



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 9 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de noviembre de 2022.

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 la asistencia sanitaria prestada como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 378/2022 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 19 de junio de 2017, a instancias de (...), por los daños sufridos por este como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El interesado cuantifica la indemnización en más de 150.000 euros inicialmente, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 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).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); la Ley 41/2002,

* Ponente: Sra. De Haro Brito.

de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

5. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la reclamación planteada.

II

1. El interesado basa su pretensión resarcitoria iniciada como se ha señalado, inicialmente en escrito de fecha 19 de junio de 2017, en el siguiente relato fáctico:

- Desde junio de 2012, está siendo valorado por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) por dolores en columna vertebral, cadera izquierda, rodilla y tobillo, siendo diagnosticado por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander y confirmado por el HUC de Espondiloartritis B27 Negativa. Fue tratado con Metrotexato, el cual se suspendió por resultar ineficaz

- En febrero de 2013, con agravamiento de los dolores y contracturas en general, y en base a sacroileitis derecha, lumbalgia de características inflamatorias, limitación para la movilización lumbar, se aumenta el juicio diagnóstico con Síndrome miofacial asociado. A pesar de ello no se realiza ninguna prueba diagnóstica.

- Comienzan a dilatarse en el tiempo las revisiones médicas con diferentes especialistas y medicaciones para el tratamiento de la Espondiloartritis, produciéndose una falta de seguimiento a pesar de los requerimientos de su médico de cabecera para ser visto y solicitar una RMN.

- Con fecha 16 de julio de 2015, la Jefa de Servicio de Reumatología emite informe diagnosticando de Síndrome miofacial, quiste de Baker en rodilla izquierda y quistes parapieléticos en riñón izquierdo.

Descarta en este informe la Espondiloartritis ya que en ese momento no reunía los criterios necesarios para esta enfermedad. Predominio de clínica miofacial con gran componente de contractura que le limita en su vida diaria. Se le da de alta en este Servicio con la indicación de seguimiento en Unidad de Salud Mental y Rehabilitación.

- El 5 de diciembre de 2015 se realiza RMN lumbar con diagnóstico de Hernia discal medial en L4-L5 y L5-S1.

- Con fecha 20 de marzo de 2016 se realiza nueva RMN Dorsal que arroja imágenes compatibles con discretas discopatías con pequeñas protrusiones en los niveles D10 a D12 con predominio derecho.

- En mayo de 2016, en consulta de Reumatología es diagnosticado de Lumbociatalgia izquierda crónica secundaria a patología discal. Es remitido a consulta de Neurocirugía del HUC, donde se incluye en lista de espera quirúrgica el día 19 de octubre de 2016.

- Con fecha 20 de mayo, se realiza nueva RMN Cervical, encontrando discopatía C5-C6 de predominio medial con signos artrósicos vertebrales. discreta discopatía C6-C7. Se cita para ser visto en fecha 23 de junio de 2017 para ser valorado por el médico de cabecera.

Reclama inicialmente porque entiende que, de haberse puesto a su disposición todos los medios necesarios (adecuada exploración, RMN desde el año 2012) no se hubiera producido el error y retraso en el diagnóstico correcto de su enfermedad. Este hecho ha supuesto una pérdida de oportunidad pues de haberse diagnosticado

correctamente la Lumbociatalgia izquierda crónica que padece, en vez de Espondiloartritis, se habría evitado el deficiente estado de salud del reclamante.

2. Mediante Resolución de 26 de junio de 2017 del Director del Servicio Canario de la Salud, se inadmite la reclamación por considerar que ha prescrito su derecho a reclamar. Esta resolución se notifica con fecha 29 del mismo mes y año.

Mediante Sentencia 30/2022 de 7 de febrero, la Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Segunda del TSJ de Santa Cruz de Tenerife, estima parcialmente el recurso de apelación n.º 4/2022 contra la Sentencia n.º 672/2021 de 13 de octubre dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2, y considera que la acción no está prescrita por haber solicitado el reclamante el reconocimiento a la asistencia jurídica gratuita con fecha 11 de abril de 2017. Esta solicitud no fue aportada junto con reclamación inicial, por lo que este órgano instructor desconocida su existencia (sic).

