



Sr. S. de Vega, presidente y  
ponente

Sr. Ramos Antón, consejero  
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 18 de julio de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la solicitud presentada por Dña. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN 281/2024**

### **I**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 3 de junio 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 Dña. yyy1, en representación de Dña. yyy2, D. yyy3 y D. yyy4, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria prestada a la menor yyy5 en el Hospital hhhh de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 6 de junio de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 281/2024, 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 al consejero Sr. S. de Vega.

**Primero.-** El 14 de agosto de 2020, Dña. yyy1, en representación de Dña. yyy2, D. yyy4 y D. yyy3 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, por el fallecimiento de la menor yyy5, hija y hermana de los reclamantes, debido a la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital hhhh de xxxx. Solicitan una indemnización por el daño sufrido que cuantifica prudencialmente en 800.000 euros.



Requerida la subsanación de la solicitud por la Gerencia de Salud del Área de xxxx, el 18 de septiembre de 2020 se aporta documentación consistente en:

a) Escrito concretando los hechos que dan lugar a la reclamación, en el que se concluye que "Que el fallecimiento de yyy5 es consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria recibida por parte del Hospital hhhh de xxxx, por cuanto tuvo lugar un diagnóstico inicial tardío de la enfermedad, y porque se ha producido una manifiesta inobservancia de la *lex artis*, no detectando una enfermedad latente en la paciente hasta que ésta no alcanzó el grado máximo de su afección en la paciente".

b) Poder *apud acta* otorgado ante la funcionaria de la Gerencia de Salud del Área de xxxx por los reclamantes, actuando en su propio nombre y en el de su hijo menor de edad.

c) Copia de los DNI, copia compulsada del libro de familia y certificado de defunción de la menor fallecida.

d) Informes y documentación médica de la asistencia recibida por la menor en el Hospital hhhh de xxxx. Particularmente aporta los siguientes informes médicos:

- Informe médico de 16 de enero de 2013, de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital de xxxx, en el que consta como diagnóstico clínico pubarquia prematura. Se informa que está pendiente de realizar ecografía abdominal y se cita para noviembre de 2013.

- Informe de 27 de enero de 2014, relativo a la consulta de 13 de noviembre de 2013, de la misma unidad hospitalaria, indicando que la ecografía que estaba pendiente de la anterior revisión es informada el 16 de febrero de 2013 como ovarios normales, detectando masa suprarrenal de 44 mm y que en la consulta de 13 de noviembre se solicita gammagrafía con MIBG (no captación) y RM (masa suprarrenal izquierda), quedando pendiente nueva valoración endocrinológica en función de la Unidad de oncología infantil.

- Informe de alta de 17 de enero de 2014 del Servicio de Cirugía Pediátrica tras exéresis del tumor suprarrenal izquierdo realizada con fecha 13 de enero de 2014.



- Informe de 1 de febrero de 2014, del jefe del Servicio de Pediatría, en el que consta que se ha practicado estudio anatomopatológico con fecha 29 de enero y estudio molecular por el laboratorio de patología molecular de Valencia, concluyendo que "Con todos los datos obtenidos en las exploraciones realizadas y en los estudios biológicos el diagnóstico final es el de ganglioneuroblastoma nodular suprarrenal localizado, estadio I. Esto, junto a la no existencia de amplificación NMYC, hace que se recomiende después de la cirugía con resección completa seguimiento clínico y por imagen, no siendo preciso más tratamiento".

- Informe del Servicio de Radiodiagnóstico de 19 de enero de 2016 que tras ecografía abdominal concluye: "estudio ecográfico sin alteraciones significativas".

- Informe del Servicio de Urgencias Pediátricas de 6 de marzo de 2016, por dolor articular de cadera de 15 días de evolución.

- Informe del Servicio de Radiodiagnóstico de 9 de marzo de 2016, según el cual, tras radiografía de cadera (cadera AP y axial) "no se evidencia patología ósea aguda".

- Informe del Servicio de Medicina Nuclear de 31 de marzo de 2016, que tras estudio de cuerpo entero y SPECT/CT de abdomen con 123I-MIBG concluye "sin evidencia de recidiva y/o enfermedad residual".

