

Dictamen Núm. 210/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de noviembre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos por el fallecimiento de su madre, que atribuye al retraso diagnóstico de una disección aórtica.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 17 de noviembre de 2024, una letrada que actúa en representación de la hija de la fallecida, presenta en el Registro Electrónico General de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial los daños derivados del fallecimiento de su madre, que achaca a la “negligencia tanto en el diagnóstico como en la demora en el tratamiento de la enfermedad” que padecía.

Refiere que su madre acude a su centro de salud el día 2 de octubre de 2023, “por sufrir dolor lumbar irradiado a nalga y hasta los dedos de los pies, presentando asimismo entumecimiento que, además, en el día de ayer le había empeorado en el otro lado”. Se le pauta tratamiento farmacológico y, el día 17 del mismo mes, acude al servicio de guardia de dicho centro “por persistencia de dolor en región paralumbar-glútea derecha que irradia por la pierna hasta el pie”. El diagnóstico es, en esta ocasión, “lumbociática con irradiación en miembro derecho y dolor lumbar”.

Continúa narrando que, “transcurrido un mes desde el inicio del cuadro clínico (...), ante la ausencia de mejoría y el agravamiento padecido (pérdida de movilidad y sensibilidad y también de control de esfínteres) tiene que ser atendida nuevamente los días 4 y 17 de noviembre, llegando incluso a perder la conciencia y teniendo que ser trasladada al Hospital ‘X’”. El día 18 de noviembre de 2023, “ante la persistencia del dolor lumbar y en ambos miembros inferiores con parestesias, no mejorando con el tratamiento farmacológico y fisioterapéutico, tras la exploración se diagnostica disección aórtica. Es entonces cuando se decide el traslado (...) al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital ‘Y’”, donde fallece el mismo día.

Tras destacar que su progenitora tenía 60 años y “no presentaba patologías neurológicas en (sistema nervioso central) o periférico, traumatológicas, cardíacas, por hipertensión arterial o abdominales”, expresa que, “durante el proceso (...) se pone de manifiesto como por parte de los servicios médicos se contemplan dos patologías”, la primera “lumbociática por parte del (centro de salud) (...), sin confirmación por métodos diagnósticos objetivos” y, la segunda, “disección de aorta abdominal, causa del fallecimiento, con diagnóstico definitivo por pruebas diagnósticas objetivas (angiotac)”, por lo que considera “palmario que existe negligencia en el actuar de los profesionales intervinientes, toda vez que no se han realizado las oportunas exploraciones y pruebas médicas, lo que lleva a un diagnóstico erróneo que termina por ocasionar el fallecimiento de la paciente (...). Por si lo anterior no fuera poco,

existió una patente demora de estudios radiológicos diagnósticos, analíticos o valoración por especialistas, debiendo haber sido valorados los dolores y determinados síntomas como señales de alerta ya desde la primera ocasión en que (...) acude al centro de salud”.

Entiende que “no se pusieron todos los medios de los que disponía el Servicio Público de Salud del Principado de Asturias (...) para diagnosticar a tiempo la patología padecida por la paciente (...). De lo que se deduce la inequívoca relación o nexo de causalidad entre los daños producidos y el funcionamiento de los servicios públicos de esa Administración”.

Solicita una indemnización que asciende a ciento ocho mil novecientos ochenta y nueve euros con treinta y seis céntimos (108.989,36 €), que calcula según el baremo para la valoración de los daños sufridos en los accidentes de tráfico, y que desglosa.

Adjunta, entre otros, documento privado de representación, copia de la certificación literal de defunción, del informe psicológico de valoración del estado de salud mental de la reclamante, de la factura correspondiente a “sesiones de psicología”, así como informe pericial de valoración del proceso asistencial por el que se reclama, librado por un especialista en Medicina del Trabajo y perito judicial en Valoración del Daño Corporal. En él concluye que el dolor bilateral que la paciente refería en la consulta del día 2 de octubre de 2023 “descartaría una lumbociatalgia”, que los resultados de la exploración del día 17 de octubre de 2023 “no corresponden con patología por lumbociática” y afirma que, ante “la prescripción de corticoides que se mostraron ineficaces durante todo el proceso”, tendría que haber sido valorada “por especialista en Traumatología”, además “no se realiza una exploración abdominal”, lo que considera desacertado. En la consulta del día 4 de noviembre de 2023, cuando ha transcurrido un mes del inicio del proceso, “se vuelve a realizar un diagnóstico de manera empírica, con una exploración anodina (...) y se le indican más analgésicos, cuando ya sería motivo de realización obligatoria de pruebas diagnósticas de imagen a través de (resonancia magnética)./ Incluso