3. Por Resolución de 16 de febrero de 2022 del Director del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

4. Con fecha 2 de marzo de 2022 por el reclamante se presenta escrito en que señala, basándose en el informe médico-forense que consta en el procedimiento judicial, que se declare la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados y se indemnice en la cantidad de 106.005,99 euros calculada hasta la fecha del Informe Forense, esto es, hasta el 10 de mayo de 2021, más los que se vayan devengando hasta la fecha de pago, con más sus intereses legales.

5. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que señala la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«A. Con carácter previo, se informa que el reclamante fundamenta el objeto de esta reclamación en las conclusiones del informe médico forense en el procedimiento 260/2017 ante el Juzgado Contencioso Administrativo n.º 2 de Sta. Cruz de Tenerife.

B. En dicho informe se relata de manera pormenorizada la evolución clínica del reclamante desde los 19 años, cuando residía en Santander, hasta la asistencia prestada por Psiquiatría del HUC el 6 de noviembre de 2017.

C. Nos referiremos en primer lugar a las Consideraciones médico forenses:

** En relación al objeto de la reclamación (lumbociatalgia izquierda) expone: “ (...) En suma, a la vista de la documentación clínica aportada, no cabe hablar de error diagnóstico, ni de dilaciones en la práctica de pruebas diagnósticas durante su evolución, pues además del*

diagnóstico de Lumbociatalgia izquierda crónica secundaria a patología discal con anterioridad se habían formulado otros diagnósticos que también explicaban las dolencias que presentaba:

- Espondiloartritis indiferenciada B27 negativa el 25/11/2010 (diagnóstico con el que vino de Santander), reiterado en el informe médico Forense.

- Síndrome miofascial (diagnosticado el 05/06/2013 por el Servicio de Reumatología) al descartar la espondiloartropatía.

- Y el síndrome somatomorfo (diagnosticado el 16/02/2016 por la USM de la V.) (...) .”

****Por otra parte, en dicho informe forense y en relación al síndrome somatomorfo se determina:** “ (...) .existiendo en todo caso mal praxis médica por no haber sido tratado adecuadamente por el servicio de psiquiatría una vez fue diagnosticado el 16/02/2016 (...) ”

D. En la misma línea, en el apartado de Conclusiones: “ (...) .Segunda.- La mal praxis se objetiva no sólo en el error y/o retraso en el diagnóstico del grave trastorno somatomorfo que padece (código F45.1 del DSM-5), sino también en la ausencia de tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico que debería haber recibido (...) ”.

Por tal conclusión efectuó el cálculo para reclamar indemnización por perjuicios particulares temporales, desde la fecha 16.02.2016, no antes, hasta el día 28/12/2020 y sucesivos hasta que se retome la asistencia psiquiátrica que precisa.

E.- A modo de resumen, en relación al objeto de la reclamación: Retraso de cinco años (2012-2017) en diagnosticar lumbociatalgia izquierda (dolor lumbar). El dolor lumbar con protusión discal L5-S1 en Resonancia Magnética de enero de 2003, era conocido al menos desde esa fecha.

Consta por otra parte en 2007 Lumbalgia inespecífica tras accidente laboral.

Una vez trasladado a esta Comunidad Autónoma, a partir de 2012 figura no solo el dolor lumbar sino además entre otros, dolores articulares y musculares en toda la economía corporal: dolor hombro izquierdo, dolor de cadera izquierda, artralgias, dolor sacroiliaco, dolor gemelar izquierdo, dolores musculares, contracturas musculares, fibromialgia SDR. miofascial, dolor en talón izquierdo, dolor rodilla derecha, dolor cervical, dolor dorsal, dolor 5º dedo mano derecha, dolor en pared anterior del tórax.

Ha sido valorado por especialistas en Reumatología, Rehabilitación, Traumatología, Neurocirugía, Neurología y Unidad del dolor y en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente.

En ningún caso ha existido error diagnóstico.

*El diagnóstico espondiloartropatía por el que estuvo en seguimiento se corresponde con un conjunto de enfermedades inflamatorias sistémicas crónicas, de etiología desconocida y

que afectan primariamente al esqueleto axial (articulaciones sacroilíacas y raquis) y las entesis. Los pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos para las distintas entidades del grupo, pero sí presentan unos rasgos comunes que las identifican con las espondiloartropatías reciben el diagnóstico de espondiloartropatía indiferenciada (2009 Hospital M. de Valdecilla) como en el presente caso.

El seguimiento por distintos hospitales del SNS y distintos especialistas en Reumatología no permite hablar de error.