- Informes del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica de 9 de mayo de 2016, en los que consta diagnóstico de "recidiva de tumor neuroectodérmico con infiltración de médula ósea", se indica que precisa recibir tratamiento quimioterápico los próximos 6-9 meses y cita para el 13 de mayo de 2016 para tratamiento.

- Informe de alta de 21 de mayo de 2016, tras ingresar el 13 de mayo, para recibir quimioterapia.

Por otra parte, consta en el expediente administrativo remitido que con fecha 20 de agosto de 2020, los familiares de la menor también han formulado reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio de Salud de la Generalitat Valenciana por el retraso en el examen y valoración de la muestra de médula ósea remitida por el Hospital La Paz de Madrid en mayo de 2016, desconociéndose el resultado de ese procedimiento (Expediente RP 235/2020).



**Segundo.-** El 30 de septiembre de 2020 la Gerencia de Área de xxxx nombra instructora del expediente de responsabilidad patrimonial. Con la misma fecha remite la reclamación a la Gerencia de Atención Especializada de xxxx solicitando la emisión de los correspondientes informes por los servicios/profesionales que hayan intervenido y donde presuntamente se haya ocasionado el daño. Asimismo, se notifica a los reclamantes que ha sido admitida su solicitud, así como el plazo máximo de resolución del mismo y el sentido desestimatorio del silencio transcurrido dicho plazo máximo.

**Tercero.-** El 23 de diciembre de 2020, la Gerencia de Atención Especializada remite informe del jefe del Servicio de Pediatría de 21 de diciembre de 2020 y tramitación realizada por el Servicio de Atención al Usuario, haciendo constar que se remiten a la Inspección Médica responsable de la instrucción del procedimiento los archivos correspondientes a la historia clínica de la menor.

En relación con los hechos reclamados, deben destacarse los siguientes que se hacen constar por el jefe del Servicio de Pediatría en su informe de 21 de diciembre de 2020 en relación con el diagnóstico inicial en el año 2013:

“(...) El día 12 de diciembre de 2012 se realiza el estudio analítico hormonal. El día 16 de enero de 2013 se realiza valoración de las pruebas recibidas hasta ese momento (analítica hormonal recibida en el Servicio de Pediatría el 20 de diciembre del 2012) que descarta toda enfermedad relacionada con la aparición temprana de vello antes de tiempo. En el momento de valorar las pruebas se consulta el resultado de la ecografía solicitada y la radiografía de mano izquierda. La radiografía de la mano está realizada y es normal, sin signos de alarma. La ecografía no está realizada y en el momento de realizar el informe clínico no consta fecha prevista para su realización. Se establece en ese momento el diagnóstico de pubarquia prematura, diagnóstico al que se llega tras objetivar normalidad de todas las hormonas y de la radiografía, que son las pruebas de primer nivel que se deben solicitar ante la aparición de vello en pubis antes de la edad normal. La ecografía solo es preciso su valoración una vez que se demuestran niveles elevados de hormonas (cosa que no ocurre en la paciente) para localizar el órgano de producción de dichas hormonas (...) Por tanto, en la primera consulta y con los resultados de las pruebas realizadas se ha descartado cualquier tipo de patología relacionada con la causa de la derivación de la paciente. En ese momento se especifica que la siguiente cita será en noviembre de 2013.



»Entre la realización del informe de resultados el día 16 de enero de 2013 y la realización de la siguiente cita (noviembre 2013) se produce la jubilación del facultativo responsable y sus pacientes son repartidos entre el resto de los facultativos de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital.

