



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de noviembre de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 555/2022

I ANTECEDENTES DE HECHO

El día 11 de octubre de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, que a su vez representa a su hijo D. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a la esposa y madre de los reclamantes, Dña. yyy4.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 13 de octubre de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 555/2022, 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. Herrera Campo.

Primero.- El 31 de octubre de 2019 Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, que reclama en su nombre y actúa también en el de su hijo D. yyy3, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica por considerar que la asistencia sanitaria prestada en su Centro de Salud a Dña. yyy4, esposa y



madre de los reclamantes, no fue conforme a la *lex artis ad hoc* y estuvo relacionada con su fallecimiento.

Según exponen, el 2 de noviembre de 2018 Dña. yyy4, de 58 años de edad, acudió al Centro de Salud de xxxx. Se aporta resumen cronológico de consultas, en el que en la referida fecha constan las siguientes anotaciones: "Desde hace dos días afonía y odinofagia con fiebre de 39º C orofaringe hiperemia AP CMV simétrico no ruidos patológicos SINDROME GRIPAL. Rec: Algídol 650/10/500MG 20 sobres granulado para solución oral (2)".

El 4 de noviembre de 2018 se produce el fallecimiento de la Sra. yyy4 en su domicilio. Lo que según los reclamantes tuvo lugar a resultas de la negligente actuación médica en los días previos, pues se realizó un diagnóstico erróneo y se prescribió un tratamiento inadecuado. En este sentido alegan que el informe médico forense de la autopsia realizada, en el que se concluye que se trata de un caso de "muerte natural de origen cardiaco", señala que: "Para producirse una muerte que sucede de una forma tan súbita, la finada debía haber estado cansada los días anteriores y con síntomas de cierta asfixia por no poder manejar el volumen sanguíneo pulmonar por empezar el corazón a ser insuficiente, razón por la cual la sangre se va estancando progresivamente en los pulmones y el corazón comienza a estar insuficiente para manejar el volumen sanguíneo".

No cuantifican la indemnización que reclama, si bien se remiten al baremo de indemnizaciones en accidentes de circulación a efecto de su valoración.

Adjuntan a su reclamación el informe médico forense de la autopsia y el resumen cronológico de consultas ya citados, así como poder de representación otorgado a favor D. yyy2, y autorización de éste a favor de letrado para formular la presente reclamación.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica de la paciente, informes de 18 de diciembre de 2019 y 4 de febrero de 2020 emitidos por el facultativo que le prestó asistencia el 2 de noviembre de 2018; así como informes de la Inspección Médica de 17 de febrero de 2020 y médico pericial de la aseguradora de la Administración de 24 de marzo de 2020.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia a la parte reclamante, el 9 de octubre de 2020 se presentan alegaciones en las que se reiteran los



términos del escrito de reclamación. Rebaten las consideraciones vertidas en los informes médicos, y defienden la relevancia del informe médico forense.

Cuarto.- El 19 de octubre de 2020 la Inspección Médica emite informe contestando a las alegaciones presentadas.

Quinto.- Concedido nuevo trámite de audiencia a la parte reclamante, el 7 de julio de 2022 se presenta escrito de alegaciones en el que reproducen su argumentación.

Sexto.- El 12 de julio de 2022 la Inspección Médica emite nuevo informe ratificando el contenido de los informes anteriormente emitidos.

Séptimo.- El 14 de septiembre de 2022 se formula propuesta de orden en la que se desestima la reclamación, por entender que la asistencia prestada no vulneró la *lex artis*, ni se ha acreditado error diagnóstico.

Octavo.- El 28 de septiembre 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 el título IV, "De las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común", de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.



No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo de instrucción del procedimiento. 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 (LRJSP), como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad, legitimación y representación exigidos por la referida LPAC. 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 LPAC.

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 LRJSP, a la que se remite, de forma genérica, 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) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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 actividad, en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y



el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra 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 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, 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 en el supuesto que se somete a informe la asistencia sanitaria prestada resultó ajustada o no a las exigencias de la *lex artis*.

La parte reclamante considera que existe una deficiente asistencia sanitaria, pues en el Centro de Salud se incurrió en un error en el diagnóstico, al valorar incorrectamente la clínica que la paciente presentaba, no dándose la importancia suficiente a los síntomas que mostraba. En concreto, se afirma que el 2 de noviembre de 2018 aquella presentaba una sintomatología propia del infarto masivo (cansancio los días anteriores y con síntomas de cierta asfixia), por lo que procedía la administración del oportuno tratamiento preventivo, a fin de evitar el fatal desenlace a los dos días siguientes. Sin embargo, fue diagnosticada de síndrome gripal, y se le pautó Algidol (paracetamol + codeína + ácido ascórbico). El informe médico de autopsia codifica el fallecimiento como categoría 113 del CIE10, que es para enfermedad cardiorenal hipertensiva.