****De manera concomitante el reclamante presentó dolor miofascial/fibromialgia como patología predominante así como secuelas derivadas de accidente de trabajo en 2007.**

La fibromialgia presenta como síntomas: dolor (100%), rigidez (76-84%), alteraciones del sueño (56-72%). La presencia de dolor generalizado, en la columna vertebral y en los miembros, es el dato que predomina en la mayoría de los pacientes. Se puede presentar en una o varias localizaciones y es más frecuente en raquis. Las localizaciones del dolor y el número de sitios afectados varía entre las distintas series, y se ha descrito la afección de cualquier zona musculoesquelética.

El Síndrome de Dolor Miofascial consiste en un trastorno doloroso que afecta regionalmente a músculos y fascias. Es un síndrome que puede afectar a cualquier músculo del cuerpo y en el caso de la zona baja de la espalda es muy habitual. La existencia de punto gatillo en la musculatura lumbar confirma la estrecha relación entre la lumbalgia y el dolor miofascial. Respecto a la etiología el sobreuso del músculo, resultado de contracciones musculares sostenidas o repetitivas de bajo nivel, malos hábitos posturales y/o un traumatismo directo en el músculo, entre otros pueden favorecer el desarrollo del dolor miofascial.

*****El proceso lumbociatalgia (dolor lumbar) secundario a patología discal existía desde el año 2003. Ello sin descartar que la afectación de columna lumbar ya conocida en Resonancia Magnética desde 2003 evolucionara y produjera con el paso del tiempo agravamiento de su sintomatología.**

Poder definir las causas exactas de un dolor lumbar es complicado. El dolor lumbar habitualmente se define como dolor, tensión muscular o rigidez localizado entre los márgenes costales y los pliegues glúteos, con o sin dolor (irradiado) en la pierna; y se clasifica como crónico cuando persiste más allá de 12 semanas.

El 9 de abril de 2018 es intervenido quirúrgicamente de la hernia discal lumbar L5-S1. No obstante y hasta la actualidad persisten los dolores y otros añadidos: tendinitis región inguinal izquierda, lumbar, todo el cuerpo, rigidez, contracturas en espalda, dolor muscular general, dolor cervical, codo derecho, cadera izquierda, hombro derecho, dolor en manos y pie derecho, sensación de compresión y contracción en brazo derecho y en ocasiones en la pierna izquierda (...)

F.- En relación a la conclusión del informe forense: “La mal praxis se objetiva no sólo en el error y/o retraso en el diagnóstico del grave trastorno somatomorfo que padece (código F45.1 del DSM-5), sino también en la ausencia de tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico que debería haber recibido”

A este respecto se reproduce el informe de la Jefa de Servicio de Psiquiatría del HUC que desvirtúa tal conclusión y acompaña listado de citas Psiquiatría/psicología que permite concluir que la asistencia psiquiátrica fue adecuada al proceso que aqueja.

Se significa que recibía seguimiento por Salud Mental al menos desde el año 2009 en el Hospital de Cantabria.

CONCLUSIONES

1.- Desde Santander, y en el HUC se estableció como sospecha diagnóstica la espondiloartropatía y por ello permaneció en seguimiento, sin embargo dado que a pesar de cuántos tratamientos se facilitaban la respuesta no era favorable en julio de 2015 y predominando la clínica miofascial, se le indica seguimiento por Unidad de Salud Mental y Rehabilitación.

2.- Poder definir las causas exactas del dolor lumbar es complicado, en este caso presentaba concurrencia de sintomatología dolorosa en toda la economía corporal estableciendo distintos diagnósticos, todas posibles causas que contribuyen o pueden participar en el dolor. El dolor lumbar crónico es un trastorno inespecífico y multifactorial con diferentes posibles etiologías.

3.- Se emite informe desfavorable».

6. Con fecha 6 de septiembre de 2022 se notifica al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia.

Con fecha 20 de septiembre, se aporta nuevo escrito de alegaciones manifestándose en los mismos términos.

7. Se hace constar que, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

8. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma 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, más 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, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Por otro lado, y con relación a la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad o en su lugar, de infracción de la *lex artis* en los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, entre otras, la Sentencia del Tribunal Supremo 462/2018, de 20 de marzo (recurso 2820/2016) señala:

<<OCTAVO

Se precisa, ante todo, dejar consignados los precisos términos en que se pronuncian nuestras resoluciones, a las que apela la parte recurrente, como base para el desarrollo de su tercer motivo de casación. Tales resoluciones afirman ciertamente, como observa el recurso, que la doctrina de la pérdida de oportunidad constituye "una figura alternativa a la quiebra de la lex artis"; pero, se añade inmediatamente después, "que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio".

