



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 4 4 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de junio de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.J.S.R.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 249/2015 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma.

2. La preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo se determinan por aplicación de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

### II

1. La reclamante, M.J.S.R.R., solicita una indemnización por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

La reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

«PRIMERO.- En el año 1992 comencé a sufrir y padecer dolores de cabeza continuos que me fueron diagnosticados como cefaleas, recibiendo tratamiento para este padecimiento en el Hospital "la Fe" de Valencia prescribiéndoseme Trankimazin 0,25 y Ludionil 0,25, diagnóstico que fue completado con un control neurológico que no acusaba trastorno ni alteración ninguna.

Que posteriormente en el año 1998 comencé a recibir asistencia ambulatoria en el Centro de Salud de Tomé Cano por las mismas causas y síntomas, y ya a partir del año 2005 en el centro de salud de "El Mojón" en el municipio de San Isidro, Granadilla siendo atendida por el Dr. (...) y posteriormente por la Dra. (...).

Que el diagnóstico que se me dio en la citada consulta del Centro de Salud de San Isidro con fecha 19 de septiembre de 2005 continuaba siendo de "migraña común" acompañada de náuseas y los tratamientos que se me prescribieron consistieron en: Solgor 40 mg, Maxalt (en caso de dolor intenso) pautándose un control de cada seis meses.

Que en una posterior consulta y después de las pertinentes pruebas médicas se hace un nuevo dictamen como "cefalea de carácter tensional" aludiendo al resultado normal de un TAC realizado y no tolerándose medicación de Maxalt se me receta: Triptyzol 25 mg, Flurpax y Nolotil si persiste el dolor, "sugiriendo probar" otras medicinas tales con Forves 2,5, Noramig o Almogran.

SEGUNDO.- Es lo cierto que los padecimientos sufridos continuaron y persistieron no encontrando alivio alguno en la medicación recetada, y que el estado de salud de la reclamante evolucionaba a peor manifestándose nuevas dolencias y alteraciones en la salud que directamente no resultaban ser reflejo ni consecuencia de las cefaleas y se fueron presentando como padecimientos neurológicos que se manifestaban inexplicablemente, sin que en los TAC y pruebas neurológicas realizadas evidenciaran alteración alguna que los justificara.

TERCERO.- Ya en 2008, tal y como se refleja en los partes médicos, el diagnóstico incluye los citados temblores que han ido de normales a mayor intensidad extendiéndose a todo el cuerpo, insistiéndose de nuevo en que no se presentan alteraciones neurológicas que justifiquen los temblores continuando las cefaleas, y a pesar de reseñarse en dicho diagnóstico la apariencia de la reclamante "como un robot" dada la rigidez que mostraba, se describe como un "temblor psicógeno" que no guardaba relación con la medicación prescrita.

CUARTO.- Como consecuencia de dicho estado de rigidez muscular, es lo cierto que en examen radiológico realizado en H.S. ya se reflejan alteraciones en la columna cervical, apareciendo además un tic en el ojo izquierdo, y otras alteraciones que agravaban el estado de salud de la reclamante.

QUINTO.- Que ante el estado de desesperación que me causaba el progresivo deterioro en la salud sin que por los facultativos que fui atendida por la Seguridad Social se me diera solución alguna, requerí asesoramiento a un neurólogo en Valencia, quien me advierte de los efectos nocivos que la medicación prescrita me estaba causando y de los efectos neurológicos que ésta producía, dando lugar a temblores y agarrotamiento muscular, algo que hasta el momento todos los médicos por los que fui atendida, incluido el servicio de neurología de El Mojón, venían negando, recomendándome dicho médico valenciano abandonar la medicación con carácter inmediato por la relación directa de la terapéutica recetada con mi cada vez más deteriorado estado de salud general».