La Administración sanitaria, por el contrario, considera que la asistencia prestada fue acorde a la *lex artis*, puesto que la actuación médica fue la apropiada en virtud de la exacta sintomatología presentada por la paciente en ese momento.

Para determinar si existe responsabilidad de los servicios sanitarios, además de señalar que en estos supuestos la carga de la prueba incumbe a



la parte reclamante, es preciso verificar si la asistencia que recibió era la adecuada a la patología que presentaba.

Es preciso señalar que la fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica, a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso que se efectúan progresivamente. Así pues, es un proceso complejo en el que intervienen muchos factores, y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. Respecto al error de diagnóstico, es importante advertir que, para que este sea generador de responsabilidad, es necesario que, atendidas las circunstancias del caso y, en particular, el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico, y que este, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico -o bien su error o retraso- sea imputable a la Administración y, por ello, que sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

Asimismo, ha de valorarse la asistencia sanitaria prestada en función de las circunstancias concurrentes en ese momento, no de modo retrospectivo con base en el resultado luego conocido.

Dicha tarea requiere en primer término examinar el contenido del informe emitido por el doctor que prestó la asistencia sanitaria en el Centro de Salud, a cuya actuación imputa la parte reclamante el daño producido. Así, informa que la paciente únicamente presentó afonía y odinofagia, con fiebre de 39°C. En la exploración clínica complementaria apreció orofaringe hiperémica, y en la auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado, simétrico y sin ruidos patológicos, de manera que la paciente presentaba un cuadro clínico compatible con el diagnóstico de síndrome gripal. Por lo demás, señala que en su historial médico no consta antecedente de enfermedad cardiorrenal hipertensiva, ni tampoco antecedentes de hipertensión, cardiológicos o de patología renal.

El informe de Inspección Médica en sus conclusiones considera correcta la actuación del médico de Atención Primaria, y propone la desestimación de la reclamación. Indica que "No hay constancia en la Historia Clínica Electrónica ni en la propia reclamación presentada por sus



herederos de que D^a yyy4 acudiera con cansancio, disnea o cualquier otro síntoma atípico. De haber sucedido este hecho, se habría hecho constar en la Historia Clínica Electrónica y podría haberse actuado en concordancia con estos aspectos.

»De la autopsia se deduce que la paciente padecía una enfermedad coronaria, con múltiples micro infartos sucedidos con anterioridad que no estaban diagnosticados, y, por lo tanto, no figuraban entre los antecedentes de la paciente (3.1.;4.9.).

»La paciente, al sufrir un infarto masivo que afecta prácticamente a todo el corazón tuvo una muerte súbita. Es imposible saber cuántos días antes podría estar sufriendo síntomas prodrómicos, pues esa información no se detectó para registrarla en la historia clínica ni en el día 2 de noviembre de 2018 y actuar en consecuencia, ni en los días previos o posteriores puesto que no hay constancia de que acudiera a consulta médica”.

Del mismo parecer participa el informe médico pericial de la aseguradora de la Administración, que no aprecia negligencia en la actuación médica, que califica como “correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”, porque “Cuando acudió al centro de salud no tenía un infarto agudo de miocardio que apareció dos días después y fue la causa de la muerte súbita de la paciente”. Y señala que: “3. La enferma falleció por un infarto agudo de miocardio con rotura cardiaca que produjo un hemopericardio. La rotura cardiaca por infarto agudo de miocardio es una situación con una mortalidad cercana al 100 % y no hay forma de prevenirla.

»4. El infarto agudo de miocardio aparece repentinamente y por tanto la enferma no podía presentar ninguna manifestación del mismo cuando consultó en el centro de salud dos días antes. Cuando se acompaña de rotura cardiaca da lugar a una muerte súbita. Por ello decimos que este infarto no tiene ninguna relación con el motivo de consulta dos días antes. (...)

»6. La paciente no tendría por qué presentar sintomatología en los días anteriores como dice el informe de la autopsia, por la simple razón que en los días anteriores no existía la situación de fracaso ventricular”.

Así pues, parece claro que el informe médico forense en el que la parte reclamante basa sus pretensiones ha quedado parcialmente



desvirtuado por los referidos informes de la Inspección Médica y médico pericial de la aseguradora de la Administración. Y ello porque ambos argumentan que existen aspectos del informe de autopsia que no se corresponden con los datos de la historia clínica, y además coinciden en que la patología que sufría la paciente era una cardiopatía isquémica que no estaba diagnosticada con anterioridad.

En conclusión, debido a la inexistencia de relación causal entre los daños alegados por los reclamantes y la asistencia sanitaria prestada, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, que a su vez representa a su hijo D. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a Dña. yyy4, esposa y madre de los reclamantes.

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