un simple análisis de sangre, nos indicaría alteraciones analíticas presentes en el análisis de ingreso hospitalario”. Sostiene que existe una contradicción entre la historia clínica del centro de salud, que en dos consultas indica unilateralidad, y el (Hospital “X”) que refiere dolor en ambas extremidades inferiores y con la primera consulta del día 02-10-2023 que informa “dolor lumbar irradiado a los dedos de los pies” y que “no correspondería con una lumbociática”. Entiende también, que existió una “demora clara de estudios diagnósticos” y “negligencia” tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad, teniendo en cuenta que “las lesiones observadas en el angiotac, realizado el día 17-11-2023, son lesiones muy avanzadas, de muchos días de evolución”, por lo que “deberían de haber sido valoradas como señales de alerta previamente al fallecimiento”.

2. Mediante oficio de 22 de noviembre de 2024, el Inspector de Prestaciones Sanitarias requiere a la firmante del escrito de reclamación para que, en el plazo de diez días, acredite su representación por cualquier medio válido en derecho y a la reclamante para que acredite su parentesco con la perjudicada.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el día 27 de noviembre de 2024 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite la historia clínica de la fallecida en el Hospital “Y”, y el día 2 de diciembre la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le envía una copia de la historia clínica de Atención Primaria y Especializada, además del informe librado por la Coordinadora del Servicio de Urgencias Hospitalarias el día 3 de diciembre de 2024.

En dicho informe, la autora considera que el proceso de “dolor lumbar irradiado por la nalga hasta el miembro inferior (...) en el contexto de los antecedentes personales de la paciente, la sintomatología relatada y la exploración, no hacía pensar en ningún otro diagnóstico probable que el de

lumbalgia o lumbociatalgia aguda”, la cual “fue tratada según recomendaciones habituales para dicho proceso”. Colige que la afectada “solo fue trasladada a Urgencias el día 17 de noviembre, a las 23:30 horas cuando el cuadro que presentaba ya no dejaba dudas a la naturaleza vascular del proceso” y que, frente a lo que afirma la parte reclamante, “el día 4 la paciente no fue atendida en Urgencias”. Explica que el proceso de dolor lumbar, “máxime en una paciente que (...) carece de cualquier factor de riesgo que haga sospechar una patología distinta a la que su médico de familia sugirió, tiene indicada como única prueba complementaria, según protocolos habituales, una radiografía”, que “no se solicita en las primeras semanas al no existir caída o traumatismo previo, y que en ningún caso podría haber diagnosticado un problema vascular./ No ha existido por tanto demora alguna en los estudios (...). Debemos rechazar cualquier afirmación sobre negligencia en el tratamiento de esta paciente (...) se emplearon todos los medios que su sintomatología exigía y que las guías de práctica clínica recomiendan para un proceso que, inicialmente y durante los 40 días posteriores, se manifiesta como una lumbalgia”. Asevera que las anotaciones de la historia clínica evidencian que no existe “contradicción alguna entre la historia de (Atención Primaria) y la de dicho servicio (...). Es tendencioso e inadecuado hablar de contradicción, ya que el médico de (Atención Primaria) hace su exploración y anotaciones en base al diagnóstico de presunción que maneja”, y el médico de Urgencias hace lo propio “con la vista puesta en la resucitación de una paciente grave que aqueja claros signos agudos de patología aórtica”. Si se hubieran solicitado estudios o derivación a un especialista, “se harían en sospecha de una lumbalgia, lumbociatalgia o proceso lumbar, y estos consistirían en una radiografía (como primer estudio en el que no se ven los vasos), una (resonancia magnética) que por sintomatología se solicitaría a ritmo normal o preferente y una consulta al Servicio de Traumatología, también a ritmo normal o preferente, y que no hubiesen diagnosticado la causa que lleva a la paciente a su fallecimiento”. Aprecia que los hallazgos del tac “solo nos dicen que (...) había tenido desde