»Dado que no se tiene constancia de ninguna novedad o cambio en el proceso clínico de la paciente en este periodo, se realiza la consulta de seguimiento en la fecha prevista inicialmente (13 de noviembre de 2013). Esta consulta la realiza otro facultativo de la Unidad de Endocrinología del Servicio de Pediatría. En ella se vuelve a confirmar la normalidad de todas las pruebas hormonales (lo que descarta que la aparición de vello sea secundario a una patología que produzca una hiperproducción hormonal) y de la radiografía. Dado que en la historia clínica aparece la ecografía como pendiente se consulta el resultado. En la ecografía se reporta la aparición, de forma incidental y no relacionada con su pubarquia prematura, de "una masa sólida en topografía suprarrenal izquierda". Ese mismo día se realiza informe con los diagnósticos de "Pubarquia prematura" y "masa suprarrenal" y se contacta con la Unidad hematooncológica pediátrica (hospital de día) solicitando RM, MIBG, ecografía, nueva analítica y orina con catecolaminas. Recalamos que con la sintomatología con la que fue remitido a consulta la paciente (aparición de vello en pubis antes de tiempo) solo podía sospecharse "enfermedades productoras de andrógenos" que bajo ningún concepto era la enfermedad que acabo diagnosticándose posteriormente, que fue diagnosticada de una forma completamente accidental y no relacionada con la causa a la que fue derivada a consulta hospitalaria (...).

»Tras recibir interconsulta del Servicio de Endocrinología Infantil se realiza primera consulta en el Servicio de Hemato-oncología pediátrica el 23 de noviembre de 2013.

»La atención médica realizada, ajustada a la norma praxis y a la *lex artis*, incluyó anamnesis personal y familiar completa, exploración física completa, y realización de pruebas complementarias que incluyeron: hemograma, bioquímica, coagulación, proteínas plasmáticas, metabolismo del hierro, metabolismo lipídico, enolasa neuronal específica, catecolaminas en orina, gammagrafía con MIBG (29/11/2013), ecografía (12/12/2013; que demuestra estabilidad de la masa respecto a ecografía previa) y resonancia nuclear magnética abdominal (12/12/2013). El 12/01/2014 se realiza extirpación quirúrgica de la masa, con resección completa de la misma, sin complicaciones. Se envía muestra de la pieza tumoral al Servicio de Anatomía



Patológica de nuestro centro, así como al Laboratorio de Patología Molecular de la Facultad de Medicina de Valencia, centro de referencia nacional para el estudio de Neuroblastoma. Con todos los datos obtenidos y los estudios biológicos realizados se diagnostica el tumor como Ganglioneuroblastoma nodular suprarrenal, localizado, estadio I, sin amplificación de NMYC ni delección 11q. De acuerdo al protocolo de tratamiento del neuroblastoma de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas vigente en ese momento, se concluye que dada la resección completa y los resultados anatomopatológicos, se mantiene seguimiento periódico clínico, analítico y por imagen de la paciente”.

Respecto de la recidiva que se diagnóstica en mayo de 2016, el mismo informe indica lo siguiente:

“El 17 de marzo de 2016 la paciente acude a consulta por cuadro de 2-3 meses de evolución de fiebre intermitente asociado a síntomas constitucionales, dolores osteoarticulares y aumento de VSG en analítica realizada por su Pediatra. Ingresa del 05 al 11 de abril de 2016 para ampliar estudio complementario. Se completa estudio tras el alta realizándose el 18 de Abril una biopsia de médula ósea que es informada como infiltración difusa por célula redonda azul concordante con neuroblastoma. El 21 de Abril de 2016 en PET-TAC se aprecia incremento del metabolismo glicídico en adenopatías axilares izquierdas, glándula suprarrenal derecha y médula ósea compatible con infiltración tumoral. A finales de abril de 2016 tras los resultados de los estudios realizados, se deriva a la paciente al Hospital La Paz de Madrid para tratamiento con anticuerpo quimérico anti-0D2. El 4 de mayo de 2016 es valorada en Hospital La Paz, donde se realizan estudios complementarios y se administra primer ciclo de quimioterapia, derivándose posteriormente de nuevo a nuestro centro para continuar dicho tratamiento. Se decide completar protocolo de inducción en nuestro centro, hasta la fase de administración del anticuerpo antiGD2, momento en el que se realizaría nueva derivación al Hospital La Paz para continuar allí con dicho tratamiento.

»El 27 de junio de 2016 la familia acude a Hospital de Sant Joan de Déu para segunda opinión y valorar inclusión en un ensayo clínico de dicho centro.

»El 1 Agosto de 2016 se inicia la administración de un último ciclo de inducción, tras el cual se derivará a Hospital Sant Joan de Déu Barcelona para continuar tratamiento allí según deseo de la familia”.



