



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 3 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 28 de febrero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 40/2019 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 7 de febrero de 2017 a instancia de (...), esposa de (...) y ratificado por este el 9 de marzo de 2017, por los daños padecidos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 100.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad;

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

Los hechos por los que se reclaman sucedieron en un centro sanitario concertado con el Servicio Canario de la Salud (SCS), por lo que resultan aplicables los arts. 82.5 LPACAP y 32.9 LRJSP, procediendo seguir la tramitación administrativa de los procedimientos de reclamación patrimonial, teniendo como parte al centro concertado.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Sufrió un ictus cerebral que estima pudo haberse detectado tres días antes, cuando acudió a Urgencias de (...), el 31 de diciembre de 2016, a las 16:30 (...)

El 1 de enero de 2017, llaman al 112 a las 14:15 h, y le llevan nuevamente a urgencias de (...), sin que tampoco detecten accidente vascular.

De la documentación médica que se adjunta a la reclamación se desprende que el paciente recibe el alta en dos ocasiones en (...), hasta que finalmente es ingresado, el 2 de enero de 2017 (folio n.º 3), en el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) por ictus que, según refiere el reclamante, pudo haberse evitado.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestación (SIP) relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El 30 de diciembre de 2016, el paciente de 58 años de edad, acude a su médico de cabecera por presentar presión y dolor agudo en ojo izquierdo, cefaleas y molestias en el hombro. La exploración física: TA 137/90, FC 61, ECG normal (antecedentes de padre con Infarto Agudo de Miocardio, a los 60 años). Diagnóstico: cefalea migrañosa y disminución de la agudeza visual desde hace tres días, pérdida del equilibrio día 29-12-2016, sin pérdida de conocimiento, se alimentaba adecuadamente. Tratamiento con Cafergot y Metamizol. Se derivó para revisión de la agudeza visual.

- El 31 de diciembre de 2016 acude a Urgencias de (...), a las 16:30 h, por presentar: Cefalea retroocular con cierta alteración visual por lo que tras la exploración física y pruebas complementarias incluido Electrocardiograma, Radiografía de Tórax y TAC craneal -sin hallazgos patológicos agudos- se reafirma la sospecha clínica del Médico de Familia, del Centro de Salud de San Miguel, de: Cefalea Migrañosa, y se remite para control y seguimiento ambulatorio por Médico Neurólogo de zona.

- El 1 de enero de 2017, avisa al 112, y le trasladan nuevamente a Urgencias de (...), por presentar alteración del lenguaje que es transitorio, y tras exploración física realizada con intérprete, no se objetivaron alteraciones; lo que añadido al ECG normal y los estudios de imagen tipo Rx de Tórax y TAC del día anterior, se llega a la conclusión de un posible estado mental de conversión.

- El 2 de enero de 2017, el paciente ingresa con carácter urgente en el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), por presentar alteración del lenguaje oral, trastorno de la marcha y desviación de la comisura facial fluctuante. Tras las pruebas complementarias pertinentes: TC craneal, RMN, Angio TC, Ejes

Carotídeos y Vertebrales, Eco doppler TC, ECG, el diagnóstico principal fue: Ictus Isquémico en territorio de la Arteria Cerebral Media Izquierda y Disección Carótida Interna Izquierda.

5.- El día 11 de enero de 2017, el paciente tras el tratamiento realizado deambula solo sin ayuda por la planta de hospitalización. El Servicio de Neurología le cursa Alta a domicilio, por mejoría motora, mejoría del lenguaje oral y estar clínicamente estable.

6.- El día 19 de mayo de 2017, refiere buena evolución, pero mantiene dificultad para escribir y tocar la guitarra con la mano derecha y, en ocasiones, alteración de la marcha.

Ante tales hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

- El Ictus isquémico o Infarto cerebral, también conocido como accidente cerebro-vascular (ACV) tiene lugar cuando la circulación sanguínea de una parte del cerebro se interrumpe debido al bloqueo de alguna de las arterias que van al cerebro, o bien por la obstrucción de un vaso sanguíneo en aquél. En el caso que nos ocupa: Ictus isquémico en territorio de la arteria Cerebral Media Izquierda con disección de la arteria Carótida Interna Izquierda.

Este bloqueo/obstrucción es producido por un coágulo, ateroma, trombo (origen aterotrombótico) o émbolo, que cierra la luz del vaso al flujo sanguíneo, y éste se detiene. Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causaría daño permanente.