hacía un mes un aneurisma de aorta tipo B, que poco a poco, de forma larvada, y simulando clínicamente una lumbalgia, fue progresando hasta que el trombo mural produjo cierre completo de las arterias mesentéricas y renal, y en el transcurso de horas el flujo intestinal se hizo crítico, debutando la paciente con la clínica aguda y muy grave con la que fue atendida en el (Servicio de Urgencias Hospitalarias) y trasladada al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital ‘Y’”. Considera que el seguimiento por parte de su médico de familia fue “correcto”, que la patología que presentaba la enferma es de “presentación compleja, fácilmente identificable en su fase de rotura aguda o cuando se produce isquemia mesentérica secundaria, pero de difícil sospecha cuando su presentación es insidiosa y simuladora (estos conceptos se recogen en numerosos casos y presentaciones científicas) como por desgracia ha sido el caso de esta paciente” y que esta ha presentado, sin ningún factor de riesgo susceptible de “clínica vascular, una sintomatología que hace sospechar de un proceso lumbar musculoesquelético. Solo la evolución lenta del proceso y el avance de la disección hasta el tronco celíaco, que condicionó el flujo de vasos abdominales, pone de manifiesto la sintomatología de un proceso de alta letalidad y pronóstico sombrío que lleva al *exitus*”.

4. Ante diversos intentos infructuosos de notificar el requerimiento de subsanación a la representante de la interesada, se da traslado del requerimiento a la perjudicada, que el día 6 de marzo de 2025 comparece en las dependencias administrativas y otorga poder *apud acta*. Con la misma fecha, y a los efectos de acreditar el parentesco, la representante de la perjudicada presenta en el Registro Electrónico el acta de requerimiento y práctica de prueba, a efectos de declaración de notoriedad de herederos abintestato.

5. Con fecha 7 de marzo de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la representante de

la interesada la fecha de recepción de la reclamación, la designación de la instructora del procedimiento con indicación del régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo establecido para la resolución del mismo y los efectos del eventual silencio administrativo.

4. A continuación, obra en el expediente el informe pericial emitido el 18 de mayo de 2025 a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. En él describe los factores de riesgo y las “manifestaciones clínicas” de la disección aórtica, indicando al respecto que “el dolor es el síntoma más frecuente, según las series hasta en el 90 % de los casos, suelen localizarse en el tórax o en la espalda, y suele ser lancinante y de presentación súbita. En función de la localización de la disección, el dolor suele ser más frecuente en una u otra parte del cuerpo, de manera que en la afección de aorta ascendente suele localizarse en el tórax anterior y si es en la aorta descendente es más frecuente en la espalda. Este dolor suele acompañarse de una sensación de gravedad, sobre todo si hay otros síntomas como síncope, sintomatología neurológica sugestiva de ictus, insuficiencia cardíaca o clínica sugestiva de un síndrome coronario agudo./ Los pacientes con disección de tipo A o B pueden tener síntomas de déficits neurológicos relacionados con afectación cerebral o de la médula espinal./ Las complicaciones digestivas también pueden ocurrir en la enfermedad de tipo A o B. La isquemia mesentérica es la causa más común de muerte en la enfermedad de tipo B”. Señala, en otro orden, que “la lumbociática es, en la gran mayoría de los casos, un proceso autolimitado que, inicialmente, no requiere de estudios complementarios salvo que existan signos de riesgo (parálisis de miembros inferiores, alteración del control de esfínteres, anestesia en silla de montar o hiperalgia a pesar de tratamiento con opioides que suponga encamamiento del paciente)”, que no se daban en el caso objeto de análisis. Las diferentes “guías

no recomiendan ampliar el estudio con pruebas de imagen, salvo que la sintomatología remita en 4-8 semanas o existan signos de riesgo". Añade que la afectada presentaba una exploración neurovascular "normal", por lo que no había "motivo para sospechar patología vascular"; además "no presentaba ningún factor de riesgo para sufrir disección de aorta (...). Por otra parte, el hecho de que las maniobras de Lasègue y Bragard fueran negativas no descarta totalmente una afección discal, ya que ninguna de estas pruebas tiene una sensibilidad del 100 %", por lo que son "solo un dato más a tener en cuenta, pero no son diagnósticas o excluyentes" por sí solas. Cuando el día 17 de noviembre de 2023 se demanda asistencia, el facultativo "describe una clínica y exploración física totalmente diferente a las descritas previamente con pérdida de fuerza y sensibilidad en MMII, tumefacción, pérdida del control de esfínteres y pérdida de consciencia". Entiende la autora del informe que "todas las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a la *lex artis ad hoc*". Frente a lo señalado por el perito de la parte reclamante, significa que "no hay ninguna recomendación ni ninguna evidencia científica de que se deba realizar estudio de una lumbalgia o lumbociática de menos de 4-8 semanas de evolución en ausencia de signos de alarma independientemente del resultado de las pruebas de Lasègue y Bragard", destacando que "el día 04-11-25 se describe un resultado +/- que podemos entender como dudoso". Pese a lo señalado en el informe pericial de parte, en el que se afirma que la circunstancia de que el dolor fuera bilateral "descartaría una lumbociatalgia", razona que, si bien "lo más frecuente" es que el dolor de ciática "sea unilateral", también "puede ser bilateral, si la hernia es medial y obstruye ambas raíces nerviosas, e incluso variar en función de la postura". Rechaza las afirmaciones del perito, según las cuales "la clínica y la exploración física no se corresponden con lumbociática" y que los corticoides "se mostraron ineficaces durante todo el proceso" pues, por un lado, "la sintomatología (...) de dolor paralumbar y glúteo derecho irradiado a (miembro inferior derecho) hasta pie es altamente sugestivo de lumbociática" y, por otro, "en la consulta del día 17

