



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente
Sr. Fernández Costales, Consejero
Sr. Madrid López, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de mayo de 2009, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx1, D. xxxx2, D. xxxx3 y D. xxxx4 y Dña. xxxx5*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 20 de abril de 2009, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, D. xxxx2, D. xxxx3 y D. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx a D. vvvvv, padre y esposo de los reclamantes.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de abril de 2009, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 412/2009, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- El 16 de febrero de 2007 Dña. xxxx1, D. xxxx2, D. xxxx3, D. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyyy, presentan una reclamación de



responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx a D. vvvvv, de 84 años, padre y esposo de los reclamantes, respectivamente, al considerar que no se han cumplido los protocolos médicos acerca de la obstrucción en vías aéreas de un cuerpo extraño (bolo alimenticio), empujando con un endoscopio, lo que provocó lesiones y hemorragias que generaron la necesidad de intervención quirúrgica, acabando por fallecer el paciente.

Los hechos descritos, son, sucintamente, los siguientes:

- D. vvvvv fue ingresado de urgencia a las 22:45 horas del día 22 de febrero de 2006 en el Hospital de xxxxx por empastamiento de cuerpo extraño (callos) a nivel cervical.

- Que se empujó el alimento. Antes de la gastroscopia mediante la panendoscopia practicada, el paciente no tenía ninguna afección sobre su salud. No era una actuación urgente, por lo que se podían haber realizado pruebas o derivar al paciente a otro centro.

- Que con posterioridad a la realización de la pandoscopia el paciente presenta signos de enfisema subcutáneo, produciéndose una perforación de esófago cervical.

- Que esa misma noche debió haberse realizado el traslado urgentísimo a xxxx6. En lugar de ello, es trasladado al día siguiente, el día 23 de febrero de 2006, a las 19:00 horas.

- Que pese a la intervención quirúrgica en xxxx6 no fue posible mejorar el estado de salud del paciente, con resultado fatal el día 5 de marzo de 2006.

- Que el consentimiento informado fue concedido exclusivamente para una panendoscopia diagnóstica y no terapéutica.

Se adjunta a la reclamación un escrito de Dña. xxxx1 con descripción de los hechos, en el que expone que D. vvvvv había tenido hace 16 años una hernia de hiato con graves complicaciones y como consecuencia de ello le quedaron estrecheces en el esófago que le dificultaba la ingesta de alimentos.



Igualmente manifiesta que habiendo optado la familia por el traslado a xxxx6 sobre las 02:00 horas, la ambulancia no sale hasta las 11:00 horas, llegando finalmente a su destino a las 14:45 horas, no obstante la advertencia médica de la extrema gravedad en que se encontraba su padre.

Se acompaña asimismo la historia clínica del paciente, extracto del libro de familia y dictamen médico-documental en el que se apunta que no se tuvo en consideración la existencia de un fondo de saco ciego, que no se planteó en ningún momento la necesidad de no empujar el bolo alimenticio hacia abajo, que no se le practicó la maniobra de Heimlich y concluye que el paciente precisaba de una actuación urgente.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica del paciente, el informe de la Inspección Médica de 26 de junio de 2007, el informe de alta del Hospital de xxxxx de 23 de febrero de 2006 y diversos informes del Servicio de Cirugía del Hospital de xxxxx, con los que se contesta expresamente a cada una de las consideraciones formuladas por el dictamen pericial de parte.

Tercero.- Consta en el expediente escrito de 19 de diciembre de 2007 del Servicio de Inspección, comunicando el rehúse de la petición indemnizatoria por la comisión de seguimiento del seguro de responsabilidad civil.

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

Quinto.- Con fecha 17 de marzo de 2009 la Dirección General de Administración e Infraestructuras, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 23 de marzo de 2009 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

Séptimo.- Consta en el expediente haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo ante la desestimación por silencio de la reclamación presentada que se sigue ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de Valladolid, Procedimiento Ordinario 1.492/2007.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

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

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (16 de febrero de 2007) hasta que se formula la propuesta de orden (17 de marzo de 2009). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos.

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sin perjuicio de que no consta en el expediente copia completa del libro de familia acreditativa de la condición de hijos de todos los interesados. Esto no obstante, y



habiéndose admitido por la Administración reclamada, en el caso de dictarse resolución estimatoria, correspondería solicitar copia íntegra del mismo.

La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

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

- a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.
- c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio sostenido por la Administración consultante en el sentido de que procede desestimar la reclamación planteada.

En primer lugar, debe analizarse la pretensión sostenida por el particular en cuanto a la ausencia de consentimiento informado. Al respecto debe recordarse que existe una normativa clara, relativa a cuándo y cómo debe ser emitido el consentimiento informado. Concretamente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge tales derechos de una forma amplia y conforme a los criterios fijados por la jurisprudencia. Esta Ley, que tiene la condición de básica, conforme a su disposición adicional primera, tras derogar expresamente el apartado 6 del artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dispone en su artículo 8:

“1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

»2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

»3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo,



dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”.