**Cuarto.-** El 9 de febrero de 2021 el Servicio Madrileño de Salud remite documentación clínica correspondiente a la menor, relativa a la atención recibida en el hospital La Paz en mayo de 2016. Consta que se realizó punción de médula ósea y colocación de Port a cath. En el informe de alta el 7 de mayo de 2017 se hace constar que "La paciente es remitida a nuestro hospital para valorar tratamiento según el protocolo de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOPEN) para neuroblastomas de alto riesgo HR-NBL SIOPEN."

Según el mismo informe, la paciente no cumple los criterios para la inclusión en dicho protocolo al ser recidiva y no diagnóstico inicial, señalando también que:

"d. Se remite muestra de médula ósea al centro coordinador nacional del protocolo (*es el hospital La Fe, Valencia*) para revisión histopatológica centralizada y realización de estudios de biología molecular y enfermedad mínima residual (pendiente informe); Igualmente, se dispone de muestra para estudio NGS en el Instituto de Salud Carlos III.

»e. Ante la situación actual, se recomienda iniciar tratamiento quimioterápico de inducción según el protocolo de Alto Riesgo con ciclos COJEC. De acuerdo con la familia y el centro de referencia, se decide iniciar el tratamiento citostático en nuestro centro, continuando el mismo en el H. hhhh de xxxx".

**Quinto.-** El 25 de marzo de 2021 el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) remite al SACYL la documentación clínica relativa a la asistencia recibida en el mismo por la menor fallecida.

**Sexto.-** El 27 de abril de 2021 se emite un extenso informe por la Inspección Médica (151 páginas) al que incorpora 155 anexos (654 páginas), en el que concluye que "La actuación de los profesionales sanitarios del Hospital hhhh de xxxx que atendieron a yyy5, se ajustó en todo momento a la *lex artis*, no observándose negligencia ni mala práctica ni desatención en la asistencia sanitaria prestada a la paciente".

En la extensa descripción de los hechos deben destacarse los siguientes:

"(...) yyy5 tenía 9 años cuando fue diagnosticada de ganglioneuroblastoma nodular suprarrenal estadio I con N-MYC no amplificado y delección llq negativa con ocasión de una ecografía que se solicitó ante la



posibilidad de que la analítica hormonal de yyy5 que, estaba siendo estudiada por la aparición de vello en el pubis antes de tiempo, estuviera alterada, con el fin de descartar o confirmar una pubertad precoz periférica (...).

»En el caso que nos ocupa la niña se encontraba asintomática, la LDH se encontraba ligeramente elevada: 254 (rango de normalidad 135-214), el tumor estaba encapsulado, se había realizado resección completa en la cirugía, el índice MKI era bajo y en el estudio molecular no se evidenció amplificación del NMYC ni delección del 11q; histológicamente el 1 % eran células ganglionares y el 99% estroma. Por todo ello se consideró que no era preciso más tratamiento y se decidió realizar seguimiento regular clínico y por imagen (...).

»Una vez diagnosticado, el ganglioneuroblastoma fue intervenido y extirpado en su totalidad como demostró la anatomía patológica de la pieza extirpada, y se procedió a valorar los factores pronósticos del tumor para personalizar y prescribir el oportuno tratamiento. Según la clasificación INRGS la supervivencia libre de eventos a los 5 años del diagnóstico era para yyy5 superior al 85% al estar incluida en un grupo de riesgo muy bajo (...).

»La ecografía realizada el 5/02/13 evidenció una masa de 48 x 35 mm (inferior a 5 cm de diámetro); la RM (12/12/13) una masa de 51 x 41 x 48 mm (10 meses después de la fecha en que se realizó la ecografía: 5,1 cm). La cirugía (13/01/2014) fue radical, se extirpó en su totalidad el tumor, la pieza quirúrgica extirpada remitida a anatomía patológica de 75x45x30 mm, incluía una zona nodular de 23 mm (neuroblastoma nodular, encapsulado, pobremente diferenciado con extensa necrosis y calcificación, MKI bajo), y el resto que era tejido peritumoral y estaba compuesto por tejido conectivo con elementos epiteliales adrenales residuales. Los 10-11 meses que transcurrieron desde que se realizó la ecografía y de forma incidental se detectó el ganglioneuroma hasta que fue extirpado en su totalidad muy probablemente nada tuvo que ver con la evolución de la patología en la paciente.

