



En Logroño a 12 de marzo de 2024, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de los Consejeros, D^a. Amelia Pascual Medrano, D^a. Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D^a. M^a. Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D^a. M^a. Belén Revilla Grande, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

9/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por XXX, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Servicio Riojano de Salud y que valora en 467.296,30 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 30-12-2022 y sellado de entrada en el Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el mismo día (nº de registro 99-EE-2022-468932) el Letrado XXX, en nombre y representación de XXX, presenta reclamación de responsabilidad sanitaria, ante la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja en reclamación de los daños y perjuicios generados a XXX derivados de la asistencia sanitaria prestada. en los términos que detallará.

2. Plantea como cuestión previa la responsabilidad concurrente de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja con la responsabilidad patrimonial del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, acreditando la presentación de idéntica reclamación en el Registro General del Gobierno de Aragón e invocando la aplicación al presente caso del art. 33. Responsabilidad concurrente de las Administraciones Públicas, de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.



Añade, además que “se acredita sin duda alguna la existencia de mala praxis por parte de la asistencia sanitaria prestada tanto por los servicios sanitarios propios o adscritos a la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, como por parte de los servicios sanitarios propios o adscritos al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.

Reclamando que se declare la responsabilidad solidaria de ambas administraciones ya que “tanto el Hospital San Millán/San Pedro de Logroño como la Fundación Hospital Calahorra están integrados en el sistema público de Salud de La Rioja; mientras que el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa lo está en el Servicio Aragonés de Salud”.

3. El Gobierno de la Rioja, por Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, de fecha 9/1/2023, acuerda iniciar el procedimiento general de responsabilidad patrimonial que se tramitará con el número 377/2022, siéndole comunicada tal circunstancia al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón mediante oficio del Sr. Instructor, de fecha 13/04/2023, registro de salida núm. 96963 del siguiente tenor literal:

“Con fecha 30 de diciembre de 2022 se recibió en esta Secretaría General Técnica escrito presentado por XXX en representación de XXX, en virtud del cual insta expediente de responsabilidad patrimonial cuantificando su reclamación en 467.296,30 euros.

A consecuencia de tal solicitud se sigue expediente de responsabilidad patrimonial registrado en el Servicio de Asesoramiento y Normativa con el número 377/2022 iniciado por resolución de la Secretaria General Técnica de fecha 9 de enero de 2023.

Dado que la reclamación presentada se dirige conjuntamente al Gobierno de La Rioja y al Gobierno de Aragón, se comunica a los efectos oportunos, sin perjuicio del trámite de audiencia que se concederá durante la tramitación del procedimiento”.

4. Por su parte, el Gobierno de Aragón, inició expediente de responsabilidad patrimonial al que le asignó la referencia 50/001/2023 y con fecha de 26 de abril de 2023 remitió oficio al órgano competente del Gobierno de La Rioja (entrada nº 174466), cuyo tenor es el siguiente:

“Les comunicamos que con fecha 30 de diciembre de 2022 ha tenido entrada en el Registro Electrónico General de Aragón, la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por XXX en representación de XXX, con expediente nº. 50/001/23, dirigida a la reparación de los daños y perjuicios que el funcionamiento de la Administración considera le ha causado con motivo de la asistencia que le fue prestada en centros sanitarios dependientes de la misma.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 36 y 98.6 de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público Autonómico de Aragón, la resolución de la reclamación compete a la Consejera de Sanidad, correspondiendo la instrucción del procedimiento al Servicio de Asuntos Jurídicos de la Secretaría General Técnica de ese Departamento, según establece el artículo 5.d) del Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud.

Dado que esta reclamación se dirige en los términos idénticos al Gobierno de La Rioja, se les



comunica a los efectos oportunos, sin perjuicio del trámite de audiencia que se concederá durante la tramitación del procedimiento”.

5. Con fecha 28/6/2023, registro de entrada núm. 271574, el Gobierno de Aragón, traslada al Gobierno de La Rioja, la Orden de la Consejera de Sanidad por la que se acuerda un cambio de instructor del procedimiento, sin que conste en el expediente ninguna otra actuación o pronunciamiento posterior por la administración aragonesa.

6. Con fecha 11/07/2023 (registro de salida 164609) el Gobierno de La Rioja, concede trámite de audiencia en el procedimiento de responsabilidad patrimonial 377/2022 al Gobierno de Aragón, constando que éste solicita copia del expediente que le es proporcionado con fecha 9/8/2023, sin que conste la presentación de alegaciones por el Gobierno de Aragón ni que el mismo cumpliera trámite de audiencia en el procedimiento que tramita para ante el Gobierno de La Rioja.

Segundo

1. Los hechos, en los que el reclamante sustenta su pretensión, según su relato, son, en resumen, lo siguientes:

“X es valorada en el servicio de oftalmología del Hospital de Calahorra el 6 de abril del año 2016. En esa primera visita se indica que la paciente acude por lagrimeo en ambos ojos y que tenía como antecedente oftalmológico el haber sido intervenida de su miopía con cirugía refractiva corneal mediante la técnica LASIK. La agudeza visual que presentaba la paciente ese primer día era de 1.0 en ambos ojos, la córnea presentaba un «LASIK correcto», la presión intraocular era de 18 mmHg en el ojo derecho y de 16 mmHg en el izquierdo. El fondo de ojo según se dejó anotado estaba «dentro de límites normales».

El primer diagnóstico que se le realiza a la paciente es que la causa del lagrimeo constante es el cierre de los puntos lagrimales por lo que se le somete a la intervención de hacer una estricturomida en ambos ojos que consiste en hacer una desobstrucción de la vía lagrimal para que se evacue mejor la lágrima, esta intervención se realizará en dos ocasiones, una el 10 de agosto de 2016 y otra el 13 enero de 2017. Estas intervenciones se realizaron en el Hospital San Millán- San Pedro de Logroño.

Al no haber una mejoría de la sintomatología tras estas intervenciones se realizó lo que se denomina una septoplastia y una dacriocistorrinostomía bilateral. Este tipo de cirugías lo que intentaba es realizar una nueva vía lagrimal para que la lágrima drenara desde la superficie ocular hasta la fosa nasal. La intervención tuvo lugar el 20 de julio de 2017.

