



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 2 de febrero de 2023, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1 en nombre y representación de D. yyy2 y Dña. yyy3, D. yyy4 y Dña. yyy5*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 641/2022

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 28 de noviembre 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 D. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, Dña. yyy3, D. yyy4 y Dña. yyy5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hijo y hermano fallecido, D. yyy6.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 1 de diciembre de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 641/2022, 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 20 de enero de 2020, D. yyy1 en nombre y representación de D. yyy2, Dña. yyy3, D. yyy4 y Dña. yyy5, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración de la Comunidad, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hermano e hijo D. yyy6 (fallecido el 27 de enero de 2019) en



el centro de salud de xxx1 y en el Complejo Asistencial Universitario de xxx2, desde el 16 de enero hasta la fecha del fallecimiento. Manifiesta que tal asistencia fue deficiente, en relación con la hemorragia cerebral de 12 días de duración que provocó el fallecimiento del paciente y que no fue diagnosticada en ningún momento.

Los daños se valoran en un total de 200.000 euros.

Se adjunta a la reclamación diversa documentación médica relativa al paciente, así como el informe forense tanto preliminar como definitivo de la autopsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de xxx2 y xxx3, en el seno de las Diligencias Previa 157/2019, seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 5 de xxx2.

No consta que se haya adjuntado ningún dictamen pericial.

Segundo.- Se han incorporado al expediente, además de la historia clínica del paciente, tanto de Atención Primaria como Especializada, un informe de la Inspección Médica, un informe de la compañía aseguradora de la Administración, un informe emitido por especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud de xxx1, y un informe emitido por el jefe del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx2.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia el 15 de abril de 2021, que se reiteró el 21 de abril, con remisión del expediente completo al reclamante el 18 de junio, el mismo presenta alegaciones el 9 de julio siguiente, en las que básicamente se reafirma en su reclamación inicial, incidiendo una vez más en los antecedentes hipertensivos del paciente, y en la relación entre la causa de la muerte y una hemorragia subaracnoidea centinela que se prolongó durante varios días sin detectarse ni diagnosticarse debidamente.

A la vista de tales alegaciones se emite informe complementario por la Inspección Médica el 15 de julio de 2021, y se da traslado del mismo al reclamante, que presenta nuevas alegaciones el 5 de agosto siguiente.

Cuarto.- El 19 de octubre de 2022 se formula propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 20 de octubre de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.



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 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 (LPAC).

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación (20 de enero de 2020) hasta que se realiza la propuesta de orden (19 de octubre de 2022), transcurriendo con creces el plazo de seis meses recogido en el artículo 91.3 de la LPAC. 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la 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.



Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC. La reclamación se interpone el 20 de enero de 2020, y el fallecimiento del paciente acaeció el 27 de enero de 2019.

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 además 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) 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 la 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 haya presentado 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 se pueda producir.

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.

A mayor abundamiento 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, corresponde valorar si la asistencia sanitaria prestada a la reclamante se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

Se interpone la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al entender el reclamante que se ha producido un error y un retraso en el



diagnóstico, ya que habiéndose producido el fallecimiento del paciente, tal y como queda apuntado en los antecedentes de hecho, por una hemorragia cerebral masiva, esta habría sido consecuencia, según afirma, de una hemorragia subaracnoidea centinela (en adelante HSA), repetida durante varios días, y que no fue ni diagnosticada ni tratada tanto en tiempo como en forma por los servicios públicos de salud, ignorándose también otra sintomatología previa al deceso, como la de cefalea o cervicalgia. Además, sostiene que no se han tenido en consideración los antecedentes de hipertensión arterial del paciente (en adelante HTA), señalando a estos como un factor de riesgo.

Con relación al error de diagnóstico, conviene tener presente 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 cuyas primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser o no descartadas.

Respecto a este error de diagnóstico es importante advertir que, para que el mismo 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 éste, 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 (por todos, el Dictamen de este Consejo 449/2019, de 10 de octubre, o el 203/2020, de 21 de julio).

Este Consejo Consultivo, además, ha acogido la doctrina del Consejo de Estado sobre el error de diagnóstico, al considerar que la Administración ha de aplicar las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, e incluso un error de diagnóstico no conlleva automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia, u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.



En el supuesto sometido a consideración, y en primer lugar, conviene destacar, por lo que respecta a la HTA del paciente, que, tal y como destacan todos los informes médicos existentes a lo largo del expediente, y señala asimismo la propuesta de resolución, tal HTA no está recogida en la historia clínica. No obstante, sí es cierto que de la documentación médica presentada junto a la reclamación se pueden extraer registros de tensión arterial por encima de 140/90 mmHg desde el año 2003, concretamente en los informes emitidos como consecuencia de los reconocimientos médicos realizados en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social ssss.

Sin embargo, los parámetros recogidos (rangos máximos de presión sistólica entre 150-140 y de presión diastólica entre 90-100) indicarían, en cualquier caso, que se trataría de una HTA de grado I o leve, según criterios de la propia Organización Mundial de la Salud, del JNC y de la ESH/ESC.

Pues bien, de acuerdo con el informe de la Inspección Médica y con el del especialista en medicina familiar y comunitaria del centro de salud, las recomendaciones que se dan para el tratamiento de la hipertensión de grado I son los cambios en el estilo de vida, e inicio de tratamiento farmacológico solo en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto, con enfermedad renal, o con lesión de órganos diana. Por tanto, según el citado informe de la Inspección Médica, en el caso del paciente a que se refiere este supuesto "no estaba recomendado el tratamiento farmacológico siendo la actuación de los servicios sanitarios de salud ajustada a la *Lex Artis*".

Además, esta HTA no guardaría ningún tipo de relación con la causa del fallecimiento del paciente, esto es, con la hemorragia subaracnoidea masiva. Así el informe pericial emitido a instancias de la aseguradora de la Administración afirma claramente que "la HTA solo debe ser considerado un factor de riesgo para la HSA aneurismática y que no existe evidencia que soporte esta misma afirmación para cualquier otro tipo de HSA, como es el caso de este paciente que sufrió una HSA de origen desconocido, en el que se descartó por medio de la autopsia que fuera debida a la rotura de un aneurisma".

En este sentido el informe del especialista en medicina familiar y comunitaria destaca sobre este nexo de causalidad que "No conozco a pesar de ser un especialista en medicina familiar y comunitaria ningún estudio o ensayo con fuerza probatoria para mantener tal tesis y mucho menos con los conocimientos de hace ya varios años, puede que en el futuro exista pero



actualmente no. Ni siquiera en el caso de otros *ictus*, el tratamiento exquisitamente pautado garantiza la ausencia de ictus ni de infarto...”.

En cuanto a la causa del fallecimiento, el informe de autopsia definitivo, de 11 de septiembre de 2019, señala que “De los datos recabados y hallazgos macroscópicos tenemos que indicar que nos encontramos ante una muerte natural que tiene su origen en un accidente cerebro vascular agudo, como es la hemorragia cerebral que ocasionó la muerte de forma inmediata al afectar a los centros vitales encefálicos...”. Como ya se ha señalado anteriormente, el reclamante señala en su escrito inicial que tal hemorragia cerebral traería causa de una HSA, que se habría producido unos días antes del fallecimiento. No obstante tal aseveración es refutada por el informe pericial emitido a instancias de la aseguradora de la Administración, emitido por especialista en Neurología, y que establece que “Es altamente improbable que la hemorragia que causó la muerte del paciente pudiera haberse producido 12 días antes, ya que la cuantía del sangrado y la extensión al sistema ventricular, generó una situación de hipertensión intracraneal aguda muy grave que es incompatible con la vida en cuestión de unas pocas horas. El dato de los 12 días está entresacado del informe histopatológico de la autopsia, que estima el tiempo que puede llevar la sangre extravasada en el cerebro que se examina, aunque se obvia intencionadamente, que este informe establece un rango entre 6 horas y 12 días”.

Por otro lado, en cuanto a los síntomas que venía padeciendo el paciente los días previos al fallecimiento, y que motivaron su asistencia tanto en su centro de salud como en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx2, pueden resumirse en la siguiente secuencia de acontecimientos:

- El 9 de enero de 2019 el paciente consultó con su centro de salud por un cuadro de cefalea sin respuesta a analgésicos habituales.

- El 16 de enero de 2019 acudió a Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx2 por dolor cervical espontáneo no traumático derecho, refiriendo tortícolis los días previos.

- El 18 de enero de 2019 acudió a consulta de su médico de atención primaria (MAP) por cervicalgia.



- El 20 de enero de 2019 acudió de nuevo a Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx2 por cefalea espontánea no traumática, persistencia de dolor cervical y cefalea a pesar de tomar el tratamiento pautado en urgencias el 16 de enero.

- El 25 de enero de 2019 acudió a consulta de su MAP. Tras toma de tensión arterial, se le citó para nueva toma en 15 días. El paciente se encontraba mejor, tras acudir el 23 de enero a un fisioterapeuta. Su familia refiere esa mejoría también el día 26, así como el 27, día en que sin embargo se produce su fallecimiento cuando se encontraba solo en casa.

Respecto de dicha sintomatología previa, tanto el informe de la Inspección Médica como el dictamen pericial emitido a instancias de la aseguradora de la Administración coinciden en rechazar que la misma tenga relación con la hemorragia cerebral del día 27 de enero de 2019, que produjo el fallecimiento. Así, el dictamen pericial indica: "Otra cuestión a considerar es si la sintomatología que presentó el paciente los días previos lo que le llevó a consultar a su MAP, y en urgencias en dos ocasiones, pudo tener relación con la HSA que sufrió el día 27 de enero, y por tanto haber realizado un diagnóstico más precoz. Esto solo es contemplable en el caso de que el paciente hubiera sufrido un sangrado de menor cuantía (hemorragia centinela). Como suele ocurrir en estos casos, tampoco la clínica suele ser tan sugestiva, siendo habitual que estos sangrados iniciales de escasa cuantía cursen de forma más insidiosa e inespecífica, lo que dificulta enormemente el diagnóstico precoz. Esta posibilidad no es descartable, ya que el paciente nunca presentó una clínica sugestiva de una HSA, es más, el síntoma guía fue más un dolor cervical que una cefalea intensa y explosiva. En cualquier caso, el paciente nunca presentó signos de alarma que hicieran necesario realizar pruebas de neuroimagen".

Por su parte, el informe de Inspección Médica destaca: "En el contexto de paciente que va a Urgencias, con cefaleas y cervicalgia, refiriendo torticolis los días previos, negando traumatismo o sobre esfuerzos sin otra clínica de sospecha neurológica, manifestando a la exploración dolor a nivel de musculatura paravertebral/cervical y a los últimos grados de movimiento y con buena respuesta a la analgesia administrada, es razonable no pensar en un proceso expansivo de origen cerebral. En este caso la cefalea al ir asociada a cervicalgia y a contractura para vertebral cervical, la conclusión médica, es pensar que, en ausencia de otra sintomatología neurológica, la cefalea sería consecuencia de esa contractura. Por ello, la asistencia prestada fue la adecuada sin que en ese momento se apreciara otra patología que una



de origen traumatológico no considerándose por ello necesaria la realización de otra prueba diagnóstica adicional atendido el resultado de la exploración y la información facilitada por el propio paciente”.

Además, el informe de 17 de marzo de 2021 emitido por el jefe de Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx2 viene a confirmar tales conclusiones:

“En la exploración física no se aprecian más alteraciones que dolor a la palpación de la musculatura paravertebral cervical bilateral, siendo el resto de exploración, incluida la neurológica y la vascular, normales.

»Se le realizan nuevas radiografías, que no muestran cambios respecto a las del día 16 de enero de 2019 y se le administra metamizol, con mejoría sintomática, por lo que es dado de alta con diagnóstico de cervicalgia, modificándole el tratamiento analgésico y recomendándole regresar a Urgencias en caso de notar síntomas de alarma (alteraciones sensitivas o motoras)”.

En definitiva, tal y como se recoge en la propuesta de orden, “el paciente nunca presentó clínica sugestiva de hemorragia, solo aquejaba de dolor cervical que producía cefaleas, pero nunca refirió cefalea intensa explosiva. Además, los padecimientos cedían con tratamiento. Por lo tanto, no estaba indicada la necesidad de realizar TAC”.

Finalmente, en cuanto al concreto reproche relativo a la vulneración de la *lex artis*, hay que tener presente, como recuerda la Sala de lo Contencioso-administrativo (de Valladolid) del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en Sentencia de 3 de mayo de 2021 (recurso 303/2019), que “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento ninguna prueba pericial o criterio técnico que sirva para apoyar los reproches que se dirigen contra la Administración Sanitaria, y que básicamente se concretan en un error y retraso diagnóstico y una vulneración de la *lex artis*.



Por tanto, teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, puede concluirse que la asistencia médica prestada al paciente fue correcta, y que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico, según ha quedado expuesto, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

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. yyy1 en nombre y representación de D. yyy2, Dña. yyy3, D. yyy4 y Dña. yyy5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hermano e hijo fallecido, D. yyy6.

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