»Como ya se ha dicho anteriormente el diagnóstico fue casual, porque se solicitó una ecografía para descartar otra patología (pubertad precoz). El hallazgo ecográfico incidental que evidenció una lesión en suprarrenal izquierda fue etiquetado de ganglioneuroblastoma nodular suprarrenal izquierdo estadio I, N-MYC no amplificado, delección 11 q negativa. Fue extirpado completamente en enero 2014, como lo confirma la anatomía patológica realizada en la pieza quirúrgica. Se realizaron revisiones periódicas





posteriores con controles analíticos y ecográficos normales, los días 19/03/14, 07/04/14; 17/06/14; 23/06/14; 22/09/14; 06/10/14; 8 y 15 de junio de 2015.

»El 28/01/2016 aquejó ante su pediatra de AP dolor en cadera izda y codo derecho. En la exploración: dolor localizado a la palpación en cadera izquierda y dolor e impotencia funcional en pierna izda, la radiografía de cadera y fémur que se le realizó no objetivó hallazgos óseos significativos y en el resultado de la analítica 4/02/2016, destacaba una VSG de 50.

»En la revisión realizada en el Hospital de Día el día 17/03/2016 la paciente y sus padres refirieron cuadro de 2-3 meses de evolución de fiebre intermitente asociado a síntomas constitucionales, dolores osteoarticulares y aumento de VSG en una analítica realizada por su Pediatra de AP. Estaba pendiente de valoración por Reumatología, especialidad a la que había sido derivada desde su Centro de Salud por el cuadro clínico y por los antecedentes familiares maternos. Fue ingresada desde el 05/04/16 al 11/04/16 para ampliar estudio complementario y dados los antecedentes familiares con patología reumatológica, se valoró la posibilidad de que yyy5 estuviera desarrollando una enfermedad reumatológica versus autoinflamatoria por lo que se solicitó estudio genético a Barcelona que resultó negativo, motivo por el que ante la sospecha de que la causa fuera tumoral, se completó estudio tras el alta.

»El 18 de abril de 2016 realizaron una biopsia de médula ósea que fue informada como infiltración difusa por célula redonda azul concordante con neuroblastoma. En el PET-TAC realizado el 21/04/16 también se apreció incremento del metabolismo glicídico en médula ósea compatible con infiltración por neuroblastoma de alto riesgo.

»Tras los resultados de los estudios realizados se contactó a finales de abril de 2016 con el Centro Coordinador Nacional de Protocolo Internacional SIOPEN en hospital la Fe de Valencia, derivándose a la paciente al Hospital la Paz de Madrid para tratamiento dentro de un ensayo con anticuerpo quimérico anti-GD2.

»El día 04/05/2016 fue valorada en el Hospital Infantil la Paz. Allí, según consta en el informe, se realizó nueva biopsia de médula ósea y se envió muestra para estudios moleculares a Valencia. Se diagnosticó de Recaída tumoral ganglioneuroblastoma/neuroblastoma con infiltración medular estadio IV. Se decidió entonces iniciar protocolo de alto riesgo según protocolo SIOPEN- HRNBL con ciclo de inducción COJEC, administrándose en La Paz el 5/05/2016 el primer ciclo y derivándose posteriormente al Servicio de Pediatría



del H. hhhh de xxxx para continuar con dicho tratamiento hasta completar protocolo. A yyy5 le administraron otros 8 ciclos de quimioterapia inducción COJEC los días 13 y 24 de mayo de 2016; 2, 14 y 24 de junio de 2016 y 13 y 18 de julio de 2016. El día 1 de agosto de 2016 administraron el noveno y último ciclo del protocolo internacional.

»Tras recibir el cuarto ciclo, el día 7/06/2016, realizaron punción de médula ósea de control de respuesta, que fue enviada para análisis bioquímico de EMP a Valencia y cuyo estudio de citometría de flujo concluyó que el 0,6% de las células eran tumorales (el 18/04/2016 era del 3 7%).

