



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 209/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de junio de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 183/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el 8 de mayo de 2019 (Registro de entrada de fecha 9 de mayo de 2019) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El importe de la indemnización reclamada, 200.000 euros, determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple, asimismo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar de conformidad con lo dispuesto en el art. 67.1 LPACAP. Pues aquella se presentó el 15 de junio de 2017, respecto de un daño continuado, consistente, según el reclamante, en falta de pruebas y diagnóstico durante los últimos cinco años, agravándose su salud hasta no tener solución, según indica en su reclamación.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa, presentada el 15 de junio de 2017, aunque se registra nuevo escrito el 11 de agosto de 2017 y ampliada el 6 de septiembre de 2017, viene dado, según transcripción del escrito más amplio, el segundo de ellos, por los siguientes hechos:

«PRIMERO.- Hace más de cinco años empiezo a sufrir dolor fuerte en costado izquierdo de carácter intenso que me impide realizar cualquier movimiento, teniendo que dejar de realizar, tanto mi trabajo, como mi actividad deportiva, teniendo que acudir a mi médico de cabecera (...), que me pauta la realización de prueba de Rayos X. A la vista de los resultados de la misma, que diagnostica como "dorsalgia de predominio izquierdo intensa", derivándome al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

SEGUNDO.- El Servicio de Traumatología del HUNSC, sin haber hecho ninguna prueba diagnóstica, ni haber citado al paciente, remite la petición al Servicio de Rehabilitación de ese centro hospitalario dado que según el mismo "en la cartera de servicios de traumatología no incluye las dorsalgias, dicha patología está incluida en la cartera de servicios de rehabilitación", como consta en la contestación en el ámbito sanitario (...).

TERCERO.- Con la derivación al Servicio de Rehabilitación tengo que sufrir además del retraso en la cita, problemas de tipo administrativo, dado que (...) me derivan a (...)

concertado pero no remiten mi expediente. Al acudir para que subsanen dicho error nos encontramos con que el doctor está de vacaciones y tengo que esperar a una nueva derivación por diagnóstico "dolor región torácica columna", suponiendo ello otro retraso más para mis dolencias. Desde el (...) comienzan tratamiento rehabilitador en el cuello, a lo que manifiesto que mi dolor es en el costado izquierdo, dándome el alta al no tener mejoría, acabando por enviarme a la Unidad del Dolor para que me realizaran infiltraciones paliativas, cosa a la que me negué dado que todavía ni siquiera tenía un diagnóstico claro de mi dolencia (...).

CUARTO.- Al seguir con mi dolencia, solicito segunda opinión con el (...) Jefe de Servicio del HUNSC, y como consecuencia de ello, después de realizar pruebas diagnósticas me dicen que tengo tendinitis supraespinoso izquierdo, cervicoartrosis, y encondroma en cabeza humeral izquierda, percibiendo en la eco un "click y sugiriendo posible elastofibroma para la que se solicita resonancia magnética de pared torácica." Ante la tardanza para recibir este diagnóstico después de tanto tiempo sufriendo dolores, presento reclamación sanitaria y recibo respuesta de la Subdirección Médica de ese centro de que "ha sido valorado por el Servicio de Traumatología, descartándose una patología tumoral maligna." (...)

QUINTO.- Después de esto, solicito se revise mi expediente, y soy visto por la Dra. (...), que me remite para la realización de Resonancia Magnética de tórax con "ruego de valoración elastofibroma en pared torácica dorsal". Ante el retraso para la realización de la prueba diagnóstica, presento reclamación en el ámbito sanitario, consiguiendo que se me adelante la misma. Al volver a la Dra. (...), nos comenta que no existe "elastofibroma" y que es necesario intervención urgente al tener el manguito del hombro con rotura parcial. Un nuevo cambio en todo el diagnóstico y yo con mi vida truncada (...).

SEXTO.- La Dra. (...) que me deriva a otro traumatólogo, el Dr. (...), que al verme en su consulta, me manifiesta que no entiende porqué la Dra. (...) le deriva a él si la especialista en manguitos de hombro es ella, añadiendo ante mi insistencia que: "después de tanto tiempo probablemente mi problema no tenga ya solución".