Asimismo, es conocido el efecto vasoconstrictor que tiene la nicotina del tabaco. En general los pacientes que tienen un accidente cerebro-vascular debido a un coágulo de sangre (accidente cerebro vascular isquémico aterotrombótico/Ictus isquémico), se benefician de una mejor expectativa, en cuanto al pronóstico, que aquellos que tienen un accidente cerebrovascular tipo hemorrágico. Los problemas para moverse, pensar y hablar, con frecuencia mejoran en las semanas o meses siguientes al accidente cerebro-vascular debido a coágulo de sangre. Dado el juicio clínico formulado por el Servicio de Neurología del HUNSC para el paciente de Ictus transitorios de repetición, consideramos que el Ictus padecido por el enfermo se ajustaría más al tipo de: Accidente cerebro-vascular isquémico aterotrombótico/Ictus isquémico.

- Los términos ACV, accidente cerebro-vascular, infarto cerebral, derrame cerebral, ictus, son vocablos sinónimos que explican un déficit neurológico ocasionado por una disminución importante del flujo sanguíneo cerebral.

Si el déficit es brusco se denomina Ictus Isquémico. Si por el contrario es hemorrágico, por la rotura de un vaso cerebral, se denomina Ictus hemorrágico.

Así los dos tipos principales de accidente cerebro-vascular son:

\* Accidente cerebro-vascular isquémico

\* Accidente cerebro-vascular hemorrágico

- El accidente cerebro-vascular isquémico ocurre, como decimos, cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre.

Esto puede suceder de dos maneras:

- Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha. Esto se denomina accidente cerebro-vascular trombótico.

- Un coágulo se puede desprender de otro lugar de los vasos sanguíneos del cerebro, o de alguna otra parte del organismo, y trasladarse hasta el cerebro. Esto se denomina embolia cerebral o accidente cerebro-vascular embólico.

El Ictus Isquémico puede ser de origen vascular (intravascular), por trombos o émbolos o extravascular, por abscesos, quistes, tumores; o de origen estenótico-vasoconstrictor de las arterias, al disminuir el gasto cardíaco o aumentar la tensión arterial (Hipertensión grave y mantenida).

- El Ictus hemorrágico se debe a la rotura de un vaso sanguíneo cerebral, por una subida brusca de tensión arterial o a un aneurisma (dilatación de la pared del vaso). Es el menos frecuente aunque su índice de mortalidad es mayor. Si el paciente sobrevive suele tener menos secuelas que en el Ictus Isquémico.

6.- La patología del Ictus suele presentarse asociada a la diabetes mellitus, a niveles altos de colesterol en la sangre (el paciente tenía dislipemias), existencia de enfermedades cardíacas -como la fibrilación auricular, la miocardiopatía dilatada, las afecciones de la válvula mitral del ventrículo izquierdo del corazón-, la existencia de episodios neurológicos previos, la obesidad (el paciente tenía sobrepeso), el sedentarismo, los anticonceptivos orales, la hipertensión arterial y el tabaquismo (dejó de fumar -según el paciente- en 2014, pero aún continuaba con cigarrillo electrónico y consumía 2-3 cervezas al día).

- Los síntomas de Ictus pueden ser muy variados, pero no todos están presentes, máxime cuando -como en el caso inspeccionado- son ictus transitorios de repetición.

A continuación mencionamos algunos síntomas:

- Cambio en la lucidez mental (incluso, somnolencia, pérdida del conocimiento y coma): Adormecimiento/somnolencia.

- Cambios en la audición o en el sentido del gusto.

- Cambios que afectan el tacto y la capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes.

- Confusión o pérdida de memoria, desorientación.

- Dificultad para deglutir.

- Dificultad para leer o escribir.

- Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo).

- Problemas con la vista, como disminución de la visión, visión doble o ceguera total, pérdida brusca de la visión de uno o de los dos ojos.

- Falta de control de esfínteres.

- Pérdida del equilibrio o coordinación, o problemas para caminar, dificultad para andar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación.

- Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular solo en un lado) debilidad o pérdida de la sensibilidad o de la movilidad en la cara, del brazo y/o la pierna, especialmente si se producen en un único lado del cuerpo.

- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo.