»El día 14/06/2016 los hemato-oncólogos del H. hhhh de xxxx contactaron con Valencia para conocer los resultados del estudio de la médula ósea realizada en la Paz el 04/05 y les informaron de la ausencia de dicha muestra. Se comentó con los responsables de la Paz y se informó a la madre. Se realizaron contactos repetidos con Valencia y con los responsables de la Paz pero no consta recepción de muestra desde dicho hospital a Valencia.

»El día 27/06/2016, la madre acudió al Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona para solicitar segunda opinión del Dr. yyy6 y valorar inclusión en un ensayo de dicho centro. El Dr. yyy6 puso en duda el diagnóstico de la patología de yyy5. En el informe que emitió dice textualmente: `(...) El caso de yyy5 es muy inusual y con las pruebas realizadas y descritas en los informes no existen criterios diagnósticos de neuroblastoma (el inmunofenotipo descrito en médula es inespecífico y no diagnóstico de neuroblastoma; el inmunofenotipo en la biopsia de médula es inespecífico. la MIBG es negativa, la captación del PET es inespecífica (...) la no captación de MIBG ni en médula sugiere que el diagnóstico de neuroblastoma es improbable. La asunción de una recaída de neuroblastoma (nunca fue un neuroblastoma) 2 años después del diagnóstico de un ganglioneuroblastoma nodular sería posible pero debería demostrarse (...)´. Según refirió, precisaba más resultados para dicha inclusión, y especialmente el resultado del estudio molecular que se remitió desde la Paz el 04/05 pero que no aparecía. Dada la situación, desde la Paz se decidió remitir muestra en parafina de dicha médula a Valencia, pero no fue valorable. Desde la unidad de hemato-oncología pediátrica del H hhhh de xxxx se contactó con Hematología y se recuperó muestra de ADN de la médula extraída el 18 de abril y se envió también a Valencia, donde se consiguió realizar Arrays cuyos resultados se recibieron el 18 de julio y fueron remitidos a Barcelona. Según refirió la madre, con dichos resultados decidieron incluir a la paciente en el ensayo.



»El día 04/08/2016 la Dra. yyy7, hemato-oncóloga del Hospital hhhh de xxxx cumplimentó Propuesta de Canalización de Pacientes a Centros y Servicios Sanitarios Distintos de los de Referencia para tratamiento quimioterápico en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, previo contacto con el Dr. yyy6. La paciente y sus familiares habían retirado la confianza a los pediatras del H. hhhh de xxxx.

»El Dr. yyy6 puso en duda el diagnóstico emitido por el Hospital la Fe de Valencia el diagnóstico y por tanto el tratamiento realizado en el Hospital Infantil de la Paz y el Hospital hhhh de xxxx, pero en el Hospital Sant Joan de Déu, administraron a la paciente el correspondiente tratamiento de ensayo clínico de neuroblastoma (...)"

**Séptimo.-** Concedido trámite de audiencia el 18 de marzo de 2024, no consta que los reclamantes hayan presentado alegaciones.

**Octavo.-** El 20 de mayo de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es informada favorablemente por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.

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, sustancialmente, 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, más de cuatro años, desde que se presenta la reclamación (14 de agosto de 2020) hasta que se formula la propuesta de orden (20 de mayo de 2024).

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, así como una infracción por parte de la Administración 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, eficiencia, servicio efectivo a los ciudadanos, racionalización y agilidad de los procedimientos administrativos, 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 a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

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 otra parte, se advierte de que debe incorporarse al expediente la acreditación de la notificación del trámite de audiencia efectuada de acuerdo con el artículo 41.1 de la LPAC y con los requisitos que en el mismo se indican. Obra en el expediente acreditación de la entrega de la notificación en Correos el 18 de marzo, pero su recepción por el destinatario no queda debidamente acreditada puesto que solo consta en el expediente el seguimiento online del envío mediante el correspondiente localizador de envíos de Correos, del que resulta entregada el 22 de marzo de 2024, lo cual resulta insuficiente para garantizar que se ha producido la recepción de la notificación con las garantías que exige la ley.