SÉPTIMO.- A la vista de los cambiantes diagnósticos, solicito reunión con la Dirección Médica del HUNSC, y me comenta que lo que procede en este caso es pedir una segunda opinión, dado que en el centro hospitalario no me han podido ayudar. Presento la solicitud de segunda opinión, con la consiguiente reclamación (...).

Esta segunda opinión solicitada al HUC, todavía no se me ha realizado. Se verá claramente que mi proceso de atención facultativa ha caminado a base de reclamaciones.

OCTAVO.- Como consecuencia de todo este proceso físico en el que mi salud se ha visto deteriorada, he cursado proceso mental diagnosticado como: "trastorno de adaptación, reacción mixta de ansiedad y depresión, con impresión de no estar apto para reincorporarse a

la actividad laboral" (se adjunta informe del Servicio de Psiquiatría del HUNSC, Unidad de Salud Mental de Ofra).

NOVENO.- Todo este proceso ha originado a petición mía, que la Dirección General de Dependencia y Discapacidad de la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda, dicte Resolución de Reconocimiento del Grado de Discapacidad del 68%, en el expediente 38/0105020, de acuerdo con el Dictamen Técnico Facultativo correspondiente (se adjunta copia de la Resolución y del Dictamen).

DÉCIMO.- Por todo este proceso, he perdido mi trabajo, dado que por mi estado físico no me renovaron mi contrato laboral, hace ya más de cinco años, lo que añade a toda esta situación además un claro perjuicio económico.

UNDÉCIMO.- he tenido que abandonar toda actividad deportiva que era imprescindible en mi vida, lo que me ha supuesto además un daño físico y moral».

Se solicita una indemnización de 200.000 euros, con la actualización que corresponda y los intereses legales, por los daños físicos y psicológicos que se alegan, así como por el lucro cesante derivado de la pérdida del trabajo del interesado y por los daños morales sufridos durante el proceso asistencial.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El 26 de junio de 2017 se remite la reclamación del interesado a la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, por entenderse que constituye una queja solicitando atención y asistencia sanitaria, dado que en ella el reclamante no concreta el acto u omisión por el que reclama, no señala fechas de intervenciones, asistencias o pruebas, no concreta el daño sufrido, no explica relación de causalidad, ni cuantifica indemnización alguna.

- El 11 de agosto de 2017 el interesado presenta nuevo escrito en el que concreta los datos aludidos anteriormente.

- El 23 de agosto de 2017 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo

que éste recibe notificación el 28 de agosto de 2017. Tras apoderamiento *apud acta* de su madre el 29 de agosto de 2017, presenta escrito de mejora aclarando los términos de la reclamación, con fecha 6 de septiembre de 2017.

- Por medio de Resolución de 11 de septiembre de 2017, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica al interesado el 19 de septiembre de 2017.

- El 11 de septiembre de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 13 de marzo de 2019.

- El 11 de octubre de 2017 y el 13 de noviembre de 2017 el interesado aporta nueva documentación, añadiendo posteriormente más documentación el 14 de marzo de 2018, el 11 de mayo de 2018, 31 de mayo de 2018 y 6 de julio de 2018.

- El 19 de marzo de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por el interesado y se incorporan las pruebas propuestas por la Administración, todas ellas documentales ya incorporadas al expediente. De ello recibe notificación el reclamante el 26 de marzo de 2019.

- El 19 de marzo de 2019 se confiere al interesado trámite de audiencia, lo que se le notifica el 26 de marzo de 2019, presentando escrito de alegaciones con fecha 29 de marzo de 2019.

- El 7 de mayo de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, sin que se haya informado por el Servicio Jurídico, argumentándose incorrectamente, pues ha de informarse cada caso, que se trata de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico en casos similares.

V

1. La Propuesta de Resolución, como se ha indicado, desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, por entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. Ante todo, es preciso exponer los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del reclamante, tal y como se recogen en el informe del SIP.