Es preciso, consiguientemente, reproducir la frase completa para que ésta adquiera todo su sentido, porque lo que se quiere así dar a entender, y no más, es que la pérdida de oportunidad puede hacerse valer más allá de la infracción de la " lex artis " (en los casos en que tal quiebra no se ha producido)-siempre, según se añade, en presencia de un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio-.

En el sentido expuesto, su aplicación rebasa el ámbito en que ordinariamente despliega su eficacia la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el concreto sector que nos ocupa de la asistencia sanitaria pública, en tanto que la infracción de la " lex artis " (responsabilidad por funcionamiento anormal de la Administración) constituye el criterio rector determinante de su procedencia en la mayor parte de las ocasiones.

Y ciertamente es así; aunque, desde luego, a propósito de esta cuestión de carácter general y por detenerse en ella un ápice, tampoco puede descartarse total y absolutamente, y en vía de principio, la improcedencia de dicha responsabilidad en otros casos en el ámbito de la sanidad pública; con base, siempre -eso sí-, en algún título específico distinto de imputación, más allá del defectuoso funcionamiento del servicio, como la creación de una situación de riesgo o en la irrogación de un sacrificio especial, porque sin imputación difícilmente puede prosperar la responsabilidad, en tanto que se trata de un requisito legalmente establecido al efecto no susceptible de soslayarse; y siempre que además el daño ocasionado resulte antijurídico, en la medida en que quien lo padece no tiene obligación de soportarlo.

En cualquier caso, y volviendo sobre el asunto de la pérdida de la oportunidad que es el que ha de centrar nuestra atención, lo que quiere significarse con la doctrina establecida en

nuestras resoluciones que se traen a colación por la parte recurrente es, como antes dijimos, que su invocación puede formularse incluso sin quiebra de la " lex artis ", no más.

NOVENO

Y no puede ser ello de otro modo, porque la razón de la acogida por parte de la jurisprudencia de esta doctrina se mueve en distinto plano que el de la "lex artis". Concretamente, se sitúa en el terreno de la incertidumbre, como, entre tantas otras, resaltan las resoluciones que precisamente cita la sentencia recurrida, nuestras Sentencias de 19 de octubre de 2011 RC 5893/2006 y 22 de mayo de 2012 RC 2755/2010): "la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo".>>

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante inicialmente se fundamenta en que, de haberse puesto a su disposición todos los medios necesarios (adecuada exploración, RMN desde el año 2012) no se hubiera producido el error y retraso en el diagnóstico correcto de su enfermedad. Este hecho, según su reclamación, ha supuesto asimismo una pérdida de oportunidad pues de haberse diagnosticado correctamente la Lumbociatalgia izquierda crónica que padece, en vez de Espondiloartritis, se habría evitado el deficiente estado de salud del reclamante. Posteriormente amplía la reclamación aportando informe médico forense que figura en procedimiento judicial seguido como desarrollaremos más adelante.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones del reclamante. Así, en relación al objeto de la reclamación, esto es, retraso de cinco años (2012-2017) en diagnosticar lumbociatalgia izquierda (dolor lumbar), está acreditado que el dolor lumbar con protrusión discal L5-S1 se diagnosticó en la Resonancia Magnética de enero de 2003, por lo que era conocido al menos desde esa fecha.

Consta por otra parte que en 2007 se detecta Lumbalgia inespecífica tras accidente laboral. Una vez trasladado a esta Comunidad Autónoma, a partir de 2012 figura no solo el dolor lumbar sino además entre otros, dolores articulares y musculares en toda la economía corporal: dolor hombro izquierdo, dolor de cadera izquierda, artralgias, dolor sacroiliaco, dolor gemelar izquierdo, dolores musculares, contracturas musculares, fibromialgia, SDr. miofascial, dolor en talón izquierdo,

dolor rodilla derecha, dolor cervical, dolor dorsal, dolor 5º dedo mano derecha, dolor en pared anterior del tórax (...)

Ha sido valorado por especialistas en Reumatología, Rehabilitación, Traumatología, Neurocirugía, Neurología y Unidad del dolor y en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente.

Ergo, en ningún caso ha existido retraso ni tampoco error de diagnóstico.