de octubre, la paciente refiere que el dolor mejoró con la dexametasona pero apareció de nuevo al dejar de tomarla". Asimismo, precisa que el reproche relativo a la falta de derivación a un especialista en Traumatología para confirmar diagnóstico "no se basa en ninguna evidencia científica, ya que los criterios de derivación (...) son la presencia de signos de alarma o la sintomatología durante un tiempo superior a 4-8 semanas según distintas guías". Por la misma razón, tampoco procedía pautar una resonancia magnética y la realización de una exploración abdominal no estaba indicada, al no presentar "ningún síntoma de origen abdominal". Manifiesta que "no existió demora ni mucho menos negligencia. Se siguieron las indicaciones que marca la evidencia científica sobre lumbociática al pie de la letra. No se realizaron estudios radiológicos ni derivación a especialista porque no había ningún criterio para hacerlo". Finalmente, concluye que el informe pericial de la reclamante "está repleto de afirmaciones que no están basadas en ninguna evidencia científica y que son erróneas" e incluye en su pericial múltiples referencias bibliográficas.

5. Mediante oficio notificado a la reclamante el 8 de julio de 2025, la Instructora del procedimiento comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 28 de julio la representante de la interesada presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que muestra su "más rotunda disconformidad con el contenido del dictamen pericial" librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Señala que "se alude de contrario a una pretendida ausencia de evidencia científica", lo que "no puede acogerse como válido por tratarse de un informe de valoración correctamente ejecutado por el perito", en el que se "adopta el juicio clínico con la oportuna base científica", por lo que se ratifica en su pretensión indemnizatoria.

6. El día 11 de agosto de 2025, la Instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que, “en base a la documental la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivando relación de causalidad alguna entre la misma y el fallecimiento final, sin demora ni mucho menos negligencia. Se han aplicado las medidas diagnósticas disponibles y adecuadas a las necesidades de la paciente en cada momento. El diagnóstico fue correcto y acorde a los datos clínicos disponibles en las primeras consultas”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de agosto de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo preceptuado en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC, dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 17 de noviembre de 2024, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la madre de la interesada el día 18 de noviembre de 2023, por lo que es claro que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año, legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que,

para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Formula la interesada una reclamación de responsabilidad patrimonial por el daño moral derivado del fallecimiento de su madre, que atribuyen al retraso en el diagnóstico de la disección aórtica que padecía.

La documentación obrante en el expediente acredita el óbito por el que se reclama, por lo que hemos de presumir, dado el cercano parentesco de la reclamante con la paciente fallecida, que dicha muerte le ha generado un daño moral. En cuanto a la cuantía indemnización solicitada apreciamos que, aunque pretendidamente se ajusta al baremo establecido para los daños derivados de accidentes de circulación, en realidad incluye una partida (días de perjuicio personal particular moderado y de perjuicio personal particular básico por daños psicológicos) que no se ajusta al baremo mencionado; en cualquier caso, solo abordaremos la cuestión relativa a la concreta valoración del daño más adelante, de apreciar que concurren todos los requisitos generadores de la responsabilidad que se demanda.

Ahora bien, como venimos señalando reiteradamente, la apreciación de la realidad de un daño no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se

encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, inmediatamente, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho

no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes, en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 75/2025) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que "impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha

valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se consideren las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia, que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados o una mayor celeridad en la diagnosis.