En términos similares se pronuncia, en el ámbito de Castilla y León, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, que concreta los límites precisos del derecho a la información del paciente.

Por otra parte, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 4 abril 2000, señala que, para el enjuiciamiento de estos casos “Se da así realidad legislativa al llamado ‘consentimiento informado’, estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas y que en la fecha en que se produce la intervención quirúrgica que da lugar a este proceso constituye una institución recientísima en el plano de nuestra legislación.

»Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

»El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada - puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario”.



Igualmente, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 12 de enero de 2001, ha tenido ocasión de pronunciarse sobre el alcance y carácter del derecho que tiene el paciente a dar su consentimiento, debidamente informado. Para el Tribunal Supremo “la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo, sino que encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10.1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupan el artículo 1.1 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias - sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de junio- en el artículo 9.2, en el 10.1 y además en los Pactos Internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, principalmente en su Preámbulo y artículos 12, 18 a 20, 25, 28 y 29, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de Roma de 4 de noviembre de 1950, en sus artículos 3, 4, 5, 8 y 9 y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 16 de diciembre de 1966, en sus artículos 1, 3, 5, 8, 9 y 10”.

Y continúa señalando que “el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo”. En iguales términos se pronuncia la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de mayo de 2001.

La carga de la prueba sobre la información corresponde, por tanto, a la Administración.

También procede recordar lo declarado por el Tribunal Supremo en su Sentencia de 26 de febrero de 2004, en la que señala que “aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis *ad hoc*, no lo es menos que tal mala praxis no puede *per se* dar lugar a responsabilidad



patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de 26 de marzo de 2002 que resuelve recurso de casación para unificación de doctrina en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad". En estos mismos términos, se pronuncia el Tribunal Supremo en sus Sentencias de 20 de septiembre de 2005 y 4 de abril de 2006. En la primera citada señala que "el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando de la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada".

En cuanto al consentimiento informado para la realización de una "panendoscopia diagnóstica", debe tenerse en cuenta que sí existió y así consta en la historia clínica (página 191 del expediente). A mayor abundamiento, debe compartirse el criterio sostenido en la propuesta de resolución ya que, de conformidad con el artículo 9.2 de la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él".

Por otra parte, tanto el informe de la Inspección Médica como los informes obrantes en el expediente concluyen que los riesgos que implica una panendoscopia diagnóstica y una terapéutica son prácticamente idénticos.

Por todo ello, a los efectos de reconocer la pretensión indemnizatoria ejercitada, no puede hablarse de que el paciente no fuera informado sobre la realización de la técnica a la que iba a ser sometido

6ª.- Resta por analizar, en segundo lugar, si la asistencia sanitaria dispensada puede incardinarse dentro de los parámetros de la *lex artis ad hoc* o si, por el contrario, se ha producido una infracción que pudiera generar responsabilidad.



El argumento central de la reclamación descansa en la mala praxis apreciada al intentar empujar el bolo alimenticio y en el hecho de no considerar urgente la situación del paciente. En este sentido es interesante destacar el informe de la Inspección Médica, en el que se recoge lo siguiente: "Tal aseveración se formula sobre la base de las explicaciones realizadas en el informe pericial que se aporta en la reclamación, informe que es rebatido punto por punto en el confeccionado por el facultativo que realizó la panendoscopia poniendo de relieve los errores que se incurren al enjuiciar el procedimiento, informe que se da enteramente reproducido en el presente. Sólo formular algunos comentarios, el supuesto de hecho proscrito de empujar el bolo alimentario es una de las actuaciones a realizar cuya adecuación no sólo se apoya en abundantes referencias bibliográficas actualizadas que el facultativo especialista aporta en su informe, sino que figura en el protocolo aportado por el propio perito en el suyo (página 28 del mismo): ante cuerpos extraños radiolúcidos sintomáticos en esófago, según el objeto, empujar al estómago o extraer. En el presente caso se está ante un paciente sin clínica de posible perforación esofágica cuando se le va a realizar la endoscopia, al no presentar enfisema secundario, con un cuerpo extraño conocido, así de forma reiterada se recoge en la documentación clínica antes de la endoscopia que se trata de un alimento (callos).