La reclamante considera que la asistencia recibida le ha producido un daño irreversible en su estado de salud de consecuencias claramente lesivas para su vida cotidiana y de difícil reparación, al sufrir daños en la columna vertebral, alteraciones del sueño, temblores etc. resultando evidente y demostrable la relación de causalidad entre las lesiones producidas y la mala praxis profesional de los facultativos por los que fue atendida y, por tanto, por los servicios públicos de la Administración, daño del que debe responder esta al objeto de paliar en lo posible el menoscabo infringido.

Solicita por los daños padecidos una indemnización que asciende a la cantidad de 150.000 euros, que incluyen los daños físicos y morales, así como el lucro cesante producido como consecuencia de la pérdida de su trabajo.

2. En el presente procedimiento, la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños producidos por el funcionamiento de los servicios sanitarios, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación fue presentada el 28 de diciembre de 2010, en relación con la asistencia sanitaria prestada desde el año 1998 y que continúa en el momento de presentación de la solicitud, por lo que no puede considerarse extemporánea a tenor de lo previsto en el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 24 de febrero de 2011 (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP). Se ha otorgado asimismo trámite de audiencia, presentando alegaciones la interesada en las que se ratifica en su reclamación inicial.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, y que ha sido informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, resulta del expediente la siguiente secuencia de hechos, tal como han sido puestos de manifiesto por el Servicio de Inspección en su informe, con base en los datos obrantes en la historia clínica de la paciente:

- En el año 1992, la paciente es diagnosticada de cefalea en el Hospital La Fe de Valencia. Se le pautó tratamiento con antidepresivo (Ludiomil) y ansiolítico (Tranquimazin) (*sic*). La exploración neurológica no acusó diagnóstico de alteración patológica alguna.

- En el año 1998, recibe asistencia ambulatoria en Centro de Salud de Tomé Cano por idéntica patología.

- En el año 2005, es atendida en el Centro de Salud de El Mojón de San Isidro, Granadilla (Tenerife) y diagnosticada en principio (diagnóstico de sospecha) de "migraña común". Luego de realizar pruebas y controles (diagnóstico de certeza), se concluyó en "cefalea tensional".

En el informe del CAE de Arona, de fecha 14 de abril de 2011, se indica que la paciente acude por primera vez a consulta en 2005 por un cuadro de cefalea, etiquetado de migraña (sin aura) y cefalea tensional asociada, con TC craneal normal, pautando tratamiento, con el que se obtiene mejoría.

- En el año 2007, la paciente manifiesta empeoramiento que lo relaciona con el cese de la toma de Triptizol (medicamento antidepresivo). La prueba de imagen - Resonancia Magnética (RM)- realizada resulta dentro de la normalidad; se cambia el tratamiento por Norfenazin (fármaco antidepresivo) y Depakine (medicamento antiepiléptico). El Depakine (ácido valproico), se utiliza en la actualidad, junto con otros antiepilépticos, como tratamiento preventivo de la migraña. Los antiepilépticos como el Fropranolol, Topiramato, Valproato/Ácido valproico, tienen una eficacia probada, aunque sus mecanismos de acción como antimigrañosos son, en su mayor parte, desconocidos.

- Desde enero de 2008, la paciente comienza a percibir temblores de características posicionales, por lo que se indica la retirada del medicamento Depakine y se disminuye la dosis de Norfenazin. Se evidencia una clara mejoría con la retirada del Depakine, y por el estudio neurofisiológico realizado se confirma que el temblor se debía la presencia de un temblor fisiológico exacerbado.

- Desde febrero de 2009, la paciente es valorada con controles periódicos en la Consulta Monográfica del Movimiento, del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), por un trastorno del movimiento (contracturas involuntarias) en la musculatura hemifacial izquierda (mitad del rostro), con comienzo de contractura anormal del músculo orbicular del ojo izquierdo (cierre del párpado) afectando con posterioridad, en menor medida, a la musculatura del macizo inferior izquierdo, hemicara izquierda (elevador del ángulo y barbilla).

El diagnóstico fue de probable espasmo facial izquierdo, que no guarda relación con la migraña (sin aura), ni con la cefalea tensional. El espasmo es tratado, logrando buena respuesta clínica, sin presentar efectos secundarios.