**3ª.-** Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y está debidamente otorgada la representación mediante poder *apud acta*.

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, y lo resuelto por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 31 de marzo de 2022.

**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 además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la 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, estando, 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.



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".

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.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(...) en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la



que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente”.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio recogido en la propuesta de orden y considera que la reclamación debe desestimarse.

La parte reclamante considera que el retraso en el diagnóstico inicial del neuroblastoma de 9 meses (entre la ecografía que detectó la masa sólida en la glándula suprarrenal izquierda -realizada el 5 de febrero e informada el 16 de febrero de 2013- y la cita de 13 de noviembre de 2013) así como el diagnóstico de la recidiva en mayo de 2016 cuando la enfermedad se encontraba en un estado avanzado (estadio IV) han contribuido decisivamente al fallecimiento de la menor el 23 de agosto de 2019 y suponen una deficiente asistencia sanitaria por los servicios sanitarios públicos, con obligación de indemnizar el daño producido.

Sin embargo, no constan informes médicos aportados por la parte reclamante o incorporados al expediente remitido que permitan vincular causalmente la gravedad con la que ha cursado la enfermedad de la menor y su fallecimiento con las actuaciones médicas identificadas por los reclamantes.

Es cierto que se produjo un retraso en el diagnóstico del neuroblastoma, puesto que la masa tumoral ya aparecía identificada en una ecografía informada en febrero de 2013 y no es hasta noviembre de 2013 cuando se diagnostica el tumor, probablemente debido a la jubilación del pediatra





asignado en ese período y la reasignación de sus pacientes, sin que fuera examinada esa ecografía por la unidad que la había solicitado hasta la revisión de noviembre de 2013. Resulta evidente que dicho retraso supone un anormal funcionamiento del servicio público sanitario, que merece un severo reproche por parte de este Consejo, si bien para que proceda el resarcimiento ha de acreditarse que ha existido pérdida de oportunidad terapéutica o relación de causalidad, es decir, que los daños reclamados tienen su origen en dicho retraso diagnóstico. Y los informes médicos obrantes en el expediente rechazan dicho nexo causal.

Aunque es cierto que debería haber sido examinada con anterioridad para detectar cualquier anomalía también lo es, como se ha informado por el jefe del Servicio de Pediatría, que teniendo en cuenta las pruebas previas y el motivo de la consulta la menor no padecía ninguna enfermedad grave ni había, en principio, motivos de alarma. El hallazgo fue casual y desde su detección la asistencia sanitaria fue la correcta. Por otra parte, el tumor estaba encapsulado y la resección fue completa. El pronóstico era favorable a su curación y no fue preciso ningún tratamiento posterior a la cirugía. De hecho, la menor permaneció asintomática durante casi dos años como resulta de las distintas revisiones y controles que se realizaron durante los años 2014 y 2015.

En este sentido, la Inspección Médica concluye que "La ecografía realizada el 5/02/13 evidenció una masa de 48x41x48 mm (inferior a 5 cm. De diámetro); la RM (12/12/13) una masa de 51x41x48 mm (10 meses después de la fecha en que se realizó la ecografía: 5,1 cm). La cirugía (13/01/2014) fue radical, se extirpó en su totalidad el tumor, la pieza quirúrgica extirpada remitida a anatomía patológica de 75x45x30 mm, incluía una zona nodular de 23 mm (neuroblastoma nodular, encapsulado, pobremente diferenciado con extensa necrosis y calcificación, MKI bajo), y el resto de tejido peritumoral que estaba compuesto por tejido conectivo con elementos epiteliales adrenales residuales. Como se puede evidenciar los 10-11 meses que transcurrieron desde que se realizó la ecografía y de forma incidental se detectó el ganglioneuroma hasta que fue extirpado muy probablemente nada tuvo que ver con la evolución de la patología de la paciente".