Posteriormente y dado que el tratamiento quirúrgico no había sido resolutorio, desde los servicios públicos de salud de la Rioja se derivó a la paciente al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza para someterse a una cirugía de lacorriostomía tanto del ojo derecho, que se realizó el 19 de septiembre de 2018, como en el ojo izquierdo que se realizó el 6 de marzo de 2019. Dichas cirugías consistían en que el cirujano oftalmólogo genera un canal que comunicará la superficie del ojo con la fosa nasal mediante un pequeño orificio en el hueso nasal que servirá para la inserción de un pequeño tubo de Jones, de pirex (vidrio). Este servirá para drenaje artificial de la vía lagrimal de la superficie ocular con la fosa nasal y permitir así el paso de la lágrima.



El 27 de septiembre de 2018, en el Hospital Clínico de Zaragoza se le realizó una exploración oftalmológica donde se indica que la agudeza visual en ambos ojos es de 1.0, la presión intraocular o tensión ocular era de 16 mmHg en ambos ojos, el fondo de ojo era normal y que la OCT o Tomografías de Coherencia Óptica de la mácula estaba normal. El 28 de junio de 2019 en una nueva revisión del mismo hospital se indica que la tensión ocular era de 14 mmHg.

X realizó posteriormente revisiones en el Hospital Clínico de Zaragoza para seguir valorando el resultado de las cirugías realizadas en este hospital. En estas visitas se indican y realizan diferentes tipos de intervenciones como la resección de repliegue conjuntival en el ojo izquierdo, que se realizó en dos ocasiones, una el 27 de julio de 2020 y otra el 5 de abril de 2021. Otra intervención fue la realizada el 6 de octubre de 2021 donde en quirófano se hizo una limpieza y revisión del tubo Jones del ojo izquierdo que se implantó en la lacorrinostomía.

Siempre que a X se le realizaba cualquiera de las intervenciones que hemos enumerado se le trataba con el colirio de tobradex, colirio que en su composición tiene como principio activo el corticoide.

X se citó en el servicio de oftalmología del hospital público de Logroño el 5 de enero de 2022 porque al acudir la paciente a una óptica se le había tomado la presión intraocular dando valores muy elevados. Tras ser valorado en la consulta de oftalmología la exploración que se obtuvo fue que la agudeza visual máxima del ojo derecho era de 0,6 y en el ojo izquierdo de 0,4, que la tensión ocular del ojo derecho era de 28 mmHg y en el ojo izquierdo de 32 mmHg. El diagnóstico que se le hizo fue de hipertensión ocular por tratamiento con corticoides. El tratamiento que se le pautó fue un colirio hipotensor (Azarga). Desde este hospital se le remitió a su hospital de referencia que era el Hospital de Calahorra.

En el Hospital de Calahorra fue revisada el 18 de enero de 2022 indicando que presenta una catarata de predominio subcapsular posterior de tres cruces. La presión intraocular en ese día y tras estar en tratamiento con azarga era de 12 mmHg. El fondo de ojo presentaba una palidez papilar bilateral con una excavación de 0,7-0,8. La OCT del nervio óptico o papila presentaba un grosor de fibras nerviosas o RNFL de 51 en el ojo derecho y 55 en el ojo izquierdo, siendo los valores normales por encima de 90.

El Hospital de Calahorra le intervino de cataratas el 22 de febrero el ojo derecho y 29 de marzo de 2022 el ojo izquierdo.

El 20 de mayo de 2022 se le realizó la prueba de campo visual que demostró una pérdida total del campo visual de ambos ojos.

Tras la cirugía de catarata y según se indica en la revisión del 3 de junio de 2022, la agudeza visual de ambos ojos de X es de 1,0 y un campo visual en el ojo derecho con pérdida difusa y profunda y algo menos en el ojo izquierdo.

Dada la severa pérdida de campo visual que sufre X solicitó ser afiliada de la ONCE, para ello fue primeramente valorada el 15 de julio de 2022, que tras demostrar que presentaba un campo visual en ambos ojos menor a 10%, se le concedió la afiliación el 16 de agosto de 2022.

Dada la imposibilidad para conducir, el 1 de septiembre de 2022 se le cursa incapacidad temporal por parte del médico de atención primaria”.



2. La reclamante solicitó ser afiliada de la ONCE, y tras acreditar que presentaba un campo visual en ambos ojos menor al 10%, se le concedió la afiliación el 16/8/2022.

3. Por Resolución de 21/11/2022 de la directora general de Servicios Sociales y Gobernanza Pública del Gobierno de La Rioja se reconoció a X un grado de discapacidad del 76% desde el día 19/10/2022, con necesidad de asistencia de otra persona.

4. Por Resolución de 6/3/2023 de la directora provincial de La Rioja, del Instituto Nacional de Seguridad Social se acordó aprobar con fecha 3/3/2023 la pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de ABSOLUTA para todo trabajo.

Tercero

Por lo que se refiere a la causa de las lesiones, el reclamante considera que el glaucoma corticoide que sufrió X y catarata en ambos ojos, es un efecto secundario no deseado del tratamiento con TOBRADEX durante largos periodos desde el año 2016 hasta enero de 2022 en que fue diagnosticada de *“catarata subcapsular en ambos ojos y una hipertensión ocular bilateral, ambas patologías secundarias a tratamiento con corticoides (Colirio de Tobradex) como se señala en los informes del Hospital de Logroño y Calahorra”*.

Concluye la reclamación, junto con el informe pericial aportado a la misma que:

“Que hubo un nulo seguimiento de la tensión ocular de los ojos de X durante casi 6 años a pesar de estar en tratamiento con corticoides tópicos de manera casi constante lo que es un incumplimiento de la lex artis ad hoc.

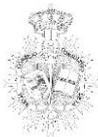
Que tampoco a X se le exploró la transparencia del cristalino ni se tomó la agudeza visual durante años aun recibiendo tratamiento con corticoides tópicos inclumpliendo nuevamente la lex artis ad hoc.

Que la lex artis ad hoc indica que en la exploración básica oftalmológica se debe tomar la agudeza visual, explorar la transparencia del cristalino y tomar la agudeza visual y más aún si está o ha estado en tratamiento con corticoides.

Que si se hubiera explorado correctamente a X en las múltiples revisiones oftalmológicas que se le realizaron se hubiera detectado a tiempo los efectos secundarios del uso de corticoides.

Que X secundariamente al ser tratada con corticoides sin control alguno de la tensión ocular y de la transparencia de su cristalino sufrió de los efectos secundarios no deseados de glaucoma corticoide, que le ha dañado tan severamente el nervio óptico y reducido el campo visual a menos de 10o en ambos ojos, y se le produjo cataratas en ambos ojos de las que ha tenido que ser operada”.

