



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y
ponente

Sra. Ares González, Consejera

Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de abril de 2022, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 123/2022

I ANTECEDENTES DE HECHO

El día 18 de marzo de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 21 de marzo de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 123/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 30 de diciembre de 2019 D. yyyy, de 43 años en el momento de los hechos, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, en la que solicita una indemnización por daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el centro de salud de xxx1 y en el Hospital de xxx2. Afirma no recordar nada de lo sucedido entre los días 19 y 24 de diciembre de 2018, en los que, tras ser atendido por los servicios médicos en su domicilio, fue



trasladado al hospital de xxx2 y finalmente al hospital hhhh de xxx3, en el que fue diagnosticado de ictus hemorrágico y hematoma cerebral. Desconoce cómo y por qué se personaron en su domicilio los servicios médicos el día 23 de diciembre y cómo llegó al hospital de xxx3.

Solicita la apertura de periodo probatorio en el que se incorpore al expediente: historial clínico completo con comentarios y tratamientos de la visitas efectuadas en su domicilio por parte del servicio de salud del municipio de xxx1 entre los días 19 y 23 de diciembre de 2018; relación de las llamadas efectuadas desde su teléfono al citado servicio de urgencias; así como historial clínico completo de su estancia en el hospital de xxx3 entre los días 23 y 24 de diciembre de 2018 y de su estancia en el hospital hhhh de xxx3, entre los días 24 de diciembre de 2018 y 5 de enero de 2019.

En esta reclamación inicial no cuantifica la indemnización solicitada.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica del paciente, los informes siguientes: informes del equipo del Punto de Atención Continuada de xxx1 interviniente el 19 y el 23 de diciembre de 2018; del médico del consultorio local de xxx4 del centro de salud de xxx1, de 31 de enero de 2020; informe del adjunto de Urgencias del consultorio de xxx4, de 26 de enero de 2020; informes del jefe del Servicio de Urgencias y del facultativo especialista del Servicio de Neurocirugía, ambos del Complejo Asistencial Universitario de xxx3 de 6 de febrero de 2020; informe de la gerente de Emergencias Sanitarias de Sacyl de 15 de mayo de 2020; informe de la Inspección Médica de 29 de mayo de 2020; e informe pericial emitido por especialista medicina interna a instancias de la compañía aseguradora de la Administración con fecha 23 de septiembre de 2020.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia el 3 de diciembre de 2020, el reclamante no presenta alegaciones.

Cuarto.- El 18 de febrero de 2022 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación, al considerar que no existe relación de causalidad ni cierta, ni directa, ni total entre la praxis médica y las lesiones del paciente, ni tampoco pérdida de oportunidad.

Quinto.- El 28 de febrero de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (30 de diciembre de 2019) hasta que se formula la propuesta de orden (18 de febrero de 2022). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad, legitimación exigidos por la Ley 39/2015, de 1 de octubre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.



En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 4 de noviembre de 2021, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual, "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del



conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, ha de valorarse si la asistencia prestada al reclamante fue adecuada a la *lex artis* y si supuso una pérdida de oportunidad terapéutica.

El reclamante considera que se incurrió en un retraso diagnóstico, lo cual le habría producido secuelas consistentes en mareo constante, pérdida de audición, diplopía y dificultades para prestar atención con la vista, dolor y hormigueo en todo el hemisferio izquierdo del cuerpo. Tiene reconocida discapacidad del 33 % y en la fecha de presentación de la reclamación aún seguía de baja, sin que pueda saber si podrá volver a realizar su profesión habitual.

El paciente fue inicialmente atendido en su domicilio por los servicios de urgencias el 19 de diciembre de 2018. La sintomatología referida por el paciente -mareo con sensación de giro de objetos y náuseas de una hora de evolución- y la anamnesis realizada sugerían una sospecha de cuadro de vértigo periférico, de forma que, ante la ausencia de signos de alarma que hicieran sospechar otra patología y en el contexto de perfil de paciente joven, sin factores de riesgo cardiovascular y sin patología orgánica, al no mostrar un cuadro clínico evidente que justificara su derivación, se le pautó tratamiento antivértiginoso.