Por otra parte, en cuanto al diagnóstico de la recidiva o recaída tumoral con infiltración medular, estadio IV, en mayo de 2016, fue un diagnóstico complicado puesto que las pruebas que se practicaron a partir de enero de 2016, cuando la menor acude a consulta pediátrica por dolores osteoarticulares, daban resultados dentro de la normalidad (ecografías, radiografías, analíticas, examen por el servicio de medicina nuclear, estudio



genético...)). Ante la sospecha de un origen tumoral se practica biopsia de médula ósea y PET-TAC en abril de 2016, que detectan infiltración difusa por célula redonda azul e incremento del metabolismo glicídico en médula ósea compatible con infiltración por neuroblastoma de alto riesgo. A partir de ese momento, la menor es derivada al Hospital de la Paz para la confirmación del diagnóstico y recibe el tratamiento correspondiente que se inicia el 5 de mayo de 2016 en Madrid continuando posteriormente en el Hospital de xxxx. Después, sería derivada por deseo de la familia al Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona para continuar allí su tratamiento. Desde ese momento y hasta la fecha de su fallecimiento, la menor recibió distintos tratamientos que, pese a frenar temporalmente la enfermedad, no evitaron nuevas recaídas y, finalmente, el fallecimiento de la menor.

La Inspección Médica concluye, en relación con el diagnóstico de la recaída tumoral, que "la niña había sido perfectamente diagnosticada en el Hospital hhhh de xxxx y en el Hospital la Paz de Madrid, pese a las dudas expresadas por el Dr. yyy6 del Hospital Sant Joan de Déu, por no reunir las exploraciones complementarias todas las características de dicha patología. El neuroblastoma diagnosticado a yyy5 se ha presentado de una forma muy particular y, a pesar de reunir indicadores de buen pronóstico, se comportó de forma tan agresiva que condujo a la muerte de la niña.

»No se observa negligencia ni mala práctica, en la atención sanitaria que prestaron los profesionales sanitarios del Hospital hhhh de xxxx a la paciente, al haber actuado todos ellos de acuerdo a la *lex artis ad hoc*. La Gerencia de Salud de Área no ha escatimado recursos para atender a yyy5 en el Hospital Sant Joan de Déu, a pesar de que algunos procesos podían haber sido perfectamente atendidos en el Área Sanitaria de xxxx".

En definitiva, no es posible afirmar, a la vista de la documentación médica incorporada al expediente, que el retraso en el diagnóstico inicial supusiera una pérdida de oportunidad o influyera causalmente en la recidiva posterior, puesto que se practicó una resección completa del tumor y no fue necesario un tratamiento posterior durante casi dos años. Tampoco puede apreciarse una deficiente asistencia sanitaria en el diagnóstico de la recaída tumoral, puesto que desde la resección completa del tumor se programaron revisiones periódicas que no detectaron recaídas, con resultados dentro de la normalidad, permaneciendo la menor asintomática hasta finales del 2015. La asistencia sanitaria desde que la menor vuelve a consultar en enero de 2016 por dolores osteoarticulares hasta mayo de ese año en que se diagnostica la recidiva también fue continua, practicándose diversas pruebas para el



diagnóstico definitivo que no se han demostrado erróneas o incorrectas. La complejidad del diagnóstico se pone de manifiesto en el hecho de que fuera cuestionado por el especialista del Hospital de Barcelona al que acudió la familia para obtener una segunda opinión médica.

Ya se ha manifestado en otras ocasiones que el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y pronunciarse únicamente sobre lo que figura en la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que pueda realizar acto de instrucción alguno y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente. En el caso de expedientes de responsabilidad patrimonial por daños derivados de actuaciones sanitarias, cobra especial trascendencia, a los efectos de dictaminar sobre el fondo del asunto, el contenido de los informes médicos que se hayan emitido.

Por ello, sobre la base de los datos obrantes en el expediente, y dado que los reclamantes no realizaron alegaciones ni aportaron informes médicos o elementos probatorios que puedan desvirtuar las afirmaciones contenidas en el informe de la Inspección Médica y en los demás informes médicos y permitan a este Consejo alcanzar una conclusión diferente, no puede considerarse acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y tampoco que se haya producido una pérdida de oportunidad.

### **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 representación de Dña. yyy2, D. yyy4 y D. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a la menor yyy5 en el Hospital hhhh de xxxx.

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