



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 396/2020

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de octubre de 2020.

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. 329/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado el 4 de agosto de 2020 por oficio del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad (con entrada en el Consejo Consultivo el 1 de septiembre de 2020), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual, iniciado el 11 de diciembre de 2019, por (...), solicitando una indemnización como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en 24.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sr. Consejero de Sanidad 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.

3. Resultan aplicables la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP), así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, por la fecha en la que se interpone la reclamación de responsabilidad patrimonial: 11 de diciembre de 2019 (DT3ª LPACAP). También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); 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.

II

1. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido presuntamente daños personales como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS (art. 4 LPACAP). En cuanto a la legitimación pasiva, la ostenta el SCS, como titular del servicio público sanitario.

2. El órgano competente para resolver es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS, en relación con la Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del SCS, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

3. La reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone dentro del plazo de un año a que se refiere el art. 67 LPACAP, ya que el alta médica hospitalaria se produce el 5 de diciembre de 2019 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 11 de diciembre de 2019.

III

La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por el padre de (...), (...), con la autorización y en nombre de su hija, se basa en los siguientes hechos:

«Que el 21 de noviembre de 2019 acude a urgencias del Centro de Salud de Guanarteme por cefalea de 24 horas de evolución, junto con episodio de visión borrosa en el ojo derecho - que no se recoge en la anamnesis - que no cede con medicación analgésica ni antiinflamatoria habitual, junto con cifras tensionales elevadas. Sin más exploración física que BEG, es tratada con benzodiazepinas y dada de alta al domicilio.

Al día siguiente, 22 de noviembre, acude a consulta de su MAP ante la persistencia de la clínica, refiriendo además otalgia izquierda y cervicalgia ipsilateral. Se solicita a la MAP la valoración de un TAC craneal por sospecha de hemorragia intraparenquimatosa. Por la MAP se responde que "nos hemos empeñado en que la paciente tenga algo en la cabeza y no es así". Afirmación que le causa un daño moral a su madre. Tras evaluación del oído con otoscopia se remite a urgencias del centro de salud por HTA y con un ECG informado como bloqueo incompleto de rama izquierda.

El mismo día, acude por iniciativa propia al Hospital Dr. Negrín donde, tras valoración del ECG como "sin signos de isquemia" y tratamiento es dada de alta y se insta a su MAP a iniciar tratamiento antihipertensivo.

Ante la falta de mejoría e importante dolor retroocular izquierdo, acude a urgencias del Hospital (...) donde se le realiza un TAC craneal con contraste endovenoso en el que se informa de "hallazgos sugestivos de foco de edema a considerar como primera posibilidad encefalitis en fase temprana, menos probable lesión isquémica o lesión tumoral a correlacionar con analítica".

Con este resultado, acude nuevamente al Hospital Dr. Negrín, siendo valorada por Neurología que con el diagnóstico de ACVA y la sospecha de disección carotídea por carotidinia solicita estudio de imagen, confirmándose el diagnóstico y permaneciendo ingresada hasta el 5 de diciembre de 2019, precisando al alta, tratamiento antiagregante y anticoagulante».

IV

1. Como principales actuaciones del procedimiento de responsabilidad patrimonial cumple destacar las que a continuación se relacionan:

1.1. Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial el 11 de diciembre de 2019 contra el SCS, solicitando una indemnización que asciende a 24.000 €.

1.2. Mediante escrito de fecha de 17 de diciembre de 2019, se requiere a la reclamante a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada presentándose, con fecha de registro de entrada en la Secretaria General del SCS de 14 de enero de 2020, la documentación requerida.

1.3. Con fecha de 3 de febrero de 2020, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

1.4. Con fecha de 16 de mayo de 2020, se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones, informe médico, en el que consta la siguiente relación de hechos:

«A.- Paciente mujer de 37 años de edad, como antecedentes figuran: Migrañas, meningitis en diciembre de 2005, partos en julio de 2009 y septiembre de 2010. Hipertensión arterial desde abril de 2019, última consulta de control el 27 de mayo de 2019. No constan otras asistencias.