«1.- En mayo de 2013, al paciente se le practican, en Atención Primaria, radiografías de columna. En la exploración física destaca algia en la parte dorsal izquierda que irradia al brazo y cuello. Es derivado a Rehabilitación.

2.- En fecha 02-07-2015, fecha en la que se realizan radiografías de columna cervical y dorsal, el paciente tuvo consulta en Rehabilitación el 01-10-2015.

3.- El Médico Rehabilitador le deriva a un (...). Tras dos meses de tratamiento rehabilitador, cursa Alta, sin mejoría cierta.

4.- Es remitido a su Médico de Cabecera, que a su vez lo remite a la Unidad del Dolor, quien diagnostica una contractura del músculo Trapecio y del Elevador de la Escápula izquierda e indica un tratamiento. Sin embargo, el paciente declinó el tratamiento.

5.- También es remitido a la Unidad de Salud Mental (USM) por presentar gran depresión, ya que el dolor era insoportable. No obstante comprobamos que el paciente padecía de dolor en la columna lumbar desde el año 2006. Al respecto indicar que el señor reclamante trabajaba como Mecánico y por causa de su profesión sufrió una herida abierta en la mano con un destornillador, que le provocó una lipotimia, en el año 2006.

6.- En la hoja 21 de la Historia Clínica, (USM) en el Resumen Evolutivo, de fecha: 04-07-2016, se indica lo siguiente:

El paciente mantiene un discurso recurrente y rumiativo en relación a su dolor de espalda y lo desatendido que está por parte del Traumatólogo, sin poder ver otras opciones salvo la queja. Ideación rígida, perseverante, obsesivo (rasgos obsesivos de personalidad, pensamiento obsesivo, página 19 de la H.C.) siendo muy difícil la psicoterapia.

En ese sentido se enmarca la frase anotada en el Resumen Evolutivo, de fecha: 06-03-2017, en la misma hoja 21 de la Historia Clínica, que dice así:

El paciente continúa muy querulante -persona obsesiva orientada a la insistente ideación de reparación de las injusticias o perjuicios que de manera injustificada puede haber recibido-, se queja del trato recibido en la sucesivas valoraciones, singularmente las de los Médicos Especialistas de Traumatología-, con rasgos anancásticos evidentes (obsesión por la perfección en todos los ámbitos de la limpieza, orden, agenda de citas y horarios, etc.).

(Fuente: hoja de Sucesiva de USM de la Historia Clínica, de fecha 08-08-2017).

Esta obsesión por la perfección, de no verse cumplida, generará en el paciente: frustración e impotencia con evidente irritabilidad.

Todo ello sería origen -por parte del paciente- de reivindicaciones de pruebas, bajas laborales, indicando a los servicios asistenciales lo que deben o no hacer, por lo que se provocarían frecuentes desencuentros en las consultas del Centro de Salud de Atención Primaria. A lo largo del Historial de Salud observamos varios episodios en los que el paciente - hoy reclamante- mostró su disconformidad y los mencionamos a continuación (...).

7.- Por razón de su trabajo (Mecánico) era propenso a sufrir dolores e injurias músculo-esqueléticas, que a continuación relatamos:

- En fecha: 4 de diciembre de 2007, sufrió dolor en el codo.
- En fecha: 29 de abril de 2008, se hizo daño en la rodilla (Gonalgia) mientras trabajaba.
- El 4 de agosto de 2008, sufrió una contractura cervical izquierda (contractura del músculo Trapecio mayor).
- El 3 de febrero de 2009, tiene de nuevo, dolor de espalda (Lumbociática, contractura lumbar alta) desde ayer.
- El 13 de junio de 2009, de nuevo contractura muscular.
- El 26 de julio de 2010, no va a trabajar ya que le duele la espalda. Se diagnostica de: Contractura lumbar. Tiene antecedentes familiares de discopatía cervical y discopatía lumbar.
- El 1 de diciembre de 2011 tiene dolor de espalda que le obliga a acudir a urgencias (contractura muscular). Indica que lleva un año con problemas, y a tenor de lo indicado en la hoja 20 de la Historia Clínica, de fecha: 02-10-2015, el paciente refiere que está en rehabilitación de la espalda por una lesión antigua producida en el trabajo.
- El 25-09-2012, acude a su Centro de Salud Ofra-Delicias y refiere herida incisa tras golpe con cornisa mientras estaba en jornada laboral. Se retiran puntos de sutura de herida en la frente.
- El 22-02-2013, el Médico de Familia anota: Tiene dolor leve más o menos crónico en región paravertebral-escápula izquierda desde hace varios meses, probablemente en relación con su trabajo.