Por lo que hace a la indemnización solicitada, la reclamante la fija empleando, *“por asimilación, según criterios de la Ley 35/2015, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación; actualizada*



a 2022.

Tal valoración del daño generado es la que sigue:

- 1.- 60 días perjuicio moderado = 3.422,40 €
- 2.- 819 días perjuicio básico = 26.953,29€
- 3.- 79 puntos secuela = 279.678,77 €
- 4.- perjuicio moral por pérdida de calidad de vida = 55.947,52 €
- 5.- daños morales complementarios = 60.105,32 €
- 6.- lucro cesante Incapacidad Permanente, 39.289 €
- 7.- dos operaciones de cataratas, grupo IV = 1.900 €

TOTAL = 467.296,30 €”.

Cuarto

1. Mediante escrito de 10-1-2023, el Sr. Instructor del expediente cursa comunicación de los efectos del silencio administrativo en el procedimiento incoado.

2. Ese mismo día, requirió al Director Gerente del Hospital Fundación de Calahorra, a la Dirección del Área de Salud del Hospital San Pedro (HSP), y al Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada a la paciente, su historia clínica —relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de reclamación—, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

3. Con fecha 23-1-2023 se remite por el Gerente del Servicio Riojano de Salud copia de la Historia Clínica e informe del X, Jefe del servicio de Oftalmología del Hospital San Pedro, en el que se indica:

“Se reclama el daño producido (Glaucoma cortisónico y catarata) por el uso prolongado y no controlado de corticoides tópicos (Tobradex).

La paciente fue atendida en nuestro servicio desde el 15 de abril de 2016 hasta el 14 de marzo de 2018 en que se cursó solicitud de traslado a otro centro.

Durante todo este tiempo fue atendida, entre consulta e intervenciones quirúrgicas en 10 ocasiones, y tan solo se le indicó el uso de este colirio (tobradex) en una ocasión, el 10 de agosto de 2016, en el que se pautó el uso de tobradex cuatro veces al día durante 7 días.

Tal uso, a pesar de que hubiera podido elevar la presión intraocular (cosa que sucede en pacientes corticorepondedores) no habría sido responsable del daño que presenta la paciente pues tal y como reconoce su perito el Dr. X:

«Hay que dejar claro que el daño del nervio óptico se produce tras meses con la tensión alta».

Por todo ello considero que nuestro hospital no puede considerarse responsable del daño que presenta

la paciente”.

4. Con fecha 31-1-2023 se remite por el Hospital Clínico Universitario “Gonzalo Blesa”, en lo que aquí interesa, la historia clínica completa de oftalmología de la paciente.

5. Con fecha 24-3-2023 se remite por el Hospital Fundación de Calahorra, el historial Clínico de la paciente, referente a la atención realizada a la misma en dicho Hospital y que se detalla a continuación:

“1- Con fecha 6 de abril de 2016 es valorada en Consulta Externa (CEX en adelante) de Oftalmología del Hospital de Calahorra (HdC) por Facultativo Especialista de Oftalmología y Optometrista por lagrimeo tras ser valorada previamente en CEX Oftalmología en un centro privado habiendo sido tratada por conjuntivitis sin mejoría. Durante la valoración, se objetiva Agudeza Visual Ambos Ojos (AV A0)1, Presión Intraocular (PIO) 0D18, 0116, Forido de ojo (F0) dentro de límites normales y "puntos lagrimales inferiores epitelizados" por lo que se remite a Hospital de Referencia para valoración terapéutica.

2- El 12 de junio de 2018, es valorada en CEX de Oftalmología del HdC para programar preoperatorio solicitado por el Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza para la realización de Lacorriostomía (Colocación Tubos de Jones).

3- El día 21 de junio de 2018, es valorada en CEX de Preanestesia del HdC (Lacorriostomía OD en Hospital de Referencia: ASA II. Periodo de validez del preoperatorio de 3 meses. Apta).

4- El día 18 de diciembre de 2018, es valorada en CEX de Preanestesia del HdC (Lacorriostomía OI en Hospital de Referencia: ASA II. Apta. Periodo de validez del preoperatorio de 3 meses Apta).

5- El 25 de mayo de 2021, es valorada en CEX de Preanestesia del HdC (Recambio Tubo Jones en Hospital de Referencia: ASA II. Periodo de validez del preoperatorio de 3 meses. Apta).

6- El 18 de enero de 2022 es valorada en CEX de Oftalmología del HdC objetivándose Catarata Subcapsular Posterior (SCP) en ambos ojos (AO) corticoidea con PIO 12, FO palidez papilar bilateral, macula sin alteraciones, periferias correctas con OCT Macular OK/Papilar RNFL 51/55. Ante el diagnóstico de Catarata SCP AO se programa para intervención quirúrgica (primero en Ojo Derecho -0D-), explicándole pronóstico visual reservado, riesgos y tipo de intervención. Firmando Consentimiento Informado (CI) con fecha 18 de enero de 2022.

7- El 21 de enero de 2022 aporta informe de Clínica Oftalmológica Dr. X. Se realiza cálculo de la lente LASIK (Biometría).

8- El 22 de febrero de 2022 se realiza cirugía de catarata de OD bajo anestesia tópica sin incidencias (facoemulsión de cristalino con implante de lente intraocular modelo Envista +24.0D). En el control a las 24 horas de la cirugía de catarata OD, niega molestias, PIO 14, FO sin hallazgos patológicos. EL 2 de marzo de 2022 se realiza el control a los 7 días sin objetivarse complicaciones.

9- El 2 de marzo de 2022 se realiza la solicitud de programación quirúrgica de Catarata de Ojo Izquierdo (OI), firmando Consentimiento Informado el mismo día.

10- El 29 de marzo de 2022 se realiza cirugía de catarata de OI bajo anestesia tópica sin incidencias



(facoemulsión de cristalino con implante de lente intraocular modelo Envista +24.5D). En el control a las 24 horas de la cirugía de catarata OD, niega molestias, P1012/6, FO sin hallazgos patológicos.

11- El 6 de abril de 2022 se realiza el control de la primera semana postquirúrgica, indicando la usuaria que acudió al Hospital de Zaragoza. En la exploración se objetiva PIO 21/10 con FO: papila pálida OD mayor que 01, retina aplicada, por dicho motivo es valorada por Optometrista del HdC. Se le pauta tratamiento tópico con revisión en 1 mes en CEX Oftalmología y Optometrista del HdC con realización de OCT.