B.- El 21 de noviembre de 2109 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme alrededor de las 15:19 horas por cuadro de cefaleas desde el día anterior. No existe otra manifestación clínica. Se procede a toma de tensión arterial, que se encontraba elevada 180/98. Existe asociación entre cefaleas e hipertensión, cuando la tensión arterial es muy alta puede producir cefaleas y sensación dolorosa en el cuello.

Inicialmente fue valorada por la Dra. (...) que realiza EKG sin signos de isquemia indicándole Alprazolam 0.5 sublingual. Los ansiolíticos son eficientes para disminuir la presión arterial.

C.- Por cambio de guardia, seguidamente es atendida por la Dra. (...) Presentando una situación de estabilidad con normalización de las cifras tensionales 128/86, se cursa alta a domicilio en buen estado general, indicando que si no mejora o empeora vuelva a acudir al Servicio.

Se considera que en personas con cifras de tensión arterial como las que presentó la paciente, sin objetivar otros déficits se recomiendan cambios en los estilos de vida en las próximas semanas.

D.- No existe manifestación alguna documentada por parte de dos médicas y personal de enfermería relativa a otros síntomas. No existieron criterios de alarma: náuseas, vómitos, mareos, alteraciones neurológicas sensitivas o motoras, problemas para hablar, alteración de la consciencia, etc.

E.- 22.11.19, alrededor de las 13:00 horas, la reclamante se persona en la consulta del médico de familia Dra. (...), siendo el motivo de consulta cifras tensionales altas y cefaleas. En informe emitido por la Dra. (...) se expone que "(...) La hipertensión arterial suele asociarse a cefaleas de difícil caracterización. Pudo referir dolor en región cervical que suele acompañar a procesos hipertensivos, pero desde luego no existieron síntomas focales deficitarios como debilidad muscular, adormecimiento en miembros, dificultad para hablar, párpado caído o alteración en las pupilas, asimetría facial, etc (...)".

La médico de familia solicita analítica, mapa de monitorización ambulatoria de la Presión arterial, y prescribe antihipertensivo Captopril sublingual en Urgencias.

F.- Continúa siendo atendida en el Servicio de Urgencias por la Dra. (...). Esta describe en la anamnesis: "cefalea de 72 horas de evolución, que interfiere con el sueño y aumenta con la tos (...)" datos que evidentemente aporta la paciente, no hay mención ni a otalgia ni a cervicalgia izquierda ni a déficits visuales, que de haberse manifestado se habrían incluido.

En la exploración neurológica: "(...) pupilas isocóricas normoreactivas, no focalidad neurológica (...)".

A pesar de tratamiento con Captopril y Alprazolam no se logran cifras de tensión arterial normales y por tal circunstancia la Dra. (...) procede a la derivación al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

G.- En el Servicio de Urgencias del HUGCDN, a las 15:29 horas del 22 de noviembre.

Como motivo de consulta se reseña: cefalea frontal desde hace tres días acompañada de hipertensión que no ha cedido.

A la exploración física observan a una paciente, sin signos meníngeos, pupilas isocóricas y normoreactivas, y a la exploración neurológica con pares craneales normales, tono y motilidad conservada, balance muscular normal, sin focalidad neurológica.

Se prescribe tratamiento analgésico (enanyum + metamizol + 1/2diazepam) y antihipertensivo (Amlodipino 5mg), mejorando la sintomatología tras el mismo, y en situación de estabilidad clínica y hemodinámica se cursa alta con el diagnóstico cefalea secundaria a hipertensión.

Como refiere el Jefe del servicio de Urgencias: "desde el punto de vista clínico y en base a la historia clínica y exploración neurológica realizada ese día, no estaría indicado el estudio de pruebas de imagen"

Hasta este momento, la reclamante fue examinada al menos por cuatro facultativos diferentes que en ningún caso apreciaron alteración neurológica de ningún género.

H.- Al día siguiente, 23 de noviembre de 2019 acude a servicio sanitario privado Hospital (...) por cefalea y dolor retroocular izquierdo.

En la anamnesis se describe "(...) hoy presenta dolor retroocular importante, con afectación del párpado; tuvo ayer episodio de amaurosis fugaz derecha (...)". Esto permite asegurar que la sintomatología referida no estaba presente en las atenciones previas en el servicio sanitario público.

A la exploración neurológica se objetiva la afectación del III par (nervio Oculomotor común) izquierdo con ptosis palpebral, exoftalmo y miosis (disminución tamaño de la pupila) con pupila hiporeactiva.