- De acuerdo con el informe del jefe de Servicio de Neurología de fecha 18 de septiembre de 2013, se constata que existe mejoría del cuadro tremórico y que no se objetiva desde el año 2010. La paciente únicamente lo refiere en relación con episodios de stress, son de carácter leve, y no interfieren con las actividades de la vida diaria.

Asimismo, indica que persiste la cefalea de característica migrañosa, de intensidad leve, con frecuencia de 2-3 episodios al mes, que no altera las tareas de la vida diaria, que cede con tratamiento sintomático (naproxeno) y no ha precisado tratamiento preventivo.

- Por lo que se refiere al mencionado trastorno del movimiento involuntario, compatible con hemiespasmo facial izquierdo, con afectación predominante muscular orbicular izquierdo, el mismo informe nos señala que el estudio neurológico realizado mediante resonancia magnética (RMN), Angio RMN cerebral y electromiograma (EMG), resultó normal. Este hemiespasmo facial presenta escasa repercusión en las tareas de la vida diaria y se trata con toxina botulínica tipo A, a bajas dosis, con beneficio clínico y sin efectos secundarios.

- Por último, de acuerdo con el informe del Servicio de Oftalmología del HUNSC, emitido el 2 de diciembre de 2013, la paciente refiere cuadro de ambliopía en ojo izquierdo con estrabismo congénito, que recibió tratamiento mediante oclusiones (sin conocer agudeza visual final). En la actualidad, continúa siendo revisado periódicamente, por el Servicio de Oftalmología.

2. La reclamante considera que los daños por los que reclama han sido causados por los medicamentos prescritos para tratar las migrañas y cefaleas padecidas.

En el expediente, sin embargo, puede considerarse acreditado que el estado de la paciente no resulta atribuible a la medicación pautaada, si bien como consecuencia de los temblores padecidos en el año 2008 se procedió a la retirada del Depakine, como posible inductor de dicho efecto, consiguiendo su mejoría.

En este sentido, informa el Jefe de Servicio de Neurología del HUNSC, con fecha 14 de abril de 2011, lo siguiente:

- Las prescripciones medicamentosas realizadas a la paciente figuran en las guías de prácticas clínicas de cefalea.

- El único efecto secundario relacionado con la toma de esas medicaciones prescritas es la presencia de temblor, que fue estudiado neurofisiológicamente, concluyendo que se trataba de un temblor fisiológico exacerbado. Se procedió por ello a la retirada del Depakine y el Norfenazin como posibles inductores de dicho efecto.

- La enferma está siendo tratada asimismo por el Servicio de Neurología en la consulta monográfica de trastornos del movimiento por un espasmo hemifacial que no tiene ninguna relación ni con sus cefaleas ni con los tratamientos instaurados.

Por todo ello, concluye que no existe ninguna relación entre la praxis médica del Servicio de Neurología y los supuestos daños irreversibles argumentados por la reclamante.

Consta asimismo en el expediente informe médico del mismo Servicio, de fecha 18 de septiembre de 2013, que indica:

- En las primeras valoraciones en el Servicio se objetivó temblor de características posturales distal en miembros superiores, de alta frecuencia y baja amplitud, de intensidad leve que no alteraba actividades de la vida diaria. Mejoría progresiva del cuadro tremórico postural, no objetivado desde exploración en el año 2010. La paciente únicamente lo refiere en relación con episodios de estrés, de carácter leve y que no interfieren con actividades de la vida diaria.

- Persiste cefalea de características migrañosas, de intensidad leve, con una frecuencia de 2-3 episodios al mes, que no alteran tareas de la vida diaria, que ceden con tratamiento sintomático y no ha precisado tratamiento preventivo.

- El trastorno de movimiento involuntario facial es compatible con hemiespasma facial I con afectación predominante musculatura orbicular oculis I, con estudio NRL

normal (RMN cerebral, Angio RMN cerebral, EMG). Presenta escasa repercusión en las tareas de la vida diaria y se trata con toxina botulínica tipo A a bajas dosis, con beneficio clínico y sin efectos secundarios.