En el caso que analizamos, la reclamante aporta en prueba de su pretensión un informe pericial, en el que se sostiene que la clínica que presentaba la paciente -cuando fue atendida los días 2 y 17 de octubre de 2023- no era sugestiva de la patología diagnosticada (lumbociatalgia) y, para apoyar tal aseveración, aduce que la bilateralidad del dolor apreciada en la primera asistencia y la ausencia de signos positivos de Lasègue y Bragard habrían bastado para descartar tal sospecha diagnóstica. Manifiesta, por otra parte, que, en la consulta de 4 de noviembre de 2023 -cuando ya había transcurrido un mes desde el inicio de la clínica- debería haberse pautado la realización de una resonancia magnética que, según afirma, era “obligatoria” y que una exploración abdominal o una analítica de sangre habrían permitido anticipar el diagnóstico. Señala la presencia de anotaciones contradictorias en las historias clínicas de Atención Primaria y del Hospital “Y”, y, finalmente, con base en los anteriores argumentos, concluye que existió una “negligencia tanto en el diagnóstico como en la demora en el tratamiento de la enfermedad”.

Los informes médicos librados a instancia de la Administración sostienen todo lo contrario, esto es, que no hubo negligencia ni mala praxis en el proceso diagnóstico, ya que la clínica que presentaba la paciente en las consultas de 2 y 17 de octubre y 4 de noviembre de 2023 sí se correspondía con la típica de una lumbociatalgia, que no cabe excluir en presencia de bilateralidad o de signos Lasègue o Bragard negativos. Señalan, de forma coincidente, que se actuó en todo momento según las guías clínicas, las cuales no recomiendan, ni mucho menos exigen, la práctica de más pruebas que las radiológicas -en las que no se habría apreciado la disección aórtica- en ausencia de signos de alarma o antes del transcurso de 4-8 semanas desde el inicio de los síntomas. Asimismo, rechazan que existan contradicciones en las anotaciones clínicas, las cuales únicamente reflejan la variabilidad de síntomas a lo largo del proceso asistencial.

Ante la existencia de divergencias entre las periciales, procede recordar que la jurisprudencia viene razonando, de forma constante, que la fuerza probatoria de estos informes reside, en gran medida, en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes (por todas, Sentencias del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.^a y del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de mayo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1298-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a), posición compartida por este Consejo de forma reiterada en multitud de dictámenes (por todos, el Dictamen Núm. 5/2025).

En el caso de que se trata, conforme a la especialización de los facultativos informantes a instancia de la parte reclamada y la mayor solidez que muestra su argumentación -ajena a la valoración *ex post* del curso de los acontecimientos, con referencia en los protocolos y las guías científicas y sostenida por diversas referencias bibliográficas-, nuestra convicción ha de formarse teniendo en cuenta lo señalado en los correspondientes informes que,

conocidos por la parte reclamante durante el trámite de audiencia, no han sido controvertidos por ella. Según se expresa en las citadas pericias, la disección aórtica que sufría la paciente debutó con una clínica atípica y simuladora de un proceso lumbar musculoesquelético, de ahí que los síntomas que presentaba los días 2 y 17 de octubre no se asociasen con dicha patología, para la que no presentaba factores de riesgo. Consecuentemente, el proceso al que se orientaron tanto la sospecha diagnóstica como el tratamiento -con el que la paciente inicialmente mejoró, según evidencia la anotación de la historia clínica de Atención Primaria correspondiente al 17 de octubre de 2023- fue una lumbociatalgia. En las primeras dos ocasiones en que la enferma demandó asistencia médica, esto es, los días 2 y 17 de octubre de 2023, la realización de pruebas complementarias no estaba indicada, atendiendo tanto al tiempo de evolución del proceso como a la ausencia de signos de riesgo, esto es, parálisis de miembros inferiores, alteración del control de esfínteres, anestesia en silla de montar o hiperalgia a pesar de tratamiento con opioides que suponga encamamiento del paciente. Los síntomas que aquejaban a la paciente no imponían la realización de una exploración abdominal y tampoco presentó signos sugerentes de la gravedad del proceso hasta el día 17 de noviembre de 2023, fecha en que la doctora que la visitó en el domicilio constató “pérdida de la movilidad en miembros inferiores y de la sensibilidad de los mismos, tumefacción y pérdida de control de esfínteres con pérdida de conciencia”, lo que justificó su derivación urgente al hospital en el que, por desgracia, no se pudo salvar su vida.

En definitiva, considerando que los reproches de la parte reclamante no solo se fundan en una valoración retrospectiva de los hechos sino que, además, carecen de sustento que los avale, al no estar fundadas las aseveraciones de su perito en razones de consenso científico, hemos de concluir que no cabe imputar el fallecimiento por el que se reclama a una mala praxis en el proceso asistencial, sino a la dificultad de diagnosticar una patología muy grave que

debutó mediante signos que, lejos de ser los típicos de la citada dolencia, simulaban los propios de una enfermedad distinta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.