Se realiza Tac, que no objetiva sangrado y se traslada al servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, siendo los diagnósticos probables: sospecha de encefalitis, menos probable lesión isquémica, poco probable proceso tumoral.

I.- Ingresa en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín sobre las 21:40 h. Es valorada por Neurología e inicia tratamiento antiagregante.

Se realiza: Angiotac de troncos supraaórticos con el resultado de Disección de arteria carótida interna izquierda con estenosis suboclusiva.

Durante la estancia hospitalaria persisten las cefaleas que responden con analgesia convencional así como las cifras tensionales altas por lo que se solicita estudio de hipertensión [eco doppler renal, ecografía abdominal (...)].

La Resonancia Magnética de cráneo y Angioresonancia de Troncos supraaórticos realizadas el 3 de diciembre de 2019 constatan:

-El diagnóstico de disección de arteria carótida interna izquierda.

-Que NO existió sangrado ni hemorragia.

-Que NO se evidencian lesiones isquémicas en territorio carotídeo izquierdo secundarias a la disección.

Se produce el alta hospitalaria el 5 de diciembre de 2019.

J.- Por la propia patología de la reclamante, en la actualidad debe seguir con revisiones periódicas así como tratamiento anticoagulante. En ningún caso se habría visto modificada con un diagnóstico 48 horas antes.

K.- En Angioresonancia de Troncos supraaórticos de 5 de marzo de 2020 se observa que se ha normalizado el calibre de la carótida interna izquierda, habiendo desaparecido el hematoma de pared, comprobando por tanto la recanalización y permeabilidad de la arteria.

En consulta con Neurología el 12.05.20 se describe efectivamente la resolución de la afectación de la carótida. Se queja de cefalea. Retira tratamiento anticoagulante con Sintrom Adiro por unos meses. Tiene cita programada en seis meses para el 2 de febrero de 2020 en Neurología.

L.- Se desconocen las circunstancias por las que figura de baja laboral por proceso de contingencia profesional a cargo de Mutua (...), entendiendo como tal las situaciones que se producen en el ámbito de trabajo como consecuencia del desarrollo de una actividad laboral».

1.5. Con fecha de 27 de mayo de 2020, se procede a la apertura del acuerdo probatorio y al trámite de audiencia, otorgándose a la reclamante un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones, aportar documentación y hacer las justificaciones que tuviese por conveniente.

Transcurrido el plazo señalado al efecto, por la reclamante no se formulan alegaciones.

1.6. Con fecha de 20 de julio de 2020, por la Asesoría Jurídica Departamental se emite informe preceptivo, considerando ajustada a derecho la propuesta de resolución.

1.7. La propuesta de resolución de la Ilma. Sra. Secretaria General del SCS, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se suscribe con fecha 23 de julio de 2020.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin embargo, aún expirado éste, 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).

3. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

V

1. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del

sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración.

En el ámbito de la asistencia sanitaria curativa la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (RC n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, por su parte, declara: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria»*.

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la

obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, a la vista de la historia clínica de la interesada, los informes recabados y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

Por una parte, las conclusiones del informe del SIP señalan:

«1.- En cualquiera de los casos y aún con un diagnóstico de la disección de carótida cuarenta y ocho horas antes, el seguimiento, pronóstico y tratamiento no se habría visto modificado.

2.- La reclamante recibió una atención adecuada, de acuerdo con la situación clínica que presentaba en cada momento.

3.- El manejo diagnóstico fue adecuado no estando indicada la realización de un TAC cerebral en las primeras atenciones. Sólo cuando la sintomatología se vio modificada con ptosis palpebral y miosis con pupila areactiva es cuando por decisión propia acude a servicios privados y se realiza el TAC.

Dicho Tac tampoco arroja el diagnóstico definitivo como comprobamos que una vez realizado en el Hospital (...) los diagnósticos diferenciales eran encefalitis, isquemia, tumor, ninguna de las tres circunstancias se presentaron.

El diagnóstico de disección carotídea se obtuvo mediante resonancia magnética (RMN), angio-RM.

4.- Se emite informe desfavorable a la reclamación por daños morales y psicológicos».