En los días posteriores a la asistencia dispensada el 19 de diciembre de 2018, tal y como indica el informe de la Inspección médica, no consta que el paciente acudiera o solicitara asistencia sanitaria para revisión por parte de su facultativo de atención primaria, de forma que en los términos que recoge el propio informe de la Inspección, “la propia actuación del reclamante imposibilitó la reevaluación clínica y el planteamiento de nuevos métodos diagnósticos o nuevas actitudes terapéuticas ante una falta de respuesta o mala tolerancia al tratamiento inicialmente prescrito”.

No fue hasta cuatro días después, el 23 de diciembre de 2018, cuando tras recibirse una llamada del propio paciente al Servicio de Emergencias 112, los servicios médicos acudieron de nuevo a su domicilio. Es el paciente el que recibe a los servicios médicos, a quienes indica que no se encuentra bien y les



manifiesta tener afectación en la visión. Durante la entrevista, los facultativos constatan que el paciente parece no recordar nada de lo ocurrido en los últimos días, de forma que ante la presencia de nueva sintomatología, es remitido al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxx2.

Una vez allí, tras los resultados de la exploración que evidencian un nistagmus postural con diplopía, paresia del VI par izquierdo y aumento en la base de sustentación, se decide solicitar pruebas complementarias con analítica, electrocardiograma y TAC craneal. El resultado del TAC muestra un hematoma cerebral agudo en la parte posterior del hemimesencéfalo derecho a nivel de los colículos, ante lo cual se comunica con el neurocirujano de guardia del Complejo Asistencial Universitario de xxx3 quien, tras valorar las imágenes del TAC, acepta el traslado para valoración y manejo.

Ya en el Servicio de Neurocirugía del hospital de xxx3 se le realiza nuevamente una resonancia magnética de cerebro completada con angiografía de resonancia magnética del polígono de Willis, detectando la presencia de lesión a nivel mesencefálica derecha hiperintensa en todas las secuencias que disminuye su intensidad de señal en secuencias específicas FFET2, que mide proximal de dos centímetros de diámetro máximo que era compatible con hematoma a ese nivel, sin otras alteraciones de interés. Durante su estancia evoluciona sin complicaciones manteniéndose hemodinámicamente estable y persistiendo una paresia del VI par izquierdo.

Dada la estabilidad clínica y radiológica y dado que no precisa cuidados neuroquirúrgicos específicos durante la estancia, se decide alta hospitalaria el 5 de enero de 2020 con un tratamiento adecuado y se le pauta una revisión con carácter preferente para completar su estudio de manera ambulatoria.

El dictamen médico emitido por la aseguradora de la Administración, al analizar el caso objeto de dictamen, valora las actuaciones llevadas a cabo por los Servicios de Emergencias y las dos asistencias posteriores prestadas por el servicio de atención primaria. En lo que respecta a la atención sanitaria llevada a cabo por el Centro Coordinador de Emergencias, considera que se cumplió el protocolo y que la gestión de recursos sanitarios por el Servicio de Emergencias 112 fue correcta, puesto que se asignaron los recursos indicados y el tiempo de respuesta fue el adecuado.

En cuanto a las asistencias llevadas a cabo por el servicio de atención primaria, valora dos actuaciones: la efectuada el 19 de diciembre y la posterior de 23 de diciembre de 2018.



Toma como punto de partida la consideración de que la medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para, con base en él, intentar cuadrar la sintomatología del paciente con dicho diagnóstico, sino que su labor es justo la contraria. En este sentido dispone que: "la medicina asistencial está basada en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica. En base a esta hipótesis, se establece un procedimiento diagnóstico, en el que pueden incluirse exploraciones más complejas o complementarias (analíticas, pruebas de imagen, técnicas endoscópicas, intervencionistas quirúrgicas). Resulta inadecuado juzgar la actuación médica realizada en el pasado, desde una perspectiva del caso a posteriori, cuando el diagnóstico ha sido ya confirmado. Lo que debe valorarse, es si en el momento en que se efectuó la atención médica, y con los datos disponibles, se estableció un procedimiento adecuado y de acuerdo a la *lex artis*.