- Cambios emocionales, de personalidad o de estado de ánimo.

- Cefalea.

- Problemas o dificultad para hablar o entender a otros que estén hablando o para entender lo que se dice.

- La enfermedad -en este caso el Ictus- es un proceso evolutivo y como tal tiene fases.

Resultaría fácil diagnosticar, con todas las fases expuestas. La sospecha diagnóstica está basada en la presencia de síntomas y signos. Pero si éstos no se manifiestan, no será posible tal sospecha. Asimismo, no cabría la sospecha, al no existir evidencia de isquemia aguda en la TAC realizada en (...).

Es preciso recordar que un diagnóstico clínico de sospecha para identificar una enfermedad, se sustenta siempre en la anamnesis. Ésta comprende la información proporcionada o recabada al propio paciente, sus antecedentes familiares y personales y la semiología que identifica síntomas y signos, a los que hay que añadir la exploración física y las pruebas complementarias diagnósticas, que se solicitarán, si fuera menester, en base a la referida anamnesis. No cabe deducir una expectativa diagnóstica sin esta sistemática.

La sospecha diagnóstica no surge de un ejercicio de intuición sino muy al contrario es un trabajo deductivo, por razón de síntomas y signos.

Indicar que cuando se llega al diagnóstico definitivo de una patología resulta posible especificar con relativa facilidad, obviamente siempre a posteriori, qué pruebas hubieran guiado con prontitud a descubrir y catalogar la patología. Sin embargo, cuando no existen síntomas y signos suficientes para la sospecha diagnóstica de una patología -como en el caso analizado-, no es justificable solicitar y disponer -en libre albedrío y de modo sistemático-, de cuantas pruebas existan.

- Respecto de los síntomas del trastorno mental de conversión -sospechado en (...)- pueden ocurrir debido a un conflicto psicológico.

Los síntomas generalmente comienzan de manera repentina después de una experiencia estresante (el paciente hoy reclamante es cantante, y en días precedentes al proceso de enfermedad, habría sufrido algún tipo de situación estresante en relación con su profesión).

Las personas tienen mayor riesgo de presentar este trastorno si también tienen:

- Una afección física.
- Un trastorno disociativo (escape de la realidad que no es a propósito).
- Un trastorno de personalidad (incapacidad para manejar los sentimientos y comportamientos que se esperan en determinadas situaciones sociales). Se estima que los síntomas físicos son un intento por resolver un conflicto interior que la persona siente.

Las personas que padecen el trastorno de conversión no están inventando (simulando) los síntomas. Esta afección es real, causa angustia y no puede controlarse a voluntad. Esta patología podría confundir al clínico; pese a ello, siempre deberá buscarse una patología orgánica subyacente, como consideramos se

hizo en el Centro de Salud y en (...), aunque sin éxito a tenor de las pruebas diagnósticas efectuadas.

Con base en lo anterior, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

1.- Por las pruebas complementarios realizadas -al paciente- por el Médico de Familia y las realizadas por el centro (...): Electrocardiograma, Radiografía de Tórax y TAC craneal -sin hallazgos patológicos agudos- se reafirma la sospecha clínica del Médico de Familia, del Centro de Salud: San Miguel, de: Cefalea Migrañosa. La sintomatología y las pruebas no advirtieron -tanto al Médico del Centro de Salud como a los Médicos de (...)- de la presencia de un Ictus cerebral (no signos de isquemia aguda en TAC, de fecha: 31- 12-2016) en el paciente explorado.

2.- A tenor de los síntomas y signos detectados en el paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias diagnósticas en el Centro de Salud y Centro Médico: (...) de Tenerife, y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento y control a seguir. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la sintomatología que refería el paciente en el momento de su atención, y en función de las pruebas diagnósticas practicadas, al resultar negativa TAC Craneal, para isquemia aguda (31/12/2016); con Glasgow normal, fuerza normal en cuatro extremidades, marcha normal y sin afasia motora (01-01-2017).

3.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada al paciente debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para estos casos clínicos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

4.- Estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y nexo causal entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse del adecuado modo de actuación en los profesionales médicos denominado: *lex artis ad hoc*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos.

De tal modo es esto así, que si no es posible asociar al efecto dañoso una infracción de la *lex artis*, no cabría estimar la reclamación que se promueve.

Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga



relación causal con el efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos.