- La paciente refería desde hacía años disminución de agudeza visual por ojo izquierdo, por lo que estaba siendo seguida por Oftalmología CAE Mojón. Se realizó estudio por NRL (RMN cerebral, analítica, estudio de LCR) sin hallazgos que justifiquen clínica y con estudio PEV, amplitud levemente disminuida en nervio óptico izquierdo en relación a derecho, por lo que fue remitida al Servicio de Oftalmología del HUNSC.

Consta igualmente informe de este Servicio de Oftalmología que indica que la paciente se encuentra diagnosticada de ambliopía en su ojo izquierdo y se mantiene en seguimiento.

Por último, también en el mismo sentido informa el Servicio de Inspección que ni el espasmo hemifacial ni la ambliopía padecida en su ojo izquierdo guardan relación alguna con la medicación pautada.

En definitiva, procede considerar, en el mismo sentido que la Propuesta de Resolución, que el presente caso no existe nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y los daños por los que reclama, pues las patologías que refiere no son consecuencia de la medicación pautada y, en todo caso, han sido objeto de un correcto diagnóstico y tratamiento.

En cuanto a los temblores sufridos en el año 2008, ante la posibilidad de que pudieran ser derivados de la medicación, se procedió a su retirada, sin que conste en el expediente que causara otras patologías.

Es más, según informe el Servicio de Inspección y consta en la historia clínica, el cuadro de temblores que presentó la reclamante resultaba compatible con una somatización, lo que motivó que se solicitase valoración por la Unidad de Salud Mental Mojón/Adeje. Esta Unidad consideró adecuado el tratamiento con antidepresivos indicado a la paciente y descarta, mediante las pertinentes pruebas diagnósticas, patología orgánica.

Asimismo, en su historia clínica de Atención Primaria, en fecha 18 de marzo de 2008, se refleja que acude con informe del Servicio de Neurología en el que consta diagnóstico de cefalea tensional y temblor psicogénico, y en el mismo informe se indica que a la exploración se objetiva que el temblor es de predominio intencional. En la misma historia clínica se alude a su estado de ansiedad no especificado en citas



de 11 de julio de 2008, 14 y 17 de abril de 2010 y 7 de mayo de 2010. También en este año, a raíz de sus problemas para dormir, se le hace una prueba de polisomnografía del sueño, que detecta síndrome ansioso-depresivo.

3. Pese a la amplia documentación de la historia clínica y los informes médicos, así como el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, incorporados al expediente, la reclamante no ha aportado prueba alguna que ratifique las afirmaciones contenidas en la reclamación sobre los efectos de la prescripción de los medicamentos pautados en el estado de salud de la misma o que desvirtúe los informes médicos citados.

En este orden de cosas, en virtud no sólo de la normativa general sobre la carga de la prueba (art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil y art. 1.214 del Código Civil), sino de la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo (Dictamen 56/2014, de 26 de febrero, Dictamen 74/2014, de 17 de marzo, Dictamen 88/2014, de 21 de marzo, Dictamen 190/2014, de 22 de mayo, Dictamen 409/2014, de 12 de noviembre, y Dictamen 214/2015, de 4 de junio, entre otros), quien afirma la existencia de unos hechos en los que se basa su posición jurídica en un asunto controvertido debe probar fehacientemente su existencia. No basta, por tanto, con alegar la existencia y características de un hecho; es necesario acreditarlo.

Por todo ello, procede concluir que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue adecuada y en su curso ha sido correctamente diagnosticada de las diversas patologías sufridas y pautados los tratamientos asimismo pertinentes, sin que las dolencias de distinta índole que relata en su reclamación sean consecuencia del indicado tratamiento médico. No concurre, en definitiva, como ya se ha señalado, el necesario nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada y el daño por el que se reclama.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación se considera conforme a Derecho, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por M.J.S.R.R.