8.- Por lo que refiere a los trastornos ansioso-depresivos, el 26 de julio de 2010, por primera vez, se hace mención en el Historial de Salud, de Trastorno de Ansiedad excesivo; 05-05-2013: Síndrome de Ansiedad, se solicita interconsulta a Salud Mental; 03-10-2013: Se deriva al paciente a la Unidad de Salud Mental (USM) por presentar el paciente ideas autolíticas con Depresión Reactiva a problemas laborales; 22-10-2013: Controlado por la USM por Depresión, le han despedido de la empresa; 06-05-2014: Se repite control en USM por Depresión del paciente; 08-04-2015: Síndrome depresivo grave en tratamiento y control; 01-07-2015: El paciente es diagnosticado de Depresión Endógena de 18 meses de evolución y es derivado a Salud Mental. También tiene molestias de espalda de años de evolución. Salud Mental Indica que tiene Depresión reactiva desde 2013, por despido laboral, con u-atamiento sin mejoría alguna; 07-10-2015: El paciente acude a sesiones de Psicoterapia. La USM le filia de Trastorno Adaptativo Mixto Ansioso-Depresivo trastorno del sueño obsesionado con la idea es su despido laboral injusto.

- 19-04-2016: El Médico de Familia anota que el paciente está en control y seguimiento por Psiquiatría por clínica ansioso-depresiva, con abandono de actividades placenteras y rumiación persistente sobre estresores del pasado, en el contexto de rigidez cognitiva de base. Insomnio.

- El 11-05-2016: El Médico de Familia anota lo siguiente: Paciente que presenta clínica ansioso-depresiva, con predominio del componente depresivo, con tendencia al aislamiento en domicilio, inhibición, con rumiación persistente sobre estresores del pasado. Insomnio.

- En el Informe del Jefe de Servicio de Traumatología de fecha: 13-12-2017 se indica que:

El "proceso mental" debe de ser previo a la patología física que refiere, ya que antes de tener la consulta con Rehabilitación tuvo 15 consultas en Psiquiatría, 12 antes de las radiografías, por no referirnos a las 24 consultas en Psiquiatría, previas a la consulta con Unidad de Dolor o las 27 antes de consultas con Traumatología.

- El Informe del Servicio de Psiquiatría del HUNSOC indica que el paciente acude a seguimiento psicológico y psiquiátrico por CIE- 10 [F43.22] - trastorno de adaptación; reacción mixta de ansiedad y depresión y C1E-10 [F32] Episodio depresivo.

El paciente describe clínica ansioso-depresiva con probable predominio del componente depresivo, En su historial se describe tendencia al aislamiento en el domicilio, inhibición, con restricción de intereses y abandono de actividades placenteras previas. Rumiación persistente sobre estresores del pasado en el contexto de probable rigidez cognitiva de base y que se asocia a irritabilidad. Abandono importante del autocuidado. Insomnio de mantenimiento. Evidentes limitaciones para el ejercicio de una actividad derivadas de la clínica descrita. En el momento actual, ante la evolución presentada y las limitaciones derivadas de la clínica descrita impresiona no estar apto para reincorporarse a la actividad laboral.

La evolución ha sido errática, con tendencia a la cronificación de síntomas, sin mejoría en las últimas valoraciones a pesar de ajustes en el tratamiento.