Así pues, entiende el SIP, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resulta antijurídico y por tanto, aquél, no es imputable a la Administración Sanitaria.

Por otra parte, continúa tal informe, la mera relación causal entre la atención médica prestada y el resultado adverso -si la hubiere-, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención del paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.

5.- Y concluye reiterando que sería fácil *a posteriori* con todos los síntomas, signos y datos de la enfermedad presentados, lograr un diagnóstico de certeza, y sólo entonces podría afirmarse con rotundidad, qué exploraciones, pruebas complementarias y pautas deberían de haberse realizado y solicitado.

Ello no significa, que las decisiones tomadas con anterioridad -en función de la sintomatología disponible de la enfermedad-, fuesen indicativas de mala praxis médica.

6.- La numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que «(...) 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 la 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 beneficiario para el paciente (...)».

7.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un

procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud dispada, se refiere.

8.- Según el citado informe del SIP no queda resuelto por parte del señor reclamante, que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos que no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

9.- Los servicios asistenciales, continúa el informe, actuaron conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

10.- Por todo lo expuesto, el Servicio de Inspección y Prestaciones, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos advertidos, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales y, por tanto, carente de antijuridicidad; no hallando anormalidad alguna en el decurso del proceso de enfermedad por Ictus transitorios isquémicos de repetición. No se considera, por ello, que la actuación de los servicios asistenciales fuera la causa del daño reclamado.

11.- En consecuencia, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección tiene a bien estimar: Ausencia de responsabilidad patrimonial en la Administración Sanitaria.

3. En período probatorio, el interesado presenta dos informes, uno del SCS en reclamación a la ODDUS y otro pericial de PERIMED.

4. Dado preceptivo trámite de audiencia el reclamante no presenta alegaciones, pero el centro concertado sí, afirmando que su actuación fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración no le 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 la 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 beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. En el caso que nos ocupa, el interesado reclama por un error de diagnóstico pues no se le detectó el ictus que padeció.

Sin embargo, de la documentación obrante en el expediente se desprende que, a tenor de los síntomas y signos detectados en el paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias diagnósticas en el Centro de Salud y Centro Médico: (...) de Tenerife, y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento y control a seguir que, según el SIP fue una decisión acertada, ajustada a la sintomatología que refería el paciente en el momento de su atención, y en función de las pruebas diagnósticas practicadas, al resultar negativa TAC Craneal, para isquemia aguda (31/12/2016); con Glasgow normal, fuerza normal en cuatro extremidades, marcha normal y sin afasia motora (01-01-2017).

Por los Informes analizados, obrantes en el expediente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada al paciente debe calificarse de correcta, ya que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para estos casos clínicos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* imposibilita, según la jurisprudencia analizada, el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio (o del centro concertado, en este caso).

3. La Propuesta de Resolución también fundamenta la desestimación de la pretensión del reclamante en la doctrina de la «prohibición de regreso», que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por la paciente, o que la valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar.

Sobre la posibilidad de utilizar la acción de regreso, ya este Consejo tuvo ocasión de pronunciarse en distintas ocasiones, entre otros en los DDCCC 278/201, 185/2018, 96/2018, 64/2018 y 426/2016, ha señalado lo siguiente:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010, de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que: "(...) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de

2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los *topoi* (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».

Esta doctrina resulta aplicable al presente caso, puesto que, como afirma el SIP, «*a posteriori*, sería fácil con todos los síntomas, signos y datos de la enfermedad presentados, lograr un diagnóstico de certeza, y sólo entonces podría afirmarse con rotundidad, qué exploraciones, pruebas complementarias y pautas deberían de haberse realizado y solicitado».

Lo cierto es que, en función de la sintomatología que presentaba, se le practicaron todas las pruebas necesarias (exploración física, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC craneal, ECG) para realizar un diagnóstico acertado, pero el resultado de esas pruebas concluyó sin hallazgos patológicos agudos ni objetivaron alteraciones, lo que llevó a un diagnóstico alternativo: en el primer caso, cefalea migrañosa, mientras que en el segundo, posible estado mental de conversión.

En definitiva, como afirma el SIP, no queda resuelto por parte del reclamante que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; antes bien, puede sostenerse que existen elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia. De lo anterior no se puede sino concluir que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la asistencia sanitaria recibida, por lo que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del interesado, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.