12- El 20 de mayo de 2022 es revisada en CEX Oftalmología del HdC y Optometrista, objetivándose Agudeza Visual sin cambios, PIO 10/10, FO papila pálida OD mayor que 01, retina aplicada, OCT: Perfil foveal normal AO, OCT No RNFL 56/53. CV 24.2 pérdida difusa y profunda de campo VF114%, 01 pérdida de campo menor que en ojo adelfo VFI 45%, indicando revisión en 1 mes con PIO y retirando medicación.

13- Se realiza revisión periódica en CEX Oftalmología del liciC (3 de junio de 2022, 4-6-15 de julio de 2022, 13 de septiembre de 2022 y 10 de febrero de 2023).

14- La última revisión realizada en CEX Oftalmología del HdC se realiza el 10 de febrero de 2023, objetivándose:

*Glaucoma corticoinducido ambos ojos.
Operada de catarata corticoidea ambos ojos.
Retirados Tubos de Jones recientemente.
BMC AO polo anterior sin alteraciones.
PIO 12/14 mm Hg.
FO Ambos Ojos: Exc 0.9/1, resto sin hallazgos patológicos.
CV 10.2 pérdida de campo concéntrica, mayor en Ojo Derecho.*

Se realiza Capsulotomía con Laser YAG en ambos ojos (firmando Consentimiento Informado con fecha 10 de febrero de 2023)".

6. Ese mismo día la Gerencia del Hospital de Calahorra comunica los datos del seguro de responsabilidad civil contratado por Fundación Hospital Calahorra durante las fechas de la atención al paciente número 44302021-9 con la entidad *SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS* a través del Mediador de seguros: *AON, GIL Y CARVAJAL, S.A., CORREDURÍA DE SEGUROS*, y que según indican estuvo vigente desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016.

7. Consta aportada Póliza 167131 de responsabilidad civil sanitaria, concertada con la entidad (*Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, SHAM*) aseguradora del SERIS, póliza vigente desde el 4/1/2022 hasta el 31/12/2023.

Quinto

Obra también en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 12-



5-2023 por *PROMEDE* y, en particular, por la Dra. X, médico especialista en Oftalmología, quien, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente concluyó que:

“XXX fue tratada del lagrimeo que presentaba mediante cirugía de puntoplastia y dacriocistorrinostomía. En relación con estas intervenciones se indicó pauta con colirio Tobradex en dos ocasiones.

XX desarrolló cataratas en ambos ojos como consecuencia de tratamiento con Tobradex en repetidas ocasiones a lo largo de varios años. Esto le produjo disminución de la agudeza visual que se recuperó tras ser intervenida quirúrgicamente con éxito.

Además, el uso de Tobradex en repetidas ocasiones unido a una susceptibilidad individual para los corticoides, ocasionó un aumento de la PLO que derivó en el desarrollo de un glaucoma corticoideo con un daño severo del campo visual en ambos ojos. Dicho glaucoma fue correctamente diagnosticado y tratado en los hospitales de la Rioja, sin embargo, los defectos campimétricos no son recuperables.

- En los hospitales de la Rioja se pautó Tobradex en dos ocasiones. La segunda vez que se indicó este tratamiento corrió a cargo del Servicio de Otorrino y la pauta se alargó más allá de la indicación inicial. Dicha pauta no parece que estuviera en conocimiento por el Servicio de Oftalmología. Si bien, el control de la PIO pudo ser más exhaustivo las cataratas y el glaucoma corticoideo que desarrolló la paciente no pueden considerarse causadas por estas dos pautas de tratamiento”.

Señalándose como conclusión final en dicho informe que:

“La paciente presentó dos complicaciones en relación con el uso de dexametasona tópica: cataratas y glaucoma corticoideos. Las dos veces en las que se pautó la dexametasona tópica por parte del Servicio Riojano de Salud no se pueden considerar la causa de dichas complicaciones. El tratamiento de las cataratas y el glaucoma corticoideos que se realizó en el Hospital de Logroño y en el hospital de Calahorra fue correcto y se ajustó a la lex artis”.

Sexto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la Inspección médica, de 10-7-2023, quien realiza la siguiente descripción de los hechos acaecidos:

“De los datos obrantes en el expediente y tos recabados por esta Inspección Médica, se desprenden los siguientes hechos:

-XXX comenzó a ser valorada en el S° de oftalmología del Hospital Fundación de Calahorra el 06/04/2016 por presentar Lagrimeo de 1 año de evolución que relacionaban con lagrimales obstruidos. Refería antecedentes de IQ de Lasik miopía hacia 9-10 años.

-En la exploración realizada se constató una agudeza visual (AV) OD I y 011, BMC Lasik correcto, fondo de ojo (F0) en límites normales y puntos lacrimales inferiores epitelizados, siendo remitida al hospital de referencia a valoración terapéutica.

-Es valorada e intervenida por el S° de oftalmología del Hospital San Pedro de Logroño mediante la realización de estructurotoma bilateral; puntoplastia en ambos ojos en dos ocasiones,



10/08/2016 y 13/01/2017 siendo en esta última intervención en la que se pauta tratamiento con colirio de Tobradex 1 semana.

-El 19/01/2017 acude a su médico de Atención Primaria indicando que le supura el ojo tras la intervención y le pauta amoxiclavulánico y colirio de Tobradex, este último por 5 días.

-Posteriormente y ante la persistencia de la obstrucción de la vía Lagrimal, bilateral y epifora es valorada por el Sº de ORL con exploración en la que se detecta epifora bilateral y desviación de tabique realizándose el 20/06/2017 intervención de septoplastia y dacriocistorrinostomía bilateral sin incidencias. Se pauta colirio de Tobradex 7 días y posteriormente colirio de Tobrex.

-El 14/03/2018 desde el Sº de oftalmología Logroño se remite al Hospital Clínica Universitario Lozano Btesa de Zaragoza, centro de referencia, para valoración por el Sº, de oftalmología para la colocación de tubos de Jones por persistencia de lagrimeo por reepitelización de lacrimales.

-Es intervenida el 19/09/2018 en dicho centro realizándole dacriocistorrinostomía derecha tras la que se pauta tratamiento con colirio de Tobradex 1 semana. Se realiza una revisión el 27/09/2018 en la que se presenta en la exploración una agudeza visual en ambos ojos de 1, PIO en ambos ojos de 16, un FO con parámetros dentro de la normalidad y un OCT resultando normal.

-El 20/11/2018 es valorada por su médico de Atención Primaria por inflamación de párpados del ojo derecho, con ojo rojo, y se pauta amoxiclavulánico y colirio de Tobradex, este último con pauta de 5 días.

