



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **231/2022**



El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de septiembre de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 19 de mayo de 2022, y discos compactos (CD) recibidos en este Consejo Jurídico el mismo día (COMINTER_144966_2022_05_19-02_17), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_165), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de noviembre de 2017 D.^a X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, relata pormenorizadamente los graves padecimientos que le ha provocado la alergia que sufre a un medicamento (*Trileptal*) que ha estado tomado durante más de dos años por indicación de una facultativa del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Morales Meseguer (HMM) de Murcia. Además, denuncia que la médica no tuvo en cuenta que ese medicamento estaba contraindicado porque ella ya estaba tomando furosemida.

Añade que los graves síntomas que le causaban ese fármaco propiciaron que se le diagnosticara una depresión que, sin embargo, no tenía y que le originaron por ello un trastorno somatomorfo. También denuncia que se le imputara que se había vuelto adicta a la cortisona.

La reclamante relata, asimismo, que en la Unidad del Músculo de Madrid se confirmó el diagnóstico de trastorno somatomorfo ya referido pero que, no obstante, un médico de Valencia llegó a la conclusión de que se le había intoxicado con *Trileptal* y que eso le había provocado los efectos que genera esa situación y las importantes

secuelas que le son propias.

De igual modo, manifiesta que padece el síndrome de Behçet y destaca que un tribunal médico dictaminó que sufre problemas físicos y neurológicos, y no psiquiátricos, y que le reconoció por ello un 66% de discapacidad y 11 puntos de movilidad reducida.

Por estos motivos, solicita que se le indemnice por los daños físicos, morales y psicológicos que se le han causado, aunque no concreta el importe económico que solicita.

Junto con la reclamación aporta copias de numerosos documentos de carácter clínico y del dictamen técnico facultativo emitido por el Equipo de Valoración y Orientación de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) el 19 de julio de 2017.

SEGUNDO.- El 24 de enero de se le solicita a la interesada que subsane su reclamación y que, para ello, precise las lesiones que se le produjeron como consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario regional y que evalúe la responsabilidad patrimonial en la que haya podido incurrir la Administración sanitaria.

TERCERO.- La reclamante presenta un nuevo escrito el 8 de febrero de 2018 -no debidamente firmado- en el que expone que padece la enfermedad de Behçet, que se le debe diagnosticar y tratar.

Seguidamente, destaca que la facultativa del Servicio de Medicina Interna del HMM que comenzó a tratarla ni acertó con el tratamiento y que, además, le mandó *Trileptal*, un antiepileptico (para controlar los dolores), aunque ella no padece epilepsia. Antes de tomarlo, con el prospecto de ese medicamento en la mano, le dijo que también tomaba furosemida y que tenía interacción con él, sobre todo en la alta dosis que se le había prescrito. Destaca que la médica le dijo que no hiciera caso. Por ello, entiende la reclamante que así se incurría en la primera negligencia por la que solicita ser indemnizada.

A continuación, relata de nuevo el fuerte deterioro físico y los graves síntomas que comenzó a padecer que, además, le provocaron una fuerte inflamación. Manifiesta que la médica de Atención Primaria empezó a recetarle corticoides para tratar de frenarlos y que la remitió al HMM para que le adecuaran el tratamiento.

Insiste en que los médicos saben que padece la enfermedad de Behçet, que es una enfermedad inflamatoria sistémica que ocasiona una gran variedad de manifestaciones clínicas, pero que no le han puesto el tratamiento adecuado, por lo que le han causado un daño irreparable y desproporcionado.

También resalta que los demás médicos que la trataban se dieron cuenta de que algo no iba bien y de que le tenía que ver un neurólogo e indicarle el tratamiento apropiado. También añade que la tuvieron que ingresar, con síntomas de un ictus, y que en la resonancia se obtuvo el resultado de accidente vascular. Asimismo, señala que se le diagnosticó trastorno somatomorfo, que presentaba valores de LHD 414 altísimos, síntomas de destrucción de tejido y anticuerpos AMA+, síntomas de cirrosis biliar primaria y destrucción del hígado.

Denuncia que la tildaron de loca pero que ha sufrido una trombosis, un ictus y una sepsis, y destaca que está físicamente destrozada y que padece las siguientes secuelas: Afectación severa del sistema nervioso, visual, motor, sensitivo y del lenguaje, atrofia muscular generalizada y columna vertebral destruida con afectación medular, al igual que la dentadura. Como consecuencia de la inflamación tan enorme que sufrió tiene roto el tejido de abdomen hasta los costados, el pecho y las axilas, con estrías tremendas y dolorosas. Además, tiene cicatrices de úlceras en los miembros inferiores y debajo del pecho. También añade que ha padecido, junto con su familia, un importante daño moral por el sufrimiento y la humillación de la que fue víctima.

CUARTO.- El 20 de marzo de 2018 la reclamante presenta un escrito en el que amplía la descripción de los hechos en los que funda su pretensión resarcitoria y en el que destaca que sufrió un envenenamiento por haber ingerido dosis indebidamente altas de *Trileptal*, que provoca una reacción de hipersensibilidad multiorgánica que puede llegar hasta a causar la muerte, que, por otro lado, no es adecuado para tratar la enfermedad de Behçet que padece.

Asimismo, amplía a doce el número de secuelas que le provocó dicha situación y considera que no puede determinar el alcance económico de la reclamación.

Por último, refiere que en 2015 fue ingresada por una trombosis que se complicó con un infarto isquémico, que culminó en una sepsis por la que tuvo que ser tratada en la Unidad de Cuidados Intensivos, a pesar de lo cual se ha modificado la historia clínica en la que ahora dice "Ingreso por trastorno somatomorfo". Por ello, ha solicitado que se suprima dicho diagnóstico en la historia clínica.

QUINTO.- La reclamación se admite a trámite el 7 de mayo de 2018 y con esa fecha se solicita a las Direcciones Gerencia de las Áreas de Salud I y VI y a la Dirección del Hospital *Viamed San José* de Alcantarilla que remitan copias de las historias clínicas de la paciente de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la asistieron.

SEXTO.- El 5 de junio de 2018 se recibe un escrito del Director Gerente del Hospital *Viamed San José* en el que informa de que a la reclamante se le realizaron en ese centro sanitario dos resonancias magnéticas, en los años 2014 y 2016, por derivación del Servicio Murciano de Salud (SMS), cuyos resultados acompaña.

SÉPTIMO.- El 28 de agosto de 2018 recibe el órgano instructor una comunicación de la Directora Gerente del Área de Salud VI con la que adjunta una copia de la historia de Atención Especializada de la paciente, que se encuentra depositada en el HMM. También, de un expediente tramitado en esa Dirección con motivo de una reclamación anterior interpuesta ante el Servicio de Atención al Usuario por la reclamante, por los mismos motivos.

Por otra parte, señala que no adjunta copia de la historia de Atención Primaria porque la interesada está adscrita al Área de Salud I.

Además, se adjuntan dos informes médicos muy extensos.

El primero es el realizado el 26 de julio de 2018 por la Dra. D.^a Y, Jefe de Sección de Medicina Interna del HMM, en el que se expone lo siguiente:

"Mi relación con esta paciente se inicia en abril de 2011, derivada por su Médico de Atención Primaria específicamente a mi consulta para valoración especializada por sospecha de enfermedad autoinmune, concretamente una posible enfermedad de Behçet. Por entonces ya presentaba una historia de "alergias" no filiadas con episodios de urticarias, angioedemas, aftas, dolores invalidantes y gran limitación funcional de unos 10 años de evolución (ver informes que se aportan), y había sido valorada por múltiples especialistas en su hospital de referencia (Hospital Reina Sofía), sin llegar a un diagnóstico definido que justificase la clínica (Servicios de Medicina Interna, Alergia, Reumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Endocrinología, Neumología, Odontología, Unidad del Dolor y Neurología). De los informes que aparecen en la historia clínica se puede comprobar que gran parte de las "secuelas" atribuidas a la toma de "un medicamento del que s oy alérgica" (sic), en referencia a Trileptal (oxcarbacepina), estaban presentes desde la primera cita en mi consulta meses antes de iniciar el tratamiento.

2. Tras la valoración clínica y extensas exploraciones complementarias intentando encontrar un sustrato patológico a los múltiples síntomas que refería, se informa que no se encuentran datos que permitan definir ninguna enfermedad autoinmune concreta (informe de octubre 2011). A lo largo de esos meses, la paciente refería poliartralgias con dolor invalidante refractario a múltiples analgésicos ensayados (había sido diagnosticada de fibromialgia reumática/síndrome de fatiga crónica), sintomatología florida en la esfera neurológica con cefaleas intensas acompañadas de parestesias, retenciones de orina, ... que sugerían un origen neuropático (aunque todas las pruebas neurológicas resultaron negativas) y gran limitación funcional. Tras comentar el caso con la Unidad del Dolor, con demandas continuas para solucionar la situación por parte de la paciente, se decide iniciar tratamiento adyuvante con oxcarbacepina a dosis habituales (inicio 17/10/2011 en pauta prog resiva hasta alcanzar 1200 mg/día, que posteriormente se rebajan a 900 mg/día, no alcanzando nunca la dosis máxima recomendada de 2400 mg/día).

La paciente no era alérgica a oxcarbacepina, no es cierto que se empleasen dosis tóxicas y se mantuvo un exhaustivo control clínico y analítico del tratamiento en todo momento, como puede comprobarse en la historia clínica e informes emitidos. El uso de antiepilepticos es una pauta habitual en el manejo del dolor neuropático (se adjunta bibliografía), y la elección de oxcarbacepina fue valorada tras fracaso de otras líneas de tratamiento, incluidos mórficos menores (tramadol) y otros antiepilepticos como pregabalina.

Hay que señalar además que la respuesta al tratamiento fue adecuada: en la primera revisión fechada el 23/11/2011 está mejor, por lo que se decidió continuar con el tratamiento.

3. En los 2 años siguientes mantiene situación estable, con dolor osteomuscular crónico valorado por RHB y Reumatología, sin encontrar otra patología añadida. Destacar que, en los informes emitidos en ambos casos, se hace referencia temporal a los años de larga evolución de la sintomatología y se reitera el diagnóstico de fibromialgia.

4. En octubre de 2012 ingresa en Hospital Morales Meseguer con lo que la paciente refiere en su alegación como "ictus" provocados por el tratamiento. Fue valorada conjuntamente con Neurología, sin que se objetivase focalidad neurológica alguna, ni clínica ni radiológica, con RM cerebral sin alteraciones y con sintomatología

incongruente no compatible con ningún proceso focal neurológico. Por entonces reconoce que se automedica con adrenalina y dosis tóxicas de esteroides, hasta 360 mg de prednisona al día en alguna ocasión, con frecuencia 60 mg/día.

5. En Junio 2013 presenta episodio de debilidad muscular con intolerancia completa al ejercicio mínimo, que inicialmente se interpreta como efecto 2º de oxcarbacepina o de hidroxicloroquina, por lo que se suspende. TODAS las exploraciones realizadas en ese momento continúan siendo anodinas, sin causa que justifique la clínica tan florida que refería. La paciente persiste en la automedicación con dosis tóxicas de esteroides, y desarrolla un síndrome de Cushing yatrógeno, que explica la aparición de púrpura cutánea y sangrados fáciles por fragilidad capilar, la ganancia de peso, la debilidad muscular, el temblor, el nerviosismo y la transformación física a la que hace referencia en su escrito, todos ellos síntomas ampliamente reconocidos como efectos secundarios del uso crónico a dosis elevadas de esteroides y que la paciente interpreta erróneamente causados por un fármaco que ya se había suspendido.

6. A pesar de todo, e intentando en todo momento encontrar algún sustrato patológico que pudiera explicar la gran debilidad y el dolor muscular que refería, se remitió a la Unidad de Patología Muscular de Referencia en el Hospital Doce de Octubre de Madrid, donde también se descarta enfermedad muscular y se atribuye a los hechos ya conocidos (miopatía por esteroidea).

(...)".

La facultativa añade en el informe (Apartado 7) que la reclamante solicitó una segunda opinión y que se la trasladó al Área de Salud I y que, sin embargo, en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (HUVA) se alcanzó la misma conclusión (Apartado 8): “que no existe una enfermedad inmunológica de base, que la paciente tiene un trastorno de percepción somático y que ha tenido un síndrome de Cushing auto-provocado por la toma masiva de esteroides. Me consta que se han repetido exploraciones y que se han reevaluado otras posibilidades diagnósticas antes de llegar a dicha conclusión, y que en ningún caso el diagnóstico emitido previamente en nuestro hospital ha condicionado o ha supuesto dejadez de actuación clínica”.

Por último, insiste en que el tratamiento no fue el causante del cuadro clínico que presenta la interesada (Apartado 9) y explica (Apartado 10) que “El trastorno somatomorfo es una enfermedad con múltiples síntomas físicos, que empieza en la juventud, persiste durante varios años y provoca un deterioro significativo social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Son característicos los síntomas dolorosos en al menos cuatro zonas del cuerpo y los pseudo-neurológicos, con síntomas conversivos como la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas dissociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo). Es característico que, tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas referidos por el paciente puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos), y en el caso de que haya una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio”.

El segundo informe es el elaborado el 3 de agosto de 2018 por el Dr. D. Z, facultativo especialista de Neurología del HMM, en el que ofrece también una exposición detallada de la asistencia que le dispensó a la reclamante.

En él explica que, tras una exploración neurológica de la interesada, concluyó (Apartado 5) “que excepto por una leve hiperreflexia, existían signos típicos de un trastorno motor de origen funcional (incongruencias, fluctuaciones, ausencia de contracción voluntaria presente en movimientos involuntarios, incongruencias función exploración, etc. ...). La primera impresión clínica fue la de trastorno somatomorfo y así se reflejó en la historia clínica”.

Por último, en el apartado 7 se expone que “El trastorno somatomorfo (desde la actualización de los criterios DSM-5 actualmente denominado trastorno neurológico funcional) es un cuadro bien conocido y frecuente de discapacidad neurológica en el cual se asocian múltiples síntomas, muchos de ellos neurológicos, pero también de otros sistemas funcionales para los cuales no existe explicación por una enfermedad médica conocida. Entre los síntomas neurológicos más frecuentes destacan debilidad global o localizada, movimientos anormales incluyendo temblor, alteraciones sensitivas (con hormigueo en más del 50% de los casos), alteraciones de memoria y concentración, retención urinaria, pseudocrisis epilépticas, alteraciones del habla ... Existen una serie de signos en la exploración neurológica que sugieren la existencia de este cuadro y que no aparecen en otras patologías; en el caso de esta paciente en la exploración del sistema motor son la existencia de debilidad fluctuante con claudicación súbita e intermitente, la variabilidad con la distracción en la exploración y la existencia del signo de Hoover que tiene sensibilidad y especificidad razonable para el diagnóstico del trastorno motor funcional. Por otra parte, no existían en la exploración signos de afectación franca de la vía piramidal ni se encontró alteración alguna en las exploraciones complementarias realizadas que justificaran los síntomas de la paciente”.

OCTAVO.- El 11 de octubre de 2018 se recibe una comunicación del Jefe de Servicio Jurídico del Área I de Salud con la que se aporta una copia de la historia clínica de la reclamante y 5 CD que contienen imágenes radiológicas relacionadas con la asistencia médica que se le prestó.

Asimismo, se adjunta el informe elaborado el 10 de abril de 2018 por el Dr. P, médico adjunto del Servicio de Reumatología del HUVA, que indica que en ese momento no existía patología inflamatoria o autoinmune justificable por la exploración y las pruebas complementarias que se realizaron.

NOVENO.- El 19 de octubre de 2018 se envía una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica para que se pueda elaborar el informe valorativo correspondiente.

DÉCIMO.- La reclamante presenta un nuevo escrito el 23 de octubre de 2018 en el que insiste en el contenido de su reclamación y en el que, además, expone que recientemente le han comenzado a tratar en el Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario Reina Sofía (HRS) de Murcia.

Con el escrito aporta copia de diversos documentos de carácter clínico.

UNDÉCIMO.- Con fecha 24 de octubre de 2018 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HRS que remita una copia de la historia clínica de la interesada y el informe del facultativo que la ha tratado.

DUODÉCIMO.- El 7 de marzo de 2019 se recibe, en un CD, la copia de la documentación clínica solicitada y el

informe realizado cuatro días antes por el Dr. D. Q, de la Sección de Reumatología del HRS, en el que expone que está tratando a la reclamante desde abril de 2018.

También explica que “*Presenta un cuadro de muchos años de evolución de dolores articulares, ulceras orales frecuentes, ulceras genitales (aunque nosotros no las hemos constatado), eritema nodoso de repetición, forúnculos en axilas, mamarios, inguinales, y varicosidades miembros inferiores, con ulceras complicadas e infectadas que según refiere en su historia previa de otro hospital precisó ingreso en UCI de HUVA por septicemia. Usa colchicina con efectividad en úlceras orales, y consigue mejoría de la clínica sistémica con corticoides a dosis medias o altas*”.

Asimismo, añade que “*En Octubre de 2018 se le comunicó a la enferma que a día de hoy seguimos sin tener un diagnóstico definitivo de que pueda padecer la enfermedad de Behçet. Aunque se ha sospechado dicha enfermedad durante años, por distintos especialistas de otros hospitales como queda recogido en numerosos informes, no cumple los criterios necesarios para el diagnóstico de dicha enfermedad. Tampoco se ha podido comprobar que padezca alguna de las otras enfermedades similares autoinmunes o autoinflamatorias que podrían presentar un cuadro parecido*”.

Una vez informada la enferma de la situación actual y ante la insistencia de ella misma de la necesidad de intentar un tratamiento que pudiera servir para el control de la enfermedad y disminuir la dosis de corticoides, con consentimiento explícito de la enferma y en decisión conjunta con ella, como queda recogido en la historia clínica, se decidió comenzar tratamiento empírico con Metotrexate semanal a dosis bajas y esperar respuesta. La enferma en todo momento fue consciente que seguimos con un diagnóstico de suposición, sin poder asegurar la existencia de la enfermedad de Behçet, y fue informada y es consciente tanto de los efectos indeseables y como de los beneficios que puede acarrear el uso de Metotrexate. Actualmente estamos en el seguimiento estrecho de la evolución, bajando corticoides y con analíticas de control por el uso de metotrexate”.

El 17 de abril de 2019 se envía una copia de esta documentación a la Inspección Médica.

DECIMOTERCERO.- El 9 de septiembre de 2020 se recibe el informe realizado con esa misma fecha por la Inspección Médica, con el que se incorporan varios informes médicos obtenidos por ese Servicio de Inspección, y en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1.- [La reclamante] a los 44 años ya estudiada por alergología por “sensación de disnea” sin encontrar causa orgánica. El 01/04/2009 ante la sospecha de angioedema es ingresada en Medicina Interna comprobando que no hay evidencia de angioedema ni compromiso respiratorio, por lo que se relaciona a un Síndrome de ansiedad generalizada.

2.- En 2011 la paciente presenta debilidad muscular invalidante, alteraciones neurológicas y “síntomas incompletos de enfermedad de Behçet”, que tras ser estudiada en Hospital Morales Meseguer asocia el diagnóstico a “Fibromialgia/S. fatiga crónica” con tratamiento sintomático para reducir la intensidad del dolor. Posteriormente ante la poca mejoría sintomática se decide el tratamiento con Trileptal, sin llegar a dosis de intoxicación en ningún momento.

3.- En octubre de 2012 ante empeoramiento de su estado basal y sin objetivar patología orgánica es valorada como Trastorno Somatomorfo.

4.- En 2018 la paciente continúa con múltiples síntomas inespecíficos invalidantes y en busca de una segunda opinión, desde reumatología del HUVA se presentan unos estudios que no demuestran enfermedad autoinmune (Behcet) ni inflamatoria.

Se valoran los diagnósticos de Síndrome Fatiga crónica/Fibromialgia, Hipotiroidismo primario y Síndrome de Cuhsing secundario a glucocorticoides, con consejo de continuar con tratamiento sintomático por la Unidad de Dolor.

5.- La paciente fue estudiada por diferentes facultativos realizando todas las pruebas pertinentes con una correcta actuación, sin deficiente asistencia médica sanitaria ni diagnósticos falsos, ni secuelas derivadas".

DECIMOCUARTO.- El 16 de septiembre de 2020 se concede audiencia a la reclamante para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea convenientes.

DECIMOQUINTO.- La interesada presenta el 10 de noviembre de 2020 otro escrito en el que reitera sus alegaciones y, con ellas, la imputación de mal funcionamiento del servicio sanitario regional y las graves secuelas que ello le ha provocado.

Con el escrito adjunta numerosas copias de nuevos documentos de carácter clínico, de la respuesta que se le ofreció por la Dirección Gerencia del Área I de Salud ante una queja que había interpuesto y de la denuncia que presentó en una comisaría de la Policía Nacional por estos hechos el 21 de octubre de 2019.

Tres días más tarde presenta otro escrito con el que adjunta más documentos de naturaleza clínica.

DECIMOSEXTO.- La reclamante presenta un nuevo escrito el 10 de mayo de 2022 en el que expresa su queja por el retraso en que se ha incurrido en la tramitación del procedimiento y en el que solicita que se dicte pronta resolución.

DECIMOSÉPTIMO.- Con fecha 17 de mayo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para que se pueda declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, esencialmente por no haberse acreditado la existencia de una relación de causalidad adecuada entre los daños por los que reclama y la asistencia prestada por el SMS, ni la antijuridicidad de los daños referidos.

DECIMOCTAVO.- Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico, en unión de varios CD,

el 19 de mayo de 2022.

DECIMONOVENO.- Consta acreditado a este Órgano consultivo que el 27 de mayo de 2022 la interesada presenta un nuevo escrito de alegaciones en el que reitera los argumentos sobre los que fundamenta su solicitud de resarcimiento patrimonial.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien alega sufrir los daños personales, físicos y psicológicos, y morales por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto conviene recordar que la solicitud de indemnización se formuló el 3 de noviembre de 2017. Y también, que la indicación de que tomase *Trileptal* se le hizo a la reclamante en octubre de 2011 y que, tras la aparición de los síntomas que ella achaca a la ingesta de ese medicamento, dejó de tomarlo en julio de 2013 “por sospecha de efectos secundarios”. Esto es lo que se refleja en el *Informe de revisión de consulta externa* que obra al folio 32 del expediente administrativo.

En este sentido, la interesada sostiene en la reclamación (folio 6) que los efectos secundarios de la ingesta del fármaco citado se iban a manifestar con el tiempo en forma de secuelas.

Por otro lado, ella considera también que no se le ha diagnosticado, ni tratado adecuadamente, por tanto, la enfermedad de Behçet que padece, lo que le ha causado los importantes daños físicos que menciona y, asimismo, graves daños psicológicos y morales.

Así pues, entiende la reclamante que las secuelas que le han causado ambas circunstancias, es decir, la indicación de un fármaco equivocado para ella, y prescrito en dosis muy elevadas, y la falta de tratamiento adecuado de la citada enfermedad de Behçet, han motivado que deba seguir siendo tratada en la sanidad pública durante mucho tiempo, de forma continuada, y aún en la actualidad, por múltiples dolencias y enfermedades que están relacionadas con ese mal funcionamiento del servicio sanitario regional

Y también considera que la consecuencia principal de todo ello, esto es, la aparición de graves secuelas físicas, fue constatada por el Equipo de Valoración y Orientación de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión del IMAS el 19 de julio de 2017 (Antecedente primero de este Dictamen). Dicho Equipo de Valoración entendió que la interesada padece síndrome álgico de etiología idiopática, alteración sensorial no fisiológica y osteoartrosis degenerativa generalizada. Por ello, le reconoció una discapacidad del 66%.