»En la valoración pericial de un proceso es fundamental evitar el sesgo de visión retrospectiva: La tendencia a creer, después de conocer el resultado del mismo, que podríamos o deberíamos habernos anticipado, previniendo una consecuencia desfavorable".

En su informe considera que la hipótesis más probable es que el sangrado cerebral se produjera el 19 de diciembre de 2018, fecha en la que se produce la primera consulta y considera que cualquier otra hipótesis tendría poca verosimilitud. Añade además que no es posible conocer el origen de la lesión cerebral, si bien la ausencia de otras patologías previas o historia de exposición a tóxicos hace pensar que la hemorragia pueda encuadrarse en el grupo de las lesiones idiopáticas.

Considera que la atención médica llevada a cabo por el equipo sanitario de atención primaria los días 19 y 23 de diciembre de 2018 fue también correcta y ajustada a la *lex artis*. En la misma línea se pronuncia el informe de la Inspección Médica, que señala que "La asistencia sanitaria dispensada por los servicios médicos fue correcta en tiempo y forma, inmediata y por el servicio de urgencias, aplicando todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento en el contexto del momento y circunstancias en que se efectuó la asistencia, es decir acorde con la clínica y la exploración que presentaba el paciente.

»Se considera que la asistencia prestada los días 19 y 23, fue adecuada y acorde con la situación del paciente".



Respecto a la alegada pérdida de oportunidad por el diagnóstico y tratamiento dispensado al paciente, el informe de la aseguradora incide en que, de haberse realizado el diagnóstico del sangrado cerebral el 19 de diciembre de 2018, el manejo del proceso habría sido el mismo y las secuelas no habrían sido diferentes. El informe señala expresamente que "No existe empeoramiento en el pronóstico ('pérdida de oportunidad terapéutica') en relación con la praxis médica". De su informe es además importante destacar que, respecto al tipo de accidente cerebrovascular sufrido, afirma que "hasta la fecha, ninguna medida específica ha demostrado clara utilidad en el tratamiento médico de la hemorragia intracerebral, a diferencia de los ictus isquémicos".

Por tanto, se afirma que la actuación habría sido la misma con un diagnóstico realizado horas o días antes. Así, en el Complejo Asistencial Universitario de xxx3 se realizó un seguimiento y control de posibles complicaciones, pero sin llevar a cabo ninguna actuación más agresiva, pues durante el periodo en que permaneció ingresado en dicho centro no fue sometido a ningún tratamiento específico, sino que se le mantuvo en observación, inicialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente en la planta de hospitalización convencional del Servicio de Neurocirugía.

El dictamen de la aseguradora concluye que no existe relación de causalidad ni cierta, ni directa, ni total entre la praxis médica y las lesiones del enfermo y que, además, no existe empeoramiento en el pronóstico ("pérdida de oportunidad terapéutica") en relación con la praxis médica.

Esta misma conclusión se extrae del informe de la Inspección Médica.

Por las razones expuestas, se considera que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, puesto que se siguieron los protocolos de actuación establecidos y las decisiones médicas tomadas fueron correctas y acordes a la situación concreta que presentaba el paciente en cada momento.

Como señala la Sentencia 23/2018, de 6 de febrero, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Contencioso-administrativo de Burgos, con cita de la Sentencia de 15 de diciembre de 2014, de la Sala de Valladolid del mismo tribunal, "con carácter general hemos de poner de manifiesto la improcedencia de reproches asistenciales que se fundan en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado luego conocido, incurriendo así en la prohibición de regreso a la que esa Sala se ha



referido en varias ocasiones -por todas, Sentencia de 22 de noviembre de 2013, recurso 741/2010, doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico”.

Por otro lado, las afirmaciones contenidas de los informes médicos de la Administración no han sido desvirtuadas por las alegaciones del reclamante que, aunque cuestiona la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no han sido avaladas por informe alguno y ceden, por tanto, frente a la rotundidad de las opiniones técnicas señaladas.

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, que no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido tardíos o inadecuados, por lo que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.