-El 06/03/2019 es nuevamente intervenida mediante dacriocistorrinostomía izquierda tras la que igualmente se pauta tratamiento con colirio de Tobradex 1 semana.

-Continúa revisiones en oftalmología del Hospital de Zaragoza con evolución hacia la persistencia de la obstrucción de la vía lagrimal del ojo izquierdo. En una de estas revisiones realizadas el 28/06/2019 y en la que se toma la PIO con resultado de 14 en ambos ojos, se le pauta nuevamente tratamiento con colirio de Tobradex, sin especificar la duración del mismo, por enrojecimiento del pliegue semilunar y canto interno.

-Pocos días después acude a su médico de Atención Primaria refiriendo corno pauta una duración de mes y medio de tratamiento con revisión a los 3 meses.

-Posteriormente es intervenida en otras dos ocasiones de resección del repliegue conjuntival (27/07/2020 y 05/03/2021) con indicación posterior de nuevo recambio del tubo de Jones en dicho ojo que se realizó el 06/10/2021, siendo pautado tratamiento con colirio de Tobradex tras todas las intervenciones, sin que se especifique en ninguna de ellas la duración del tratamiento a seguir y que la paciente siguió utilizando de manera continuada tras la última de ellas.

-El 05/01/2022 es valorada de urgencia por el Sº. de oftalmología del Hospital San Pedro de Logroño por PIG elevada, indicando el hecho de haber seguido tratamiento continuado con colirio de Tobradex los últimos 3 meses. Presenta AV corregida OD 06 y 0104, PIO 0028 y 0136, fondo de ojo papila OD exc 0.6 oblicua, 01 0.3 con ANR conservado, maculas y retina media normal. Se diagnostica de hipertensión ocular (tratamiento corticoideo) AF+ y se indica suspender el colirio de Tobradex y revisión preferente en su hospital de referencia.

-Acude de nuevo al Sº de oftalmología del Hospital de Calahorra el 18/01/2022. En la exploración figura catarata predominio SCP en ambos ojos +++ (corticoidea), PIO normal, FO palidez



papilar bilateral exc 0.7-0.8 mácula sin alteraciones, periferias correctas y OCT macular normal papilar RNFL 5/55.

-Se programa para intervención de catarata en ambos ojos indicando ser una paciente «posible corticorrespondedora» siendo intervenida el 22/02/2022 del OD y el 29/03/2022 del OI sin incidencias.

-En la revisión del 3/06/2022, tras las intervenciones, presenta una PIO normal, FO papila pálida 00>0lretina aplicada, OCTm perfil foveal normal AO, RNFL 56/53 y CV pérdida difusa y profunda del campo VF114%/ OI pérdida del campo menor que en el ojo adelfo VF145%.

-En la actualidad continua en revisiones en dicho servicio, presentando en la última de ellas, 05/05/2023, el diagnóstico de Glaucoma corticoinducido ambos ojos (A0), catarata corticoidea AO intervenidas y tubos de Jones retirados recientemente. Exploración: BMC AO polo anterior sin alteraciones, medios transparentes, flaps e interfases correctos, PIO 12 / 12 mmHg (14 / 16 corregido en pentacam), FO AO exc 0.9/1, resto sin hallazgos patológicos y CV 10.2 pérdida de campo concéntrica> OD.

-Aporta un informe de oftalmología de fecha 15/07/2022, de un centro colaborador con la ONCE, en el que se determina un campo visual inferior a 10 grados en ambos ojos, con dictamen posterior de fecha 21/11/2022 en que se le reconoce un grado de discapacidad del 76%”.

De ese relato fáctico, y de la bibliografía consultada, la Inspección médica concluye que no está probada la relación causal entre las secuelas que padece el reclamante y la atención médica que recibió entre el 8-3-2020 y el 25-3-2020:

1ª.-XXX ha desarrollado un glaucoma corticoinducido y cataratas corticoideas en ambos ojos, relacionado con el uso del colirio Tobradex, glaucoma detectado ya en fase avanzada y que le ha ocasionado como secuela una gran pérdida de la visión con un campo visual inferior a 10° en ambos ojos, motivo por el que se reclama.

2ª.- Figura haber sido valorada y tratada tanto en el Hospital San Pedro de Logroño (2016 -marzo de 2018) como en el Hospital Lozano Blesa de Zaragoza (2018-2021), por un proceso de obstrucción de las vías lacrimales en ambos ojos, precisando ser intervenida en numerosas ocasiones y con diferentes técnicas quirúrgicas por presentar una evolución hacia la reobstrucción reiterada de las mismas, siendo todas ellas realizadas de manera correcta y acordes a la situación.

3ª.- Tras todas estas intervenciones, a excepción de la primera, se le ha pautado tratamiento con colirio de Tobradex, siendo este un medicamento de uso habitual en oftalmología y adecuado para Las mismas.

4ª.- Según indica la propia ficha técnica del colirio de Tobradex, en relación con el componente corticoideo que contiene y así se reconoce en la bibliografía médica, es su uso prolongado el que puede ocasionar el glaucoma y lesión del nervio óptico, además de cataratas, y especifica que en pacientes tratados de forma prolongada debe controlarse la presión intraocular de forma rutinaria y frecuente.

5ª.- En lo referente a la asistencia prestada en el Servicio Riojano de Salud, asistencia a la que limito mi valoración, señalar que durante los años 2016 y 2018 fue intervenida por su proceso oftálmico en tres ocasiones, siendo pautado el colirio de Tobradex en dos de ellas, solamente en una por el Sº de



oftalmología, y en otra ocasión por su médico de Atención Primaria. Todas fueron pautas de tratamiento de corta duración, 7 días o menos, y espaciadas en el tiempo, lo que no supone un uso prolongado y por tanto no se pueden considerar responsables del daño ocasionado, ni responsabilizar al Sº de oftalmología de Logroño de un incorrecto seguimiento.

6ª.- Además, queda constancia de una exploración oftalmológica realizada el 27/09/2018 en el Sº de oftalmología de Hospital de Zaragoza, habiendo sido ya derivada desde Logroño para su seguimiento, en la que presenta unos parámetros de AV, PIO, FO y OCT dentro de la normalidad, hecho que acredita que en ese momento no había desarrollado ningún tipo de complicaciones por el tratamiento previo con el citado colirio.

