desde el principio de su patología, y así se siguió haciendo, incluso en dos centros hospitalarios diferentes de la Sanidad Pública.

Ha de entenderse, por tanto, que Dña. xxxxx acudió a la sanidad privada de forma libre y voluntaria, para solicitar una segunda opinión, pero no se vio obligada a ello por una dejadez o lentitud de los Servicios Públicos, pues tales circunstancias no se produjeron.

Pues bien, desde esta perspectiva, el Consejo Consultivo comparte la propuesta desestimatoria, por considerar que no concurren en el presente caso los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, ya que en ningún momento existió error médico o denegación injustificada de una asistencia; y, además, el diagnóstico realizado fuera del Sistema Nacional de Salud se realizó también, a tiempo y satisfactoriamente, por la Sanidad Pública.

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe entender que ha existido una asistencia sanitaria ajustada a los estándares de



actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de la Administración el abandono de los servicios públicos sanitarios por la interesada ni, en consecuencia, el daño cuyo resarcimiento se pretende. Todo ello sin negar, obviamente, el legítimo derecho de la paciente a acudir a la sanidad privada, en cuyo caso las consecuencias económicas de tal decisión no pueden ser trasladadas, sin más, a la Administración titular del servicio sanitario público.

### **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.