»Cuerpo extraño de naturaleza radio ácida que se encuentra impactado en el esófago lo cual supone de hecho estenosis a ese nivel, con otra estenosis previa que no deja pasar al endoscopio, en el que por la angostura del espacio de su localización limita las posibles actuaciones instrumentales sobre él haciendo únicamente factible la actuación realizada: empujarlo suavemente mediante algún instrumento, que permitiendo continuar con la visión directa del endoscopio detenido a nivel de la primera estenosis, permitiese salvar la misma para intentar su movilización mediante fragmentación-progresión del bolo alimentario a través de la estenosis, lo cual se consigue con la introducción de una pinza. Por tanto se considera que la actuación médica realizada es la correcta y adecuada a las características concretas de la situación y condiciones anatómicas presentadas en este paciente. Quizá la persistencia en esa pretensión de mala praxis al empujar que se hace en la reclamación, a pesar de ser una de las posibles opciones que se contemplan en la propia documentación que se aporta, parten del error pericial de creer que sigue persistiendo un fondo de saco ciego ya resuelto en noviembre del año 1988 y presentar como posibilidad el que se hubiese podido



empujar el bolo alimentario sobre este fondo de saco ciego inexistente. Error que también resalta en su informe el facultativo endoscopista por lo que se remite a su lectura.

»Al margen de la diferente consideración que se hace respecto a la existencia o no de un supuesto de urgencia médica, circunstancia sobre la que la propuesta de resolución hace un exhaustivo estudio, en esta sede sólo se reproducirá el informe del Dr. adjunto del Servicio de Digestivo del Hospital de xxxxx, cuando señala que “Se siguió el protocolo de actuación de impactación de un cuerpo extraño en la vía digestiva, en concreto en la luz esofágica, lo que implica una actuación urgente: ‘no debe permitirse que un cuerpo extraño permanezca en el esófago más de 12 horas’. Más aún, al ser la localización del mismo en esófago cervical, ‘la incapacidad del paciente de tragar saliva convierte en urgente la necesidad de extracción del bolo alimentario’. En este caso de impactación esofágica alta no era aconsejable demorar la realización de la endoscopia debido al riesgo de asfixia y de perforación por el propio cuerpo extraño de la pared del esófago, máxime ante la circunstancia anatómica extraordinaria de enclavamiento del cuerpo extraño entre dos estrecheces del esófago”.

Además, en el informe complementario realizado por el referido doctor (páginas 288 y siguientes del expediente), se recoge que “Lo que sí condicionaba la situación clínica previa del paciente era un riesgo mayor de complicaciones en el caso de producirse una impactación por un cuerpo extraño en esófago. ‘Los pacientes con cirugía digestiva previa poseen un mayor riesgo de complicación’ (Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica, Abreu, página 145). Este paciente no sólo había sido intervenido de hernia de hiato (con complicaciones esofágicas posteriores) sino que había precisado múltiples dilataciones de esófago posteriormente y presentaba por tanto una serie de alteraciones anatómicas esofágicas (estenosis) que condicionaban, en caso de deglutir determinados alimentos (carne, pan, pulpo,...) poco masticados, un riesgo mucho mayor de impactación que la población general y de complicaciones secundarias a dicha impactación”.

De todo lo expuesto, puede concluirse que no ha resultado acreditada la inadecuada mala praxis recibida y que el paciente fue objeto de una correcta asistencia, en la que si bien el resultado no era el deseable, no lo es menos que, tal y como ha manifestado este Consejo Consultivo en múltiples



dictámenes, la medicina no es una ciencia exacta que pueda asegurar la curación del enfermo en todo momento. Para apreciar la responsabilidad patrimonial de los servicios sanitarios es necesario acreditar la infracción de la *lex artis ad hoc*, que no pasa por señalar las posibles complicaciones de una intervención o técnica dispensada sino, antes al contrario, que dichas complicaciones podrían haberse evitado con una adecuada diligencia en la asistencia que se dispense. Y es precisamente en este punto donde quiebra el argumento del reclamante, ya que se aprecia la ausencia de prueba de entidad suficiente que pueda acreditar que la asistencia recibida debido a las complicaciones sufridas no fue la correcta. No obstante, tan sólo se echa en falta en la documentación aportada el examen concreto de la cuestión relativa a la demora en el traslado del paciente al Hospital de xxxx6, esto es, si puede considerarse, ante la situación de urgencia en que se encontraba, como una demora injustificada o no, cuestión que no obstante, no ha sido objeto de mayor alegación por la parte reclamante una vez concedido el preceptivo trámite de audiencia. Por otra parte, llevándose a cabo el traslado el 23 de febrero, el fallecimiento tuvo lugar el día 5 de marzo de 2006.

No obstante, y como conclusión, cabe recordar que la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.



Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007), según la cual “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en 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, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

En consecuencia, ha de entenderse que el paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el tratamiento instaurado y las actuaciones seguidas al respecto, incluida la información que se proporcionó, eran adecuadas según la *lex artis ad hoc*, por lo que debe desestimarse la reclamación planteada.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, D. xxxx2, D. xxxx3 y D. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx a D. vvvvv,
padre y esposo de los reclamantes.

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