7ª.- La asistencia posterior prestada a partir de enero de 2022 en el Hospital de Calahorra, tras el diagnóstico del glaucoma y cataratas, también puede considerarse adecuada, realizándose un correcto control y seguimiento de la PIO en todo momento, con intervención de las cataratas que presentaba, si bien no se pudo evitar corregir el daño visual que ya presentaba.

Por lo expuesto, se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada en el Servicio Riojano de Salud ha sido en todo momento correcta y acorde a la lex artis y que las secuelas que presenta no pueden atribuirse a la misma, sin entrar a valorar la asistencia prestada por el mismo proceso en el Servicio Aragonés de Salud al no ser competencia de esta Inspectora”.

Séptimo

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante, a las aseguradoras y al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.

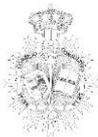
El 31-7-2023, el reclamante presenta escrito de alegaciones en el que reitera su solicitud inicial, muestra disconformidad con el informe pericial de *PROMEDE* y de la Inspección médica y reitera sus peticiones.

El gobierno de Aragón solicita copia de la documentación obrante en el expediente que le fue oportunamente remitida.

Octavo

En fecha 10-10-2023, se formula la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación de *“responsabilidad patrimonial de esta Administración (...) porque no es imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento del servicio público”*.

La Propuesta fue informada favorablemente por la Dirección General de los Servicios Jurídicos el 18-10-2023, mediante Informe de junio de 2023 en el que, se *“informa favorablemente la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Riojano de Salud formulada por X”*.



Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 19-02-2024, y registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 21-02-2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la



determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad superior a 50.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPACAC dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPACAC.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 CE y 32.1 y 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y 65, 67, 81 y 91.2 LPACAP), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y no *de resultado*, de manera que,



en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

2. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

3. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, ECLI:ES:TS:2010:4119).

Tercero

La existencia, en este caso, de una “gestión dimanante” de una fórmula conjunta de actuación entre Administraciones Públicas

1. Del expediente que se nos ha remitido resulta que la reclamante, por causa de sus problemas de oftalmología, no ha sido atendida por un único servicio público de salud, sino por dos: el SERIS y el Servicio Aragonés de Salud (en adelante SAS), concretamente en el Hospital Clínico Universitario “Gonzalo Blesa” de Zaragoza.

En efecto, y siguiendo el relato fáctico descrito por la Propuesta de resolución de:

“Posteriormente, y dado que el tratamiento quirúrgico no obtuvo los resultados esperados, los facultativos del Servicio Riojano de Salud derivaron a la paciente al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, para someterse a una cirugía de lacorrinostomía tanto en el ojo derecho, que se realizó el 19 de septiembre de 2018, como en el ojo izquierdo, que se realizó el 6 de marzo de 2019.

El 27 de septiembre de 2018, en el Hospital Clínico de Zaragoza se le realizó una exploración oftalmológica en la que la agudeza visual en ambos ojos fue de 7.0, la presión intraocular o tensión ocular fue de 76mmHg en ambos ojos, et fondo de ojo era normal y que la OCT (Tomografías de Coherencia Óptica) de la mácula estaba normal. El 28 de junio de 2019 en una nueva revisión del mismo hospital se indica que la tensión ocular era de 14 mmHg.

X acudió posteriormente a sus revisiones en el Hospital Clínico de Zaragoza para seguir valorando el resultado de las cirugías realizados en este hospital. En estas visitas se indicaron y realizaron diferentes tipos de intervenciones como la resección de repliegue conjuntival en el ojo izquierdo (que se realizó en dos ocasiones, una el 27 de julio de 2020 y otra el 5 de abril de 2021) y una limpieza y revisión del tubo Jones del ojo izquierdo (realizada el 6 de octubre de 2021).

Siempre que a X se le realizaba cualquiera de las intervenciones que se han enumerado se le trataba con Tobradex, colirio que en su composición tiene como principio activo el corticoide.

El 5 de enero de 2022, X acudió al Servicio de Oftalmología del Hospital Público de Logroño debido a los altos valores de presión intraocular detectados durante una visita a una óptica”.

2. De esa sucesión de hechos, y a los efectos de este dictamen, interesa destacar aquí dos extremos:

2.A) La primera, en el plano fáctico, es que la atención recibida por el paciente del SERIS, por un lado, y del SAS, por otro, conforma de manera evidente un *único proceso asistencial* en el que todas las decisiones y actuaciones médicas (diagnósticas y terapéuticas) adoptadas por ambos Servicios de Salud vinieron condicionadas entre sí y obedecieron a una unidad de propósito.

i) La paciente fue derivada al SAS por decisión de los facultativos del Servicio



Riojano de Salud para someterse a una cirugía de *lacorrinostomía* tanto en el ojo derecho como en el ojo izquierdo, dado que el tratamiento quirúrgico no obtuvo los resultados esperados.

ii) Según el informe de la inspección médica, no solo intervinieron en la prescripción de Tobradex, los servicios hospitalarios de ambos sistemas autonómicos de salud, sino también el médico de Atención Primaria del Sistema Riojano de Salud.

En definitiva, esa intervención de ambos Servicios autonómicos de Salud (el riojano y el aragonés) no resultó provocada por la paciente de manera voluntaria (acudiendo por su propia voluntad a centros dependientes de un Servicio y luego a centros de otro); sino que fue *procurada de oficio por ambas Administraciones sanitarias*. La riojana, al tomar la iniciativa de derivar a una paciente suya al Hospital Clínico de Zaragoza para la ejecución de una concreta cirugía; y la aragonesa, al aceptar esa derivación y practicar las operaciones quirúrgicas propuestas, con sus correspondientes pruebas preoperatorias y su correlativo seguimiento posterior hasta el regreso del paciente al SERIS.

2.B) La segunda cuestión que interesa resaltar es de naturaleza *jurídica* y está enteramente relacionada con la anterior: Si la paciente fue derivada por el SERIS al Hospital Clínico de Zaragoza, fue, precisamente, por la previa existencia de un acuerdo, convenio o concierto entre la Comunidad Autónoma de Aragón y la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de asistencia sanitaria, cuya existencia y contenido no consta aportado al procedimiento.

3. Las circunstancias de hecho nos sitúan, a juicio de este Consejo, en el escenario descrito por el art. 33.1 LRJSP, a cuyo tenor:

“1. Cuando de la gestión dimanante de fórmulas conjuntas de actuación entre varias Administraciones públicas se derive responsabilidad en los términos previstos en la presente Ley, las Administraciones intervinientes responderán frente al particular, en todo caso, de forma solidaria. El instrumento jurídico regulador de la actuación conjunta podrá determinar la distribución de la responsabilidad entre las diferentes Administraciones públicas”.