9.- El día 16-06-2017, el informe del Equipo de Valoración y Orientación (EVO) del Centro de Valoración de la Discapacidad de Santa Cruz de Tenerife, en relación con la patología mental del paciente, emite el siguiente Dictamen: A.- Trastorno de la Afectividad (2108); 13- por Trastorno Distímico (648); C-de etiología IDIOPÁTICA (13). A-Trastorno mental Otros (2300); B- por Trastorno de Ansiedad en crisis. Trastorno de pánico (650); C- de etiología IDIOPÁTICA (13).

10.- El 20-09-2016, el paciente tiene una primera consulta en Cirugía Ortopédica y Traumatología, Se diagnostica de Cervicoartrosis moderada, Encondroma de cabeza humeral izquierda que no es causa de dolor alguno y que no presenta signos de actividad actual. En la ecografía de Hombro realizada son constatables signos tendinosos leves crónicos en el Supraespinoso y se descarta Elastofibroma. El Servicio de Traumatología le realiza, además, Resonancia Magnética de Hombro y es derivado a al Servicio de Neurocirugía.

11.- En la RMN de Hombro practicada, se sugiere una posible rotura parcial del Supraespinoso al igual que un inicio de artrosis en dicho hombro. El paciente no ha sido intervenido ya que rechaza cualquier tratamiento quirúrgico, por desconfianza.

12.- La Gammagrafía Articular realizada por Neurocirugía, en fecha: 11-04-2017 y valorada en consultas externas, en fecha: 12-04-2017, indicó que el Encondroma del Húmero izquierdo tiene un comportamiento óseo benigno Articulación glenohumeral izquierda en probable relación con patología degenerativa osteoarticular. Calcificación de cartílago costal ulterior izquierdo. También se observaron cambios incipientes de patología degenerativa articular Escoliosis dorsal con convexidad izquierda.

En fecha 20-07-2016, el paciente llevaba tiempo con dolor de Columna Vertebral con limitación de rotación izquierda y contractura del músculo Trapecio y Angular del Omóplato izquierdo, alteración subacromial izquierda y Cervicoartrosis.

(Fuente: Hojas de Documentación Clínica de la Historia Clínica del Paciente del HUNSDC, pág. 29, fecha: 12-04-2017).

13.- La derivación del paciente a la Unidad de Raquis estaba correctamente indicada puesto que el problema original era de Columna Vertebral.

14.- El 5 de septiembre de 2017, el paciente reclama una segunda opinión, que es autorizada en el Hospital de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC)».

3. Como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación del interesado, lo que resulta correcto, dados los antecedentes expuestos.

Así, si bien el interesado reclama, como señala la Propuesta de Resolución, porque «durante estos últimos cinco años ha sido derivado de un médico a otro, sin haberle derivado al especialista adecuado desde el primer momento y sin haberle realizado las pruebas necesarias desde el inicio, lo que ha agravado su problema hasta el día de hoy, cuando le indican que ya no tiene solución», la Administración ha acreditado que los especialistas que lo trataron eran los indicados en cada momento por razón de su especialidad, que las pruebas realizadas fueron también las indicadas, y que los resultados de las pruebas y los estudios realizados arrojaron en cada momento los diagnósticos ofrecidos, tributarios de los tratamientos adecuadamente pautados.

En primer lugar, ante todo, como aclara el informe del SIP, el paciente no tenía un solo diagnóstico, pues no tenía una única patología, sino que, como se refleja en el apartado 7 de los antecedentes de su historia clínica, por razón de su trabajo (Mecánico,) era propenso a sufrir dolores e injurias músculo-esqueléticas, constandingo:

