



Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero
Sra. Ares González, consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 8 de febrero de 2024, ha examinado *el expediente 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 16/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 10 de enero de 2024 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. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de enero de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 16/2024, 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 presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la consejera Ares González.

Primero.- El 24 de abril de 2019 D. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración de la Comunidad por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

Manifiesta que "el 7 de mayo de 2018, ante la disconformidad (con) el diagnóstico y (con) medidas tomadas por los profesionales sanitarios (del



Complejo Asistencial Universitario de xxxx), decide acudir a la Clínica hhhh, situada en Madrid, con el fin de conseguir una segunda opinión médica profesional". Afirma que "el equipo de cirugía vascular de dicha clínica, tras su valoración, diagnostica los episodios presentados desde el 24 de abril de 2018 como probable síndrome Paget-Schröter, considerando la necesidad inmediata y urgente de llevar a cabo una fibrinólisis fármaco mecánica (...). El 9 de mayo se realizó la intervención (...)".

Añade que el 22 de mayo de 2018 realizó una reclamación a la Gerencia Territorial de Salud de Área de xxxx en la que solicitó el pago de los gastos sanitarios y del resto de gastos médicos generados; y que por resolución de la gerente de salud del Área de xxxx de 2 de noviembre de 2018 se desestimó la citada solicitud.

El interesado fija la cuantía indemnizatoria en 20.731 euros por los siguientes conceptos: costas sanitarias en clínica privada (20.407 euros) y gastos correspondientes al alojamiento de acompañantes (324 euros).

Incorpora a su reclamación informes médicos, facturas de la Clínica hhhh, justificantes de pago (por importes de 8.800 euros, 6.000 euros, 5.437 euros y 170 euros) y factura de hotel (324 euros).

Segundo.- Además de la historia clínica del paciente, al expediente se incorporan los siguientes informes:

- Informe de la inspectora de la Gerencia Regional de Salud de 11 de julio de 2018.

- Informe del jefe de la División de Asistencia Sanitaria e Inspección de 13 de julio de 2018.

- Informe de la jefa de sección del Servicio de Hematología del Complejo Asistencial Universitario de xxxx de 31 de mayo de 2019.

- Informe del coordinador de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx de 4 de junio de 2019.

- Informe del jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Asistencial Universitario de xxxx de 5 de junio de 2019.



- Informe de responsabilidad patrimonial emitido por la médico inspectora el 27 de agosto de 2019.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, no consta en el expediente la presentación de alegaciones.

Cuarto.- El 28 de diciembre de 2023 se formula propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Quinto.- El 4 de enero de 2024 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 (LPAC), 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 (24 de abril de 2019) hasta que se formula la propuesta de orden desestimatoria de la Consejería de Sanidad (28 de diciembre de 2023). 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

Por otro lado, este Consejo considera conveniente precisar que la solicitud de reintegro de los gastos sanitarios presentada por el interesado el 22 de mayo de 2018, tras su desestimación en vía administrativa y la correspondiente interposición de reclamación previa a la vía judicial laboral (también desestimada), fue tramitada el 24 de abril de 2019 como una reclamación de responsabilidad patrimonial en aplicación de la doctrina jurisprudencial recogida en la sentencia de 30 de diciembre de 2010 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

3ª.- Concurren en el reclamante 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.

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 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 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 sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico como es el caso que nos ocupa.



Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo 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 éste 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, debe valorarse si la asistencia sanitaria prestada al reclamante se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

Los informes médicos que integran el expediente acreditan que el 24 de abril de 2018 el reclamante, tras presentar un edema en miembro superior derecho de ocho horas de evolución, acude al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx donde se efectúa exploración general, vascular, se realiza un TAC y un ECO-doppler y, finalmente, es



diagnosticado de trombosis venosa profunda subclavia en miembro superior derecho.

El 25 de abril se da de alta al paciente con tratamiento anticoagulante y se fija consulta externa de cirugía vascular el 22 de mayo para revisión.