Pues bien, ya ha advertido este Consejo Jurídico en numerosos Dictámenes que no debe entenderse adecuado fijar como *dies a quo*, o momento de inicio del cómputo del plazo de prescripción de la acción resarcitoria, el de la fecha de la resolución administrativa o judicial de minusvalía o incapacidad laboral, por cuanto esas resoluciones no hacen sino constatar situaciones personales previas, que ya se habrían manifestado clínicamente con anterioridad.

No obstante, en este supuesto se plantean dudas acerca de si se puede considerar que se haya manifestado y estabilizado ya la totalidad de las secuelas a las que se refiere la interesada, que se habrían ocasionado por los daños (error de prescripción y falta de diagnóstico y tratamiento adecuados) que la Administración sanitaria le habría causado de forma continuada.

Pese a ello, entiende el Consejo Jurídico que en este caso particular procede fijar el *dies a quo* en la fecha de adopción de dicho acto administrativo, pues no cabe duda de que para dicho órgano público-médico las secuelas existían en ese momento, estaban estabilizadas y podían ser objeto de valoración.

Por ello, hay que entender que la acción de resarcimiento se interpuso el 3 de noviembre de 2017 dentro del plazo de un año establecido al efecto y, en consecuencia, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual “*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce “el derecho a la protección de la salud”, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes núms. 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha expuesto con anterioridad, la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que no ha cuantificado en el procedimiento, como consecuencia de las graves secuelas físicas, psíquicas y psicológicas que le han causado la ingesta en dosis elevadas de un medicamento (*Trileptal*), que se le prescribió de forma errónea, y la falta de diagnóstico y tratamiento adecuados de la enfermedad de Behçet que considera que padece.

Sin embargo, la reclamante no ha aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostener la realidad de las afirmaciones de mala praxis médica que realiza.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído a las presentes actuaciones la extensa historia clínica de la interesada, que ha sido asistida en tres Áreas de Salud distintas (I, VI y VII), y los informes de los facultativos de diferentes especialidades médicas que la han tratado.

El estudio de esa documentación permite a este Órgano consultivo alcanzar la primera conclusión de que la ingesta del referido medicamento le fue indicada a la reclamante de manera estudiada y debidamente valorada, en dosis habituales y nunca excesivas, en un intento perfectamente controlado y ajustado a la praxis médica de solucionar las diversas, intensas y, en muchos casos, graves patologías que mostraba.

Así lo explica la facultativa del Servicio de Medicina Interna que mantuvo esa indicación (punto 2 de su informe, que se reproduce en el Antecedente séptimo de este Dictamen) y lo confirma la Inspección Médica en la Conclusión 3^a de su informe valorativo (Antecedente decimotercero). Resulta evidente, por ello, que no se incurrió en ninguna negligencia profesional.

Como segunda conclusión, entiende este Consejo Jurídico que la Administración sanitaria ha llevado hasta el extremo, sin lugar a duda, los intentos de identificar y diagnosticar la posible enfermedad autoinmune o autoinflamatoria, ya sea la enfermedad de Behçet o cualquier otra cualesquiera otras, que pueda padecer la reclamante, y de instaurar un tratamiento adecuado para tratar de mejorar la salud y la calidad de vida de la enferma y de aliviar, además, los fuertes padecimientos psíquicos y morales que ello le provoca.

El estudio de las historias clínicas muestra con claridad que se han empleado en favor de la interesada todos los medios (personales y técnicos) de los que dispone la Administración sanitaria para conseguir dicho diagnóstico y para tratar la enfermedad. El hecho de que, sin embargo, no se haya conseguido hasta el momento no supone que se haya incurrido en una vulneración de la *lex artis* puesto que, desde un punto de vista jurídico, en lo que se traduce cualquier actuación sanitaria es en una obligación de medios que no de resultados, puesto que ya sabe que, lamentablemente, la Medicina no es una ciencia exacta.

Por tanto, procede desestimar la solicitud de indemnización formulada por la reclamante por no existir relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público regional y los daños personales y morales que refiere, cuyos caracteres antijurídicos tampoco ha conseguido demostrar.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños personales, físicos y psíquicos, y morales que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.