3. En cuanto al diagnóstico espondiloartropatía por el que estuvo en seguimiento, los distintos informes expresan que se corresponde con un conjunto de enfermedades inflamatorias sistémicas crónicas, de etiología desconocida y que afectan primariamente al esqueleto axial (articulaciones sacroilíacas y raquis) y las entesis. Los pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos para las distintas entidades del grupo, pero sí presentan unos rasgos comunes que las identifican con las espondiloartropatías reciben el diagnóstico de espondiloartropatía indiferenciada (2009 Hospital M. de Valdecilla) como en el presente caso.

Por tanto, el seguimiento por distintos hospitales del SNS y distintos especialistas en Reumatología no permite hablar de error.

De manera concomitante el reclamante presentó dolor miofascial/fibromialgia como patología predominante así como secuelas derivadas de accidente de trabajo en 2007.

La fibromialgia presenta como síntomas: dolor (100%), rigidez (76-84%), alteraciones del sueño (56-72%). La presencia de dolor generalizado, en la columna vertebral y en los miembros, es el dato que predomina en la mayoría de los pacientes. Se puede presentar en una o varias localizaciones y es más frecuente en raquis. Las localizaciones del dolor y el número de sitios afectados varía entre las distintas series, y se ha descrito la afección de cualquier zona musculoesquelética.

El Síndrome de Dolor Miofascial consiste en un trastorno doloroso que afecta regionalmente a músculos y fascias. Es un síndrome que puede afectar a cualquier músculo del cuerpo y en el caso de la zona baja de la espalda es muy habitual. La existencia de punto gatillo en la musculatura lumbar confirma la estrecha relación entre la lumbalgia y el dolor miofascial.

Respecto a la etiología el sobreuso del músculo, puede ser favorecido el desarrollo del dolor miofascial por contracciones musculares sostenidas o repetitivas

de bajo nivel, malos hábitos posturales y/o un traumatismo directo en el músculo, entre otros.

En definitiva, ni ha habido pérdida de oportunidad por no realización de pruebas que llevaran a un error de diagnóstico, ni mala praxis, habiendo sido tratado adecuadamente de las patologías que venía presentando por los especialistas y con los medios precisos para ello.

4. En relación a la conclusión del informe forense, en que se manifiesta la mala praxis que se objetiva no sólo en el error y/o retraso en el diagnóstico del grave trastorno somatomorfo que padece (código F45.1 del DSM-5), sino también en la ausencia de tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico que debería haber recibido, ha sido desvirtuado por la Jefa de Servicio de Psiquiatría del HUC.

Así, expone que según criterios de la clasificación más usada en España y en Europa, la CIE 10, el Trastorno Somatomorfo requiere la presencia de los siguientes *items*:

.- Antecedentes de al menos 2 años de evolución de los síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables. Cualquiera de los trastornos orgánicos no explica la gravedad, difusión o variedad y persistencia de las quejas o de la invalidez social consecuente

- La preocupación por los síntomas causa un malestar constante y lleva al enfermo a la búsqueda reiterada de consultas y chequeos, recurre a la automedicación continuada o a múltiples consultas con curanderos u otro personal paramédico

- Existe un rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe causa orgánica que explique los síntomas.

La variedad en cuanto a los criterios diagnósticos CIE 10 vs DSM-5 con respecto a los trastornos Somatomorfos (Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos relacionados), es la posibilidad de que puedan coexistir patologías orgánicas con Trastornos por Síntomas Somáticos de manera que los síntomas fueran excesivos, persistentes y graves. El DSM-5 admite un posible solapamiento, pero no implica que uno agrave al otro, como sugiere el reclamante.

El DSM-5 insiste en la importancia de los síntomas sin explicación médica. La Jefa de Servicio expone que pueden coexistir un trastorno orgánico con un trastorno mental, pero no se debe diagnosticar a un paciente de trastorno mental sólo por no poderse diagnosticar causa médica.

El paciente acude por primera vez a consulta de Salud Mental en julio de 2015, remitido por su médico de Atención primaria, por cuadro grave de Síndrome Miofacial, por sugerencia de Reumatología. Es muy habitual este tipo de derivaciones ante la frecuencia de Trastornos Adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto cuyo factor de estrés principal sea la presencia de patología orgánica, sobre todo dolor crónico o incapacidad significativa (ver criterios diagnósticos CIE-10, folio n.º 621).

En ese momento el juicio diagnóstico de Reumatología era Mioclonias benignas del sueño vs enfermedad Cerebrovascular. Espondiloartropatía indiferenciada B27 negativa en base a Sacroileítis derecha, Lumbalgia de características inflamatorias de más de 6 meses de evolución, limitación para la movilización lumbar. No parece que se sospeche por parte de Reumatología ni de Atención Primaria de clínica excesiva, incongruente o anómala en relación con los hallazgos orgánicos, entendiendo la derivación en el contexto de dolor e incapacitación funcional.

En la exploración psicopatológica destaca, según consta en HC, irritabilidad y quejas centradas en el dolor y en grave situación económica de precariedad a causa de no poder trabajar por su cuadro doloroso. No impresiona de síntomas incongruentes con las alteraciones somáticas descritas, síndrome que seguía en estudio por diferentes especialidades.

En esta primera consulta se plantea el diagnóstico diferencial entre Trastorno Somatomorfo y Trastorno Adaptativo. El paciente se niega a que quedara constancia de los posibles factores psíquicos.

Se muestra enérgico y reivindicativo, a pesar de lo cual y debido a la existencia de lo que parecen factores orgánicos evidentes, se le pauta tratamiento antidepressivo y se remite a Psicología para psicoterapia. Tanto el tratamiento antidepressivo como la psicoterapia son el tratamiento adecuado tanto para el Trastorno Adaptativo como para el Somatomorfo, por lo que es evidente que no se le negó ni retrasó el tratamiento, puesto que estaba pautado ya desde la primera consulta.

En febrero de 2016, el paciente admite que por decisión propia no ha tomado el tratamiento, justificando su decisión por el diagnóstico de dos hernias discales y la naturaleza orgánica de su malestar.

En abril, mayo y junio de 2016 acude a sesiones de psicoterapia. En un principio se muestra reticente a este tipo de terapia, puesto que también se le insiste en que

tome la mediación pautada. En la segunda sesión está más colaborador, y en la tercera refiere que el dolor ha aumentado. Nueva remisión en el año 2017.

En 2019 es visto de nuevo por Psiquiatría, donde se le recomienda de nuevo tratamiento psicofarmacológico ante el importante componente ansioso. Se pauta otro fármaco debido a las quejas expuestas respecto a los efectos secundarios del anterior, y se propone continuar con la psicoterapia.

A partir de este momento, se evidencia en la Historia Clínica el seguimiento regular por parte de Psicología y Psiquiatría, intentado múltiples tratamientos ante la falta de respuesta del paciente. Pero en todo momento se mantuvo la indicación de la psicoterapia.

A pesar de haberse considerado el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo, los sucesivos estudios que no acaban de descartar el origen orgánico hace que en función del CIE-10 se decida inclinar el diagnóstico hacia un cuadro adaptativo.

La doctora considera que el tratamiento psicofarmacológico y psicológico sería el mismo que ante un Trastorno Somatomorfo, independientemente de que la respuesta no sea todo lo satisfactoria que se espera. Por lo expuesto y respondiendo a las conclusiones del forense, la doctora concluye que:

- No hubo retraso ni abandono del paciente, sino que tuvo ambos tratamientos desde el inicio, y un seguimiento pro Salud Mental en todo momento del tratamiento. Se acompaña listado de citas Psiquiatría/psicología que permite concluir que la asistencia psiquiátrica fue adecuada al proceso que aqueja (folios n.º 624 y ss).

- El Trastorno Adaptativo no es la consecuencia del Trastorno Somatomorfo, sino el Diagnóstico Diferencial que se plantea con el mismo, presentando ya esos síntomas desde el inicio de la consulta con psiquiatría.

Se puede observar que recibía seguimiento por Salud Mental al menos desde el año 2009 en el Hospital de Cantabria.

5. La constante doctrina expuesta en el ordinal 1, esto es, que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, y que la adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, supone el traslado del deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico, e impide el surgimiento de la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso, en la Propuesta de Resolución se argumenta adecuadamente, no ya que el reclamante no ha probado lo que alega (que ha habido error de diagnóstico y pérdida de oportunidad), sino que, de acuerdo con los informes y documentación obrante en el expediente, está acreditado que recibió una asistencia adecuada por múltiples especialistas, realizándose cuantas pruebas eran precisas ante los síntomas que presentaba, por lo que se ha de afirmar que se respetó la *lex artis*.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* impide el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.