- «- En fecha: 4 de diciembre de 2007, sufrió dolor en el codo.
- En fecha: 29 de abril de 2008, se hizo daño en la rodilla (Gonalgia) mientras trabajaba.
- El 4 de agosto de 2008, sufrió una contractura cervical izquierda (contractura del músculo Trapecio mayor).
- El 3 de febrero de 2009, tiene de nuevo, dolor de espalda (Lumbociática, contractura lumbar alta) desde ayer.
- El 13 de junio de 2009, de nuevo contractura muscular.
- El 26 de julio de 2010, no va a trabajar ya que le duele la espalda. Se diagnostica de: Contractura lumbar. Tiene antecedentes familiares de discopatía cervical y discopatía lumbar.
- El 1 de diciembre de 2011 tiene dolor de espalda que le obliga a acudir a urgencias (contractura muscular). Indica que lleva un año con problemas, y a tenor de lo indicado en la hoja 20 de la Historia Clínica, de fecha: 02-10-2015, el paciente refiere que está en rehabilitación de la espalda por una lesión antigua producida en el trabajo.
- El 25-09-2012, acude a su Centro de Salud Ofra-Delicias y refiere herida incisa tras golpe con cornisa mientras estaba en jornada laboral. Se retiran puntos de sutura de herida en la frente.
- El 22-02-2013, el Médico de Familia anota: Tiene dolor leve más o menos crónico en región paravertebral-escápula izquierda desde hace varios meses, probablemente en relación con su trabajo».

En la hoja 20 de la Historia Clínica, de 2 de octubre de 2015, el paciente refiere que está en Rehabilitación de la espalda por una lesión antigua producida en el trabajo.

Ello fue motivo para que distintos servicios asistenciales -Rehabilitación, Traumatología, Neurofisiología (Estudio neurofisiológico), Neurología, Unidad de Raquis, Radiología (Ecografía, Resonancia), Medicina Nuclear (Gammagrafía), entre otros, buscasen, como se señala por el SIP, «con denuedo, determinación y esfuerzo, el origen del dolor que aquejaba al enfermo, sin que se concretan un única causa genuina y evidente».

Efectivamente, de las pruebas oportunamente realizadas se objetivaron distintas patologías:

Al respecto, señala el SIP:

«Los medios diagnósticos realizados por los servicios asistenciales del SCS para lograr un diagnóstico de certeza de la patología que aquejaba al paciente concretaran la siguiente:

Atrapamiento leve del Nervio Mediano (por neurofisiología); Radiculopatía cervical leve en C6 y C7 izquierdas (por neurofisiología); Cervicoartrosis con discopatía C3-C6 y limitación de la rotación izquierda de la columna, contractura del Trapecio y Angular del Omóplato (Radiografía de Columna Cervical); Cambios degenerativos de la articulación acromioclavicular (Ecografía de Hombro). Encondroma en cabeza humeral izquierda (Ecografía de Hombro), patología degenerativa osteoarticular (Ecografía de Hombro); Condromatosis grado IV (RMN Escapulotorácica), calcificación cartílago costal izquierdo (RMN Escapulotorácica), cambios degenerativos articulares en: Manubrio con el cuerpo esternal, codos, carpos, primera articulación carpo-metacarpiana de ambas manos, compartimento femoropatelar Interno de rodilla derecha y externo de la izquierda.(RMN Escapulotorácica), Encondroma benigno en cabeza humeral izquierda (RMN de Hombro), Teudinositis del Supraespinoso (RMN de Hombro), Cambios degenerativos acromioclavicular y glenohumeral (RMN de Hombro), Rotura parcial del Supraespinoso y del Infraespinoso con rotura parcial en superficie articular (RMN de Hombro), Ausencia de Elastofibroma (RMN de Hombro).

Por las patologías indicadas en las pruebas de imagen de: Calcificación de cartílago costal anterior izquierdo (Gammagrafía). Condromatosis tipo IV (RMN), Encondroma benigno en cabeza del Húmero izquierdo (RMN), patología degenerativa articular hallada en: Manubrio con el cuerpo esternal, codos, carpes, primera articulación carpo-metacarpiana de ambas manos, compartimento femoropatelar interno de rodilla derecha y externo de la izquierda (RMN) y por el Dictamen Técnico Facultativo del Equipo de Valoración y Orientación (EVO del Centro de Valoración de la Discapacidad de Sta. Cruz de remite de fecha: 06-07-2017, que indica: Limitación funcional en Miembro Superior Izquierdo (MSI) por Condromalacia de etiología degenerativa. El Servicio de Inspección Médica considera -en hipótesis argumenta, que el paciente podría padecer una patología degenerativa y una Condromalacia (enfermedad degenerativa del cartílago articular en cualquier articulación del organismo), cuyas causas podrían ser: Causa traumática: Práctica de deporte -en este punto recordar que el paciente es de constitución atlética y practicaba deporte, pero no en la actualidad-: Causa degenerativa (según Dictamen del EVO); Causa congénita».

