



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y  
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 18 de noviembre de 2010, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de septiembre de 2010 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 30 de septiembre de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.216/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

**Primero.-** El 19 de septiembre de 2008 tiene entrada en el registro de la Gerencia de Salud de Área en xxxx1 una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1.



Relata en su escrito haber sufrido un ictus el 26 de junio de 2008, tras el que permanece ingresado hasta la fecha de alta, el 4 de julio de 2008. El 26 de julio del mismo año acude al Servicio de Urgencias por presentar parálisis total de todo el cuerpo y dificultad para el habla. Atendido por el neurólogo de guardia se le diagnostica "dudoso accidente isquémico transitorio en paciente hipertenso" y es emplazado para que acuda el 25 de septiembre, a la consulta de Neurología. El 30 de julio, ante el agravamiento de su movilidad, decide acudir a la Clínica hhhh1 de xxxx2, en la que se le practica resonancia magnética cerebral y se le informa de que padece un infarto agudo de nueva aparición que afecta al haz corticoespinal izquierdo.

Reclama una indemnización de 11.284 euros, importe de los gastos a que ascendió la asistencia en la clínica privada. Acompaña a la reclamación copia del DNI, de la tarjeta de la Seguridad Social y diversos informes médicos.

**Segundo.-** Consta en el expediente informe de la Inspección Médica de 16 de febrero de 2009, del que merece destacarse lo siguiente:

"D. xxxxx, en el año 2007 fue diagnosticado por el Servicio de Neurología del Hospital hhhhh de múltiples infartos isquémicos, atrofia cortical y leucoaraiosis.

»Leucoaraiosis es un término radiológico que hace referencia a la alteración de la sustancia blanca que se observa en la tomografía computarizada o en la resonancia magnética.

»Esta degeneración de la sustancia blanca está causada por la oclusión o estenosis de pequeños vasos cerebrales, asociados a alteraciones de la regulación de la presión arterial y el mecanismo de producción de esa leucoaraiosis es la isquemia crónica.

»D. xxxxx acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh el día 26-6-08, había sufrido un infarto lacunar periventricular derecho, además de persistir los diagnósticos previos. Se procedió a su ingreso hospitalario.

»El día 26-7-08 acude nuevamente a ese Servicio de Urgencias con la sintomatología de 'pie dormido'.



»El especialista del Servicio de Neurología en su exploración, no encontró síntomas claros de un nuevo accidente isquémico (AIT) o también denominado ictus.

»El accidente isquémico transitorio es un trastorno brusco de flujo sanguíneo cerebral y debido a esa isquemia, existe una pérdida de función focal neurológica.

»Ese día, cuando fue explorado, el profesional facultativo especialista no encontró signos evidentes de afectación neurológica.

»No obstante, procedió a realizar pruebas de diagnóstico complementarias, un TAC craneal, para la observación de lesiones ante la posible existencia de ACV.

»En este TAC craneal no se observaron lesiones agudas, encontrándose los mismos hallazgos superponibles a los encontrados el día 26 de junio.

»Tras la valoración profesional, se entiende que este paciente podía seguir control domiciliario y vigilancia por Atención Primaria, no impidiendo que ante cualquier nuevo evento, requiriese nuevamente la atención del Servicio.

»A iniciativa propia y de libre opción, acude a realizar una consulta privada a la Clínica hhhh1 de xxxx2.

»Según el informe de alta hospitalaria de la Clínica hhhh1 de xxxx2, el día 1-8-08 procedieron a realizar una RMN, donde al parecer observaron hallazgos sugestivos de la presencia de un infarto agudo de nueva aparición, afectando al haz córtico espinal izquierdo, en su porción para ventricular en corona radiada, sin precisar el tiempo de evolución del ACV, pudiéndose haber sido ocasionado en días posteriores al 26-7-08".

**Tercero.-** El 10 de julio de 2009 la Asesoría Médica qqqq S.L. emite un informe suscrito por dos expertos en Neurología, cuyas conclusiones son las siguientes:



“1. Diagnosticado el ictus isquémico sufrido por el paciente el 27/06/09 se realizaron todas las exploraciones necesarias para el estudio etiológico, así como terapéuticas en la prevención secundaria del mismo y de sus secuelas.

»2. El paciente sufrió un ictus un mes después, aparentemente de curso fluctuante, insidioso cuya clínica no era patente en el momento de la valoración neurológica.

»3. Ante la subjetividad de los síntomas, se dio de alta al paciente con seguimiento ambulatorio y recomendación de volver a urgencias en caso de nuevo evento.

»4. El paciente decidió, ante la persistencia de los síntomas, acudir a un centro privado donde se llegó al diagnóstico definitivo.

»5. No es descartable e incluso es muy probable que el mismo resultado se hubiera obtenido si el paciente hubiera decidido acudir de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, tal y como se le recomendó.

»6. En cualquier caso, el hecho de haber alcanzado el diagnóstico definitivo en su visita a urgencias no habría modificado la evolución ni las secuelas, ya que el paciente ya se encontraba en tratamiento con antiagregación plaquetaria, y el infarto progresivo, hoy por hoy, no tiene otro tratamiento efectivo.

»7. El paciente se encontraba clínicamente igual al ingreso y al alta de la clínica privada (NIHSS 5, Rankin 3).

»8. Así mismo, otra posibilidad no descartable dados los antecedentes del paciente, es que el infarto segundo isquémico sufrido por el paciente se produjera después de su valoración urgente por Neurología en el Hospital hhhhh el 26/07/08”.

**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia a la parte reclamante, no consta que se hayan presentado alegaciones.



**Quinto.-** El día 15 de julio de 2010 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Consejería de Sanidad formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Sexto.-** El 31 de agosto de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite un informe favorable sobre la propuesta de orden. No obstante realiza una serie de consideraciones sobre la representación de los reclamantes.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (19 de septiembre de 2008) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de julio de 2010). 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



30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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 Autónoma de Castilla y León.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, al haber interpuesto la reclamación antes del transcurso del plazo de un año.

**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 139 y siguientes de la citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

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

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

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

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



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos causales 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.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

El Consejo considera que no se ha vulnerado la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido perfilando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002, entre otras) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (por todos, Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3.657/2002 y 3.623/2003).

Dicha teoría parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios -debe recordarse aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986-, 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo 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 cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), 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 la luz de este criterio puede concluirse que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.

De este modo, en el caso que se dictamina, del examen de los distintos documentos del expediente se desprende que la actuación de los profesionales del sistema sanitario público fue correcta, sin que se le pueda achacar falta de aplicación de todos los medios disponibles y adecuados a la situación que presentaba. La decisión de acudir a la medicina privada fue adoptada libre y voluntariamente por el interesado, sin que se aprecien razones que pudieran justificar que la Administración deba resarcirle de los gastos ocasionados.

Así, los informes de la Inspección Médica y de la compañía aseguradora del Sacyl consideran que la actuación de los facultativos que atendieron al paciente siguieron fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

Respetada, pues, la *lex artis*, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico y la obligación de reparar no puede recaer sobre la Administración, conforme a lo expuesto anteriormente. Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación





**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada a instancia de D. xxxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1.

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