Por otra parte, el informe del Coordinador de Urgencias de 15 de abril de 2020 reseña:

«En relación al informe solicitado por Asesoría Jurídica con objeto de ser aportado al expediente de responsabilidad patrimonial ERP N.º 241/19.

La paciente (...), fue valorada el día 22 de noviembre en el servicio de urgencias a las 15:29 horas, siendo el motivo de consulta (...) Cefalea frontal e HTA". Según historia clínica realizada por facultativo del servicio de urgencias la paciente presentaba la clínica desde hace 3 días sin mejoría tras antihipertensivo y benzodiazepina. En el informe se detalla la exploración neurológica donde no se objetiva localización neurológica y se pauta tratamiento analgésico y antihipertensivo, con la consiguiente mejoría clínica, procediéndose al alta médica. El día 24 de noviembre nuevamente es atendida en el servicio de urgencias, tras ser

derivada de Clínica Privada, en esta ocasión en la exploración neurológica se detalla ptosis parpebral izquierda y pupila izq. hiporreactiva.

Desde el punto de vista clínico y en base a la historia clínica y exploración neurológica realizada ese día, no estaría indicado el estudio de pruebas de imagen.

Adjunto fotocopia del informe del 22 de noviembre y del 24 de noviembre».

3. Ciertamente, como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, en los Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre, 450/2017, de 5 de diciembre, 324/2018, de 17 de julio, 239/2019, de 20 de junio, y 287/2019, de 30 de julio), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998, el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «*pérdida de oportunidad*» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, recurso casación nº6676/2003).

«Pues bien, hemos dicho, por todas las recientes Sentencias de diecinueve de octubre de dos mil once (RJ 2012, 1298) , veintidós de mayo (RJ 2012, 6930) y 11 de junio de dos mil doce (RJ 2012, 7330) (recursos 5.893/2.006, 2.755/2.010 y 1.211/2.010) , que la llamada “pérdida de oportunidad” se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo”».

La STS de 21 de diciembre de 2015 o 16 de febrero de 2011, en sentido similar, manifiestan: «basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera

evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».

Del mismo modo, los DCC 171/2016; 152/2017; 324/2018, entre otros muchos, hacen referencia a la pérdida de oportunidad como un concepto indemnizable.

4. Sin embargo, se ha de aplicar a este caso la doctrina asimismo consagrada por el Tribunal Supremo sobre 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. La doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la conducta desencadenante del daño, es declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007 y 10 de junio de 2008.

A la vista de las circunstancias del caso valoradas en su conjunto, en efecto, llegamos a la conclusión de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Y es que la razón para desestimar la reclamación se fundamenta en la falta de prueba de que un diagnóstico certero cuarenta y ocho horas antes hubiese determinado un tratamiento diferente al que se siguió y que finalmente tuvo un resultado final favorable para la paciente, lo que impide hablar de «*pérdida de oportunidad*». La paciente debe seguir con revisiones periódicas y tratamiento anticoagulante.

La atención prestada fue acorde con la sintomatología que presentaba en cada momento. La disección de la arteria carótida interna es de difícil diagnóstico y

requiere un alto índice de sospecha clínica. La reclamante consulta por cefaleas e hipertensión arterial los días 21 y 22 de noviembre de 2019, sin que conste en las actuaciones que en dichas exploraciones tuviera signos de focalidad neurológica u otra sintomatología distinta a la señalada.

Sólo cuando la sintomatología se vio modificada por ptosis palpebral y miosis con pupila areactiva (sintomatología que se presenta el 23 de noviembre) es cuando por decisión propia acude a servicios privados y se realiza TAC. Ese TAC, por otra parte, tampoco arroja el diagnóstico definitivo, pues el diagnóstico definitivo de disección carotídea se obtuvo mediante resonancia magnética (RMN), angio-RM, realizada en el Hospital Dr. Negrín.

En base a la consolidada doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso, así, pues, no es posible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente sobre la base de la evolución posterior, ya que la valoración de la decisión médica hay que evaluarla en el contexto de las circunstancias y síntomas que tenía la paciente en el momento en que tuvo lugar.

En definitiva, no concurren los elementos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, al no haber probado una actuación médica contraria a la «*lex artis ad hoc*».

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), es ajustada a Derecho