Así pues, los diagnósticos fueron correctos en todo momento y acordes con la sintomatología presentada en cada momento.

No obstante, ha de aclararse en este punto que, con fecha 3 de abril de 2018, se anota en el informe clínico del Servicio de Neurocirugía (pág. 266 EA):

«Se solicitó RM cervical y dorsal y ENMG de MSI. El paciente no se ha realizado las RM solicitadas.

Se vuelven a solicitar las RM. A través de su madre, el paciente nos hace llegar que se niega a la realización de más pruebas complementarias, con lo que es imposible por nuestra parte avanzar en la valoración del caso».

Por su parte, los tratamientos dispensados también fueron conformes a las patologías que iba presentando el paciente.

Así, respecto a un posible tratamiento quirúrgico, se señala por el Jefe de Servicio de COT del HUC, en su informe de 3 de julio de 2018, que el paciente fue atendido por múltiples facultativos y especialidades, como Traumatología, Rehabilitación, medicina General, Unidad del dolor, etc. y se le realizaron todo tipo de pruebas complementarias y que ningún facultativo del HUC ni del HUNSC encuentran patología tributaria de tratamiento quirúrgico.

Por su parte, en las anotaciones de evolución, en fecha 31 de enero de 2018 (pág. 268 EA) se escribe:

«Desde el punto de vista ortopédico a día de hoy no hay indicación quirúrgica de ninguna de sus patologías a la espera de valoración de la patología cervical.

Dado que el único dato objetivable es el dolor a nivel de polo inferior de la escápula que no es tratable quirúrgicamente, las únicas opciones desde mi punto de vista sólo habría opción de tratamiento con la Unidad del Dolor y tratar su patología psiquiátrica de base».

Además, en todo caso, planteada una eventual valoración quirúrgica por la Dra. (...), al advertirse, en una RMN de hombro, posible rotura parcial del supraespinoso e inicio de artrosis en el mismo hombro, el paciente declinó tratamiento quirúrgico del hombro izquierdo por desconfianza (se menciona en el Informe del Jefe de Servicio de Traumatología de fecha: 11/12/2017). En este momento se pudo sugerir una cirugía. Así consta anotado en historia clínica por parte de la doctora (...) "EL PACIENTE RECHAZA CUALQUIER TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR DESCONFIANZA (folio nº 180) (en historia clínica figura esta anotación escrita con letras mayúsculas).

A día del informe el paciente no ha sido intervenido ni está incluido en lista de espera de Cirugía.

Asimismo, se aclara que el paciente se remitió de forma correcta a la Unidad de Raquis, pues el problema original era de columna vertebral.

Por otro lado, respecto de tratamiento en la Unidad del Dolor, también se deriva de la historia clínica que el paciente rechazó el tratamiento de infiltraciones paliativas indicado por la Unidad del Dolor, lo que se menciona en el propio escrito de reclamación (Hechos, punto tercero, penúltima línea).

Finalmente, en relación con el trastorno depresivo, por un lado, en su informe de 11 de diciembre de 2017, el Jefe del Servicio de Traumatología del HUNSC señalaba que el proceso mental debe de ser previo a la patología física que refiere,

ya que antes de tener consulta de Rehabilitación tuvo 15 consultas en psiquiatría, 12 anteriores a las radiografías, 24 consultas en psiquiatría previas a la consulta en Unidad del Dolor, y 27 anteriores a la consulta de Traumatología.