En efecto, en el asunto examinado no ha tenido lugar una mera concurrencia casual, sobre el mismo particular, de dos actuaciones administrativas distintas, ajenas entre sí y enteramente independientes la una de la otra. Como tampoco puede afirmarse que cada Administración sanitaria haya actuado en este caso sin conocimiento y consentimiento de la otra. Todo lo contrario. Lo que aquí se ha proyectado sobre la reclamante es una actividad administrativa (de provisión de asistencia sanitaria) que no resulta atribuible en exclusiva a una única Administración, sino a dos; siendo que, además, ese actuar administrativo subjetivamente complejo o dual obedece a la existencia entre ambas Administraciones de alguna suerte de *fórmula conjunta* que lo justifica y que no consta aportada en este procedimiento.



De todo ello, se sigue, en derecha aplicación del art. 33.1 LRJSP, que si de aquella “gestión” se derivase “responsabilidad en los términos previstos en la presente Ley”, ambas Administraciones serían responsables solidarias frente al particular.

4. Nos parece importante dejar bien sentadas estas consideraciones, especialmente a la vista de la tramitación que ha seguido hasta aquí el presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se ha recabado y obtenido completa la historia clínica de la paciente, que obra en los folios 202 y siguientes del expediente administrativo y que no ha sido analizada, ni por el informe de *PROMEDE*, ni por la Inspección médica y por supuesto, se obvia tanto la Propuesta de resolución como por la Dirección General de los Servicios Jurídicos que han dado por sentado que en este procedimiento administrativo no resultaba posible pronunciarse sobre la hipotética responsabilidad patrimonial concurrente del Servicio Aragonés de Salud.

5. El Consejo no comparte ese planteamiento. Como ya dijimos en nuestro Dictamen 60/2023 sobre un supuesto similar, pero referido al Servicio Vasco de Salud, sin prejuzgar en absoluto si la asistencia prestada a la reclamante debe o no considerarse causalmente vinculada a un daño que ésta no tuviera el deber jurídico de soportar, incurrió en infracción de una correcta *lex artis* o se produjo con ausencia de un consentimiento informado; lo cierto es que a la interesada le han dispensado una atención concurrente o conjunta dos Administraciones Públicas. Y ello, se quiera o no, nos coloca en el presupuesto de hecho del que parte el art. 33.1 LRJSP, con las consecuencias que se van a examinar a continuación en cuanto a la tramitación del presente procedimiento y al contenido de la resolución que en él debe dictarse.

6. El escenario que ahora examinamos es bien distinto, por ejemplo, al analizado por la STS, Sala, 3ª, de 9-2-2016 (ECLI:ES:TS:2016:376) que confirmó la STSJ de la Comunidad Valenciana de 31-1-2014 (ECLI:ES:TSJCV:2014:1473).

En aquella ocasión se planteaba la cuestión relativa a la competencia objetiva para conocer del enjuiciamiento de dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial dirigidas por un mismo particular frente a dos Administraciones sanitarias (las de las CCAA de Aragón y la Comunidad Valenciana). Pues bien, al respecto, el órgano jurisdiccional *a quo* razonó que no había razón para acumular en un único órgano jurisdiccional la fiscalización de ambas pretensiones pues:

“... ni la responsabilidad que se denuncia surge de fórmulas de actuación conjunta entre ellas, ni existe una concurrencia de varias Administraciones en la producción del daño en la que no sea posible delimitar la responsabilidad de cada una de ellas atendiendo a los criterios ordinarios de competencia respectiva, sino que las lesiones y secuelas cuya indemnización se reclama, son fruto de un prolongado proceso asistencial, con dos periodos perfectamente delimitables cronológicamente, sin que nada impida el enjuiciamiento separado, por parte de los respectivos órganos jurisdiccionales competentes

en cada caso, de las eventuales responsabilidades patrimoniales sanitarias que puedan derivarse de uno y otro”.

Cuarto

Consideraciones sobre competencia y procedimiento

Al encontrarnos en la situación descrita por el art. 33.1 LRJSP, debe darse cumplimiento a lo dispuesto por los apartados 3 y 4 del propio art. 33 LRJSP. Conforme a dichos apartados:

“3. En los casos previstos en el apartado primero, la Administración competente para incoar, instruir y resolver los procedimientos en los que exista una responsabilidad concurrente de varias Administraciones Públicas, será la fijada en los Estatutos o reglas de la organización colegiada. En su defecto, la competencia vendrá atribuida a la Administración Pública con mayor participación en la financiación del servicio.

4. Cuando se trate de procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial, la Administración Pública competente a la que se refiere el apartado anterior, deberá consultar a las restantes Administraciones implicadas para que, en el plazo de quince días, éstas puedan exponer cuanto consideren procedente”.

A partir de ahí, debe analizarse separadamente, primero, a qué Administración corresponde la *competencia* para incoar, instruir y resolver el procedimiento instado por la interesada; y, en segundo lugar, qué *trámites* deben incorporarse a él distintos de los ya seguidos hasta el momento presente, habida cuenta del *contenido dispositivo* que habría de tener la resolución que le ponga fin.

1. Competencia administrativa para incoar, instruir y resolver este procedimiento.

A nuestro juicio, salvo lo que pudiera resultar del contenido de las fórmulas conjuntas de gestión de la asistencia sanitaria, es claro que la *competencia administrativa* para incoar, instruir y resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial instado por la interesada corresponde a la Administración Pública de la CAR, ya que, así puede deducirse de que la reclamante era una persona protegida en el ámbito territorial de la CAR (art. 5.3 del RD 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual); y que fue el SERIS el que determinó el traslado al Hospital Clínico Universitario de Zaragoza para la realización de las intervenciones quirúrgicas que le fueron realizadas.

Por otra parte, y volviendo a los criterios de atribución competencial establecidos por el art. 33.3 LRJSP el Consejo carece de elementos de juicio para pronunciarse sobre cuál de los dos Servicios de Salud ha tenido una *“mayor participación en la financiación del servicio”*.



2. Tramitación que ha de seguir este procedimiento y sobre el contenido de la resolución que le ha de poner término.

2.A) En cualquier caso, una vez que quede en el procedimiento, debidamente justificada la competencia de la Administración Pública de la CAR para instruir y resolver el procedimiento iniciado a petición de la interesada, debe a continuación recordarse que la resolución que en su seno se dicte se habrá de pronunciar no sólo sobre la “*existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado, la cuantía y el modo de la indemnización*” (art. 91.2 LPACAP) sino también, en particular, sobre la posible concurrencia de responsabilidades entre las dos Administraciones sanitarias.