El 28 de abril el interesado ingresa en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx. Consta como motivo del citado ingreso: mareo inespecífico sin dolor torácico, no focalidad, no vómitos ni alteración de la marcha, así como disestesias en mano derecha, que disminuyen al aflojar el vendaje.

En los términos que se exponen en los antecedentes de hecho, el reclamante, ante la disconformidad con el diagnóstico y con las medidas tomadas por los profesionales sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, decide acudir a la Clínica hhhh. El 9 de mayo de 2018 es diagnosticado, en la citada clínica privada, de trombosis venosa profunda de miembro superior derecho e intervenido quirúrgicamente con recanalización del segmento afectado y fibrinólisis farmacomecánica, bajo anticoagulación sistémica.

El interesado afirma que la deficiente atención recibida en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx motivó que tuviera que acudir a la clínica privada, por lo que solicita el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados.

Expuestos los hechos, procede analizar si existe nexo causal directo entre las causas alegadas y los gastos sanitarios reclamados por el paciente, y si estas circunstancias determinan un incumplimiento de la *lex artis* y de los protocolos médicos vigentes.

El informe de la inspectora médica de agosto de 2019, tras detallar las actuaciones médicas practicadas y valorar los informes que obran en el expediente, emite las siguientes consideraciones:

“Que el asegurado (...) fue ingresado desde Urgencias del HUBU en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular el 24 de abril de 2018, con diagnóstico de TVP (axila-subclavia derecha).

»Que el 10 % de todos los casos de trombosis venosa profunda ocurren en extremidades superiores, siendo las venas más frecuentemente involucradas las subclavias-axilares.



»Que mediante TAC se descarta la posible existencia de una costilla cervical y se valora tratamiento fibrinolítico.

»Que al día siguiente del ingreso es informado el paciente de las opciones terapéuticas y consecuencias de las mismas a corto y largo plazo (tratamiento conservador mediante anticoagulación y contención elástica inicial y/o tratamiento fibrinolítico para intentar disolver el trombo y posteriormente valorar, la liberación quirúrgica de la vena subclavia y/o stent de la misma).

»Que tras la decisión del asegurado de tratamiento conservador, el paciente fue dado de alta el 25 de abril de 2018 con discreta mejoría clínica gracias al vendaje compresivo y fecha de revisión en un mes, en la consulta externa de Cirugía vascular y Angiología.

»Que el paciente acude de nuevo a Urgencias el 28 de abril de 2018 por cuadro de mareo, no achacable al cuadro de trombosis venosa y disestesias en miembro superior que mejora al aflojar el vendaje.

»El 9 de mayo el paciente acude de forma privada a la Clínica hhhh”.

El citado informe, de manera concluyente, señala que la pretensión debe ser desestimada.

En el mismo sentido, el informe de la Inspección Médica de 11 de julio de 2018 (emitido en relación con el reintegro de los gastos solicitado por el reclamante en vía administrativa) indica que “estamos ante una asistencia en la Unidad de Radiología intervencionista (trombolisis fármaco-mecánica axilar) no urgente ni de carácter vital, por lo que se emite informe desfavorable a dicha solicitud”.

Este Consejo Consultivo se ha pronunciado, de forma reiterada, sobre el reintegro de los gastos médicos ocasionados en la sanidad privada. Con carácter general, en nuestro sistema sanitario no existe derecho de opción entre la sanidad pública y la privada; es una posibilidad que tiene carácter excepcional, que el interesado tiene que justificar y que debe valorarse cautelosamente para evitar conceder el reintegro de unas cantidades devengadas por cuidados médicos que podrían haberse prestado en el ámbito de la sanidad pública.



En determinados supuestos, tales como la urgencia vital, la denegación de asistencia sanitaria y el error diagnóstico, se justifica la imputación a la Administración competente de la responsabilidad de reintegrar el gasto ocasionado como consecuencia de la prestación sanitaria en el ámbito privado ante la necesidad de colmar aquella inasistencia o de superar el error producido.

Por ello, deben valorarse en cada caso las razones por las que el paciente abandonó voluntariamente la sanidad pública, así como si el tratamiento llevado a cabo en la sanidad privada consistió en una asistencia inmediata, urgente y de carácter vital.

En este supuesto, los informes médicos que obran en el expediente no acreditan una falta de diligencia o una actuación de dejadez o desidia de los servicios sanitarios públicos que motivara que el reclamante tuviera que acudir a la sanidad privada para que su salud no sufriera daños; y tampoco consta que haya mediado urgencia vital ni negativa injustificada al tratamiento en la sanidad pública. Por ello, el interesado debe asumir las consecuencias derivadas de su legítima decisión de acudir a la sanidad privada, pues otra solución implicaría en este caso que, a través del instituto de la responsabilidad patrimonial, se incumpliera la regulación legal relativa a los supuestos en los que, tratándose de personas con cobertura de la sanidad pública, procede abonar los gastos en la sanidad privada.

A mayor abundamiento, consta que el reclamante fue informado en todo momento de las diferentes opciones terapéuticas y de las consecuencias de estas y optó por el tratamiento más conservador.

En este sentido, el informe del jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, de 5 junio de 2019, señala que el 25 de abril de 2018 el paciente, junto con su familia, fue informado de las diferentes opciones terapéuticas:

“- Tratamiento conservador mediante anticoagulación y contención elástica inicial

»- Tratamiento fibrinolítico para intentar disolver el trombo y valorar posteriormente la necesidad de liberación quirúrgica de la vena subclavia y/o stent de la misma”.

El citado informe expone que también “se les informó de las posibles consecuencias a corto y largo plazo de ambas técnicas:



»- El tratamiento conservador conlleva una mayor incidencia de síndrome postrombótico, aunque en las extremidades superiores es más leve y menos incapacitante que en las inferiores y se le advirtió de que en caso de presentarlo, podría intentarse una recanalización de la vena subclavia en fase crónica de la trombosis. Fue informado de que la mejoría del edema de la extremidad sería progresiva.

»- El tratamiento fibrinolítico presenta una mayor tasa de repermeabilización inicial de la vena a costa de asumir un riesgo potencialmente grave (hemorragia intracerebral, sd. de hemólisis, ...) para la vida del paciente y con posibles secuelas incapacitantes”.

El expresado informe añade que “en todo momento se siguieron las Guías Clínicas (CHEST Guidelines 2016) que en su recomendación 27 sugieren que la anticoagulación es mejor que la trombólisis (Grado de evidencia 2C) aunque en pacientes jóvenes con bajo riesgo de sangrado deben ofertarse los dos tratamientos, como así se hizo.

»Tras la información, se dejó al paciente y la familia para que meditasen su decisión mientras continuamos con nuestra labor asistencial habitual, ofreciéndoles la posibilidad de resolver cualquier duda que se les presentase en el transcurso de la mañana.

»Ante la decisión de tratamiento conservador, el paciente fue dado de alta el 24 de abril de 2018 a la hora habitual de los pacientes ingresados, con discreta mejoría clínica gracias al vendaje compresivo y fecha de revisión en un mes en nuestras consultas externas.

»Al paciente se le recomienda contención elástica (vendaje de extremidad superior o media elástica) y se le remite a la Consulta Externa de Hematología para realizar un estudio de hipercoagulabilidad que pudiese estar implicado en la etiopatogenia de su trombosis.

»El paciente acude de nuevo a Urgencias el día [28 de abril de 2018] por cuadro de mareo que difícilmente puede achacarse al cuadro de trombosis venosa y disestesias en el miembro superior que mejoran al aflojar el vendaje”.



El reclamante no discute en el trámite de audiencia los citados informes médicos ni aporta prueba suficiente que acredite la deficiente atención sanitaria alegada.

Por lo expuesto, este Consejo Consultivo considera que en este supuesto no resulta probada la existencia de urgencia vital ni la denegación de asistencia sanitaria ni error en el diagnóstico que justifiquen la imputación a la Administración de la responsabilidad de reintegrar el gasto ocasionado al reclamante como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en la clínica privada. Por ello, se comparte el criterio seguido por la inspectora médica y se concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente resultó ajustada a la *lex artis ad hoc*, por lo que 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 en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx.

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