Además, y amén de que este trastorno se padece por el reclamante con anterioridad a la asistencia por la que reclama, el mismo trastorno ha podido determinar, como apunta el SIP, la propia percepción del dolor por el paciente. Así se señala en este informe:

«El Servicio de Inspección considera, en hipótesis razonada, que la Depresión (ansiedad-depresión) padecida por el paciente podría propiciarle múltiples afecciones, tales como: D. de cabeza y de estómago, cansancio, mareo. Dolor de espalda, sin ninguna razón aparente. Los dolores corporales, en ocasiones, son un síntoma de Depresión. Ambos -dolor y Depresión- estarían relacionados, toda vez que con la Depresión existe un incremento de la percepción del dolor. Los mínimos dolores son sentidos -por el paciente depresivo- con mucha amplificación».

El SIP expone que el paciente refiere de forma recurrente en la USM lo desatendido que está por parte de Traumatología. Consta: Idealización rígida, perseverante, con rasgos obsesivos de personalidad, siendo muy difícil la psicoterapia (folio n.º 202). Obsesión por la perfección que, de no verse cumplida genera frustración e impotencia con evidente irritabilidad.

Todo esto sería origen de reivindicaciones de pruebas, bajas laborales, indicando a los servicios asistenciales lo que deben o no hacer, por lo que provocarían frecuentes desencuentros en las consultas de Atención Primaria, tal y como se puede observar en la historia clínica de este nivel de asistencia. Así, tal y como se expone en las anotaciones de la historia clínica del paciente, a lo largo del historial de salud se puede observar varios episodios en los que el paciente -hoy reclamante- mostró su disconformidad:

«- Así en el 28 de febrero de 2006, en la consulta de su Centro de Salud: Ofra-Delicias, se le indicó que debía acudir a su domicilio y aportar su tarjeta sanitaria, a lo que el paciente se negó a realizar.

- También en fecha: 26 de septiembre de 2006, la Médico de Familia trataba de explicar que el dolor que sufría en la columna era una lumbalgia, cosa que el paciente negaba y no había forma de hacerle entender lo contrario.

- El 8 de octubre de 2007, el paciente sufre una gastroenteritis y se le solicita un coprocultivo. El paciente quiere la baja laboral y la Médica de Familia indica que no se la hace hasta conocer el resultado del coprocultivo.

- El 21 de agosto de 2008, en la consulta de su Médico de Familia, en el Centro de Salud, se indica que: el paciente rompió ayer el impreso de la analítica

- El 22-08-2012, el Médico de Familia redacta: no me deja que le explore la mano, se pone agresivo.

- El 25-10-2017, se anota en el Resumen Evolutivo de la Historia Clínica, pág. 22 que el paciente se niega a venir a las consultas de Psiquiatría y Psicología».

Controlado en la USM, por síndrome depresivo grave en tratamiento y control, el Servicio de salud mental indica que tiene depresión reactiva desde 2013 por despido laboral, en tratamiento pero sin mejoría. Es diagnosticado de Trastorno Adaptativo Mixto Ansioso Depresivo, trastorno del sueño, y obsesionado con la idea de su despido laboral, injusto. Evolución errática con tendencia a la cronificación de síntomas, sin mejoría en las últimas valoraciones a pesar de ajustes de tratamiento.

Sin embargo, también respecto del tratamiento de su trastorno depresivo, consta en la historia clínica que el paciente se negó a continuar asistiendo a las consultas de psiquiatría y psicología (se menciona en el resumen evolutivo de la Historia Clínica, pág. 22, de fecha: 25-10-2017, anotando que el paciente se niega a venir a las consultas de Psiquiatría y Psicología).

4. Por todo lo argumentado, entendemos que la Propuesta de Resolución es ajustada a Derecho, pues, siendo conforme a la *lex artis ad hoc* la asistencia sanitaria prestada al paciente en todo momento, procede desestimar la pretensión resarcitoria presentada por él.

Y es que, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, presenta una serie de particularidades que hacen referencia a la «Lex Artis», en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que,

en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 «que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara «Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo la desestimación de la reclamación efectuada.