De esta suerte, si la resolución que en su día ponga fin al procedimiento llegara a declarar la existencia de una responsabilidad compartida de los dos Servicios Públicos de Salud, debería también determinar la *cuota de responsabilidad atribuible a cada uno de esos Servicios* y, en definitiva, el importe de la indemnización que cada uno debería sufragar.

Desde luego, en la relación *externa* que, en tal hipótesis, mediaría entre ambos Servicios Públicos de Salud y la reclamante, dado que la responsabilidad de aquéllos sería solidaria *ex lege* (art. 33.1 LRJSP), la interesada podría reclamar a cualquiera de las dos Administraciones sanitarias el pago total de la indemnización (cfr. art. 1137 Cc); pago que extinguiría el derecho de crédito de la interesada frente a ambas Administraciones (1145-1 Cc).

Sin embargo, en la relación *interna* entre las Administraciones deudoras, la obligación tendría naturaleza mancomunada, de modo que la que hubiera realizado el pago podría -y debería- repetir frente a la otra el importe que a ésta correspondiera (art. 1145-2 Cc).

2.B) Resulta evidente que unos pronunciamientos de esa naturaleza nunca podrían realizarse sin conferir adecuada y plena participación en el expediente de responsabilidad patrimonial a la Administración Pública que, aunque no sea competente para resolverlo, sí podría verse afectada por la resolución que en él se dicte. Por ello tiene todo su sentido una regla de procedimiento como la contenida en el art. 33.4 LRJSP, tributaria de los más elementales principios de lealtad institucional, buena fe, cooperación interadministrativa y respeto al legítimo ejercicio de las competencias de otras Administraciones (arts. 3.1.e, 3.1.k), 141.1.a) y 141.1.d) LRJSP).

2.C) En el expediente sometido a nuestra consideración, si bien se ha observado el trámite de audiencia y se ha incorporado la historia clínica completa relativa a la asistencia



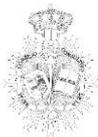
sanitaria prestada a la reclamante en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, es evidente que ambas administraciones están instruyendo un procedimiento independiente relativo a las actuaciones de cada una de ellas como si no fuera un “único acto”, como en principio parece desprenderse del análisis de la documentación aportada.

2.D) Esto ha sido así, como ya hemos dicho, por el criterio que parece haber inspirado la actuación del Instructor del procedimiento según el cual en este expediente sólo puede analizarse la reclamación de responsabilidad patrimonial en cuanto dirigida al SERIS, y no la dirigida contra el SAS; parecer que este Consejo considera equivocado.

Por esa razón, entendemos oportuno que el procedimiento se retrotraiga para que en él se observen, cuando menos, los trámites que se exponen a continuación, y por el orden cronológico en el que se enumeran:

- i) En primer lugar, aportando el expediente el documento que regula la asistencia sanitaria compartida, aplicable al caso, entre ambas administraciones Públicas.
- ii) En segundo lugar, resolver sobre si el presente supuesto implica una suerte de responsabilidad concurrente prevista en el artículo 33 de la LRJSP y en cuyo caso, decidir sobre la que se estima administración competente para instruir y resolver sobre dicha responsabilidad concurrente. Al determinar a la administración competente habrá que instar a la otra administración para que se abstenga de tramitar y resolver la misma reclamación (recuérdese que se presenta la misma reclamación ante dos administraciones distintas).
- iii) Si, como entiende este Consejo *prima facie*, la competencia es de La Rioja, otorgar trámite de audiencia al Servicio Aragonés de Salud -que habrá de serlo por plazo de quince días hábiles, en cumplimiento del art. 33.4 LRJSP- de tal forma que la Administración Pública de la CA de Aragón podrá formular cuantas alegaciones convengan a su derecho. Obviamente, también las atinentes a *su propia* competencia para incoar, instruir o resolver el procedimiento.
- iv) En el caso de que el Gobierno aragonés considere que efectivamente es la Administración Pública de la CAR la que ha de incoar, instruir y resolver el expediente, a los efectos del art. 81.1 LRJSP, la Administración autonómica aragonesa debería remitir un “informe” del “servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”.
- v) Adicionalmente, podrá aportar al procedimiento cuantos elementos adicionales de prueba considere oportunos.
- vi) De las alegaciones y, en su caso, de la documentación que remita la Administración Pública aragonesa, deberá darse traslado al reclamante para otorgarle un nuevo trámite de audiencia (art. 82.1 LPACAP), de modo que tenga oportunidad real y efectiva, en el curso del expediente de responsabilidad patrimonial, de pronunciarse sobre todos los extremos de hecho y de Derecho que se hayan incorporado al mismo como consecuencia de las actuaciones de instrucción. De acuerdo con el art. 82.2 LPACAP, en ese trámite -que deberá tener lugar por plazo de entre diez y quince días, ex art. 82.2. LPACAP-la interesada podrá alegar y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes.

A salvo de que lo actuado hasta ese momento ponga de relieve la necesidad de practicar alguna



actuación complementaria (art. 87 LPACAP), a los trámites precedentes habrá de seguirles la redacción de una nueva propuesta de resolución (art. 90 LPACAP) y, después, de un nuevo informe de la Dirección General los Servicios Jurídicos.

vii) Tras todo ello, habrá de recabarse dictamen a este Consejo Consultivo si se mantiene la circunstancia de que frente a la Administración Pública de la CAR se dirija una reclamación por importe igual o superior a 50.000 euros.

Quinto

Por las razones que se acaban de exponer, el expediente que ha sido remitido a este Consejo documenta un procedimiento administrativo que todavía debe completarse con los trámites antes identificados. Siendo ello así, el Consejo no va a emitir, en este momento, ningún parecer sobre las cuestiones de fondo que plantea la reclamación de la interesada (existencia de responsabilidad, importe de la indemnización, distribución de ésta entre las administraciones intervinientes), que serán examinadas, en su caso, en el ulterior dictamen que nos sea solicitado.

CONCLUSIÓN

Única

A la reclamante le ha sido dispensada una asistencia sanitaria conjunta por los Servicios Riojano y Aragonés de Salud por lo que, con carácter previo a resolver este procedimiento de responsabilidad patrimonial, la Consejería consultante debe acordar la retroacción de actuaciones para completar el expediente con los trámites identificados en el F. Jco. Cuarto de este dictamen.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO