



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 10 de enero de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 3 de diciembre de 2007 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 D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc, en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 7 de diciembre de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.142/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

Primero.- Con fecha 17 de mayo de 2005 tuvo entrada en el registro de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx, un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial presentado por D. xxxxx, como consecuencia del fallecimiento de su hija, ccccc, de 12 años de edad.



Manifiesta en su escrito que, tras requerir asistencia sanitaria en siete ocasiones, ningún facultativo fue capaz de advenir, relacionar o diagnosticar la enfermedad que, finalmente, terminó con la esperanza y vida de la menor.

Señala que en la cita concertada del 2 de noviembre de 2004 se practica la analítica prescrita, si bien, "vista la reiteración de dicha asistencia sanitaria, a pesar de ello, no se urgió dicho reporte de resultados al objeto de cotejar o descartar determinadas patologías que, a la vista de la trombopenia que evidenciaban, u otros resultados asociados, hubieran permitido el diagnóstico de dicha enfermedad (leucosis aguda), con el correspondiente tratamiento".

Es por lo que fundamenta su reclamación en una asistencia defectuosa y error de diagnóstico, reclamando una indemnización por daños y perjuicios, incluidos los daños morales, sin indicar cuantía alguna.

Acompaña a su reclamación:

- Informes de urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx de fechas 1, 2, 5 y 6 de noviembre de 2004.
- Informe del centro de Atención Primaria (xxxxx este) de 5 de noviembre de 2004.
- Informe de traslado del Servicio de Escolares del Hospital hhhhh de xxxxx, de 10 de noviembre de 2004.
- Informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital hhhh1 de xxxx, que señala como fecha de fallecimiento el 11 de noviembre de 2004.
- Diversos análisis practicados a la menor, efectuados en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Segundo.- El 1 de noviembre de 2004 la niña ccccc, de 12 años de edad, acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx por presentar en días anteriores dolor en cara interna del antebrazo izquierdo, con aparición de zona enrojecida. Refiere historia de lesiones similares en el verano, sin antecedentes actuales de picadura de insectos; no presenta fiebre ni otra



sintomatología asociada. Vista por el dermatólogo de guardia, ante la sospecha de paniculitis, se remite a la consulta de dermatología al día siguiente, donde se realiza analítica y biopsia de la lesión. La lesión desapareció, entre las 24 a 48 horas siguientes, con tratamiento antiinflamatorio.

El día 5 de noviembre la menor acude a su pediatra de zona ya que, estando en el colegio, presenta febrícula y malestar general. La exploración física y auscultación cardiopulmonar es normal. Se le diagnostica fiebre sin foco pautándose tratamiento con Ibuprofeno. Ese mismo día, ante la persistencia de la febrícula mas fatiga y tos, acude al Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital hhhhh de xxxxx. Se realiza exploración que descarta patología urgente, de tórax, ECG y saturación de O², estando todas las pruebas dentro de límites normales.

Al día siguiente la niña es llevada nuevamente a urgencias por continuar con el mismo cuadro de febrícula y fatiga. La exploración es rigurosamente normal, valorándose nuevamente tanto el EEG como la radiografía realizados el día anterior, que se confirman normales. Presenta febrícula, saturación de O² (95%), buena ventilación bilateral, sin signos de distress respiratorio. Se le diagnostica crisis de ansiedad y se le da el alta, indicando que "acudirá a Urgencias nuevamente si persistiera la sintomatología".

El 8 de noviembre, la menor acude nuevamente a la consulta de pediatría de su centro de salud, por presentar fiebre, tos y dolor retroesternal. Tras su exploración, es diagnosticada de traqueitis, faringitis y posible angustia y se pauta tratamiento con Amoxyclavulánico, Ibuprofeno y N-acetil cisteína.

El 9 de noviembre la niña ingresa en Pediatría del Hospital Clínico de xxxxx, donde acude derivada por su pediatra debido al empeoramiento de la sintomatología. En la exploración física se aprecia importante afectación del estado general, piel fría y sudorosa, cianosis acra, sin exantemas ni petequias, sin signos meníngeos, temperatura 36,5°, saturación 78-80% que sube a 95% con O² al 100%. En la auscultación se aprecia hipoventilación generalizada sin signos de distrés. Realizada radiografía de tórax, se observa infiltrado difuso algodonoso en lóbulo superior izquierdo, que es interpretado como neumonía.

También se realiza analítica sanguínea, en la que se aprecia datos sugerentes de coagulación intravascular diseminada con sospecha de posible



leucemia. Se instaura tratamiento con Cefotxima más Gentamicina y Oxigenoterapia a 10 l/M. A pesar de ello, persiste importante disnea y desaturación. Se realizan dos transfusiones de plasma fresco. Ante la inestabilidad clínica de la paciente, se decide su traslado a la UCI pediátrica del Hospital hhhh1 de xxxx, con los diagnósticos de neumonía, dificultad respiratoria, coagulación intravascular diseminada y sospecha de leucemia aguda.

El 10 de noviembre la niña ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital hhhh1 de xxxx, presentando mal estado general con mala perfusión periférica, con hematomas en miembros inferiores y en zonas de venopunción. El hemograma realizado al ingreso presenta Leucocitos ($70.200/\text{mm}^3$) con el 90% de blastos, con núcleos en hachazo y de aspecto mielóide compatible con leucemia Mielóide aguda. En la radiografía de tórax se observa infiltrado alveolar en el lóbulo izquierdo compatible con hemorragia pulmonar. Desde su ingreso precisa asistencia respiratoria alta. A pesar de ello, presenta retención progresiva de CO_2 , así como importante sangrado continuo por tubo endotraqueal. La analítica empeora progresivamente, aumentando la leucocitosis, la alteración de las pruebas de coagulación y los parámetros bioquímicos. Asimismo, la menor presenta alteraciones metabólico-renales por síndrome de lisis tumoral, que origina oligoanuria, siendo refractaria a la administración de Furosemida. Presenta también alteraciones hemodinámicas que no responden al tratamiento con drogas ionotrópicas, apreciándose en la ecocardiografía una importante disfunción del ventrículo derecho.

A las 23,30 del día 10 de noviembre, la paciente presenta episodio de bradicardia progresiva, seguido de parada cardiorrespiratoria. Se inician diversas técnicas y procedimientos para su supervivencia sin resultados, falleciendo a las 00,05 horas del día 11 de noviembre.

Tercero.- Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

- Historia Clínica de la paciente.
- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, de fecha 26 de mayo de 2005.
- Informes del Servicio de Pediatría del Hospital hhhhh de 9 y 11 de julio de 2005.



- Informe del Jefe del Servicio de Escolares del Hospital hhhhh de fecha 5 de abril de 2005.

- Informe de la Inspección Médica de 26 de octubre de 2005.

- Informe de Dictamen qqqqq, a instancia de la Compañía de Seguros sssss, de 16 de enero de 2006.

Cuarto.- El 24 de febrero de 2006 se notifica la concesión de trámite de audiencia al interesado, quien comparece el 27 de febrero y presenta escrito de alegaciones ratificándose en la existencia de error de diagnóstico y en la inadecuada atención médica prestada, calificando como negligencia médica la causa del fallecimiento de su hija.

Quinto.- Con fecha de 25 de octubre de 2007, la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud formula un informe-propuesta de orden, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

El 8 de noviembre de 2007 se dicta por la Dirección General de Administración e Infraestructuras propuesta de resolución por la que desestima la reclamación patrimonial presentada por D. xxxxx.

Sexto.- El 15 de noviembre de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden desestimatoria por considerarla ajustada a derecho, de conformidad con los preceptos aplicables al caso, la jurisprudencia sobre la materia y los informes técnicos incorporados al expediente.

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 el interesado presenta la reclamación (el 17 de mayo de 2005) hasta que se dicta la propuesta de resolución por el órgano competente (el 8 de noviembre de 2007). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

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 referida 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, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 la 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.- El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la citada Ley 30/1992. En efecto, consta que lo hizo con fecha 17 de mayo de 2005 y el hecho causante,



fallecimiento de la menor por supuesto error de diagnóstico y mala asistencia sanitaria, tuvo lugar el 11 de noviembre de 2004.

6ª.- A la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación consiste en prestar la debida asistencia médica y no en garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios, que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo manifiesta el Tribunal Supremo en la Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marca el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios, al decir: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una obligación de medios", es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última señala que "El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado".

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, dice que "aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las



Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8.406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente



la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc*, respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, es necesario valorar si la asistencia prestada a la menor resultó ajustada a las exigencias de la *lex artis*, ya que el reclamante alega que existió por parte de la Administración Sanitaria una negligencia médica, al no diagnosticar correctamente la dolencia de la menor, a pesar de haber acudido repetidamente a los servicios médicos.

Para determinar si existe responsabilidad por parte de los servicios sanitarios debe tenerse en cuenta, en primer lugar, que la carga de la prueba incumbe al reclamante; además, es preciso verificar si se produjo una pérdida de oportunidad, esto es, que la causa del fallecimiento de la menor se debiera a la tardanza en su diagnóstico.

La jurisprudencia ha manifestado en numerosas ocasiones que se rompe el nexo de causalidad entre el daño producido y la actuación de la Administración Sanitaria cuando dicho daño se produce a consecuencia de la patología que presenta el paciente, de tal forma que (siempre que se hubieran utilizado todos los medios posibles y adecuados en cada momento) no se hubiera podido evitar el desenlace de la dolencia, puesto que las causas fundamentales que influyen en su desarrollo se deben a la propia patología de la enfermedad.

En este sentido se puede señalar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 20 de diciembre de 1999, según la cual: "(...) del resultado de la prueba practicada no se logra acreditar que el daño causado sea consecuencia del actuar normal o anormal del Servicio Público de Salud, sino de la propia gravedad de las lesiones sufridas, en las que el tratamiento dentro o fuera del centro hospitalario resultaba intrascendente y su resultado dependía más de la propia naturaleza del organismo que del tratamiento a aplicar ante



las casi nulas posibilidades de curación, pues como ha declarado este mismo Tribunal en algún otro supuesto análogo en el que el daño causado no obedece al funcionamiento del Servicio Público, ni al actuar del personal que lo integra, sino a la gravedad de las propias lesiones, o a las dificultades presentadas espontáneamente durante una intervención quirúrgica o durante la curación de las lesiones sufridas, no cabe exigir que se resuelvan siempre favorablemente sin daños ni menoscabo alguno cuando se han empleado los medios ordinarios para ello, pues la obligación del Servicio de Salud y del Personal a su servicio no es la de obtener siempre un resultado positivo sin daño, sino poner los medios y cuidados necesarios para curar con independencia de su resultado”.

En el presente caso, la menor fue llevada a urgencias el 5 de noviembre de 2004 al que acude por febrícula y fatiga. Se le realizan una serie de exploraciones físicas y complementarias (radiografía de torax, electrocardiograma y saturación transcutánea de oxígeno), sin observar en ellas ninguna deficiencia respiratoria. La niña había sido estudiada de un proceso dermatológico los días 1 y 2 de noviembre, quedando pendiente de los resultados de la analítica y biopsia tomadas.

En relación con la asistencia prestada en Urgencias, puede considerarse que en todo momento fue llevada a cabo conforme a *lex artis ad hoc*. La atención de los servicios de urgencias tiene como objetivo la detección de signos de compromiso vital, para realizar atención inmediata en el mismo hospital, o para -en su ausencia- derivar a consulta especializada; el día 5 de noviembre de 2004, cuando la niña es llevada al Servicio de Urgencias, no presenta patología urgente ya que la fatiga referida se contradecía con la inexistencia de signos de insuficiencia respiratoria y, por ello, se deriva a su pediatra y se insta a acudir nuevamente al Servicio de Urgencias en caso de persistir o agravarse la clínica.

Se alega por el reclamante que no se solicitó, cuando la niña estaba en Urgencias, su Historia Clínica. Cuando un paciente es estudiado en Urgencias no se reclama, con carácter general, su Historia Clínica al Archivo Central. Se suele reclamar cuando, por sus antecedentes personales, existen patologías cuya valoración deba ser valorada de cara al cuadro que en ese momento presenta el paciente. La razón por la que acuden a urgencias (febrícula y fatiga) no estaba ligada con el proceso dermatológico anterior.



Al ser ingresada el día 9 de noviembre, es cuando se advierte que está pendiente el resultado de la biopsia para el día 3 de diciembre de 2004. Es en ese momento (tal y como se recoge en el informe emitido por el Jefe de Servicio de Escolares) cuando se tiene la primera noticia, a través de la Historia Clínica del Archivo Central, de la analítica efectuada el día 2 de noviembre en el Servicio de Dermatología.

Al acudir a Urgencias la menor no presenta signos de gravedad. Es cuando ingresa en Pediatría, el 9 de noviembre de 2004, cuando se advierte el cambio de su situación, iniciándose un tratamiento con urgencia y realizándose todas las pruebas precisas para determinar su diagnóstico. Tal y como se manifiesta en los informes del Jefe del Servicio de Escolares y de la inspección médica, todo hace pensar en una leucemia aguda muy verosímilmente de estirpe mielocítica, más concretamente en una leucemia promielocítica aguda, rara en la infancia, que con mucha frecuencia debuta con manifestaciones hemorrágicas que comprometen seriamente la vida. Por las razones referidas hubiera sido muy difícil efectuar el diagnóstico o sopesarlo con anterioridad.

Como se expresa en el informe de Dictamen qqqqq, "La forma de leucemia mieloblástica aguda primielocítica con debut brusco hemorrágico que presentó nuestra paciente, se corresponde, según se desprende de la revisión de la bibliografía científica, con una elevadísima mortalidad en las primeras horas o días de insaturados los síntomas". También se indica que la paciente fue diagnosticada y tratada correctamente y que el fallecimiento de la menor se debió exclusivamente a la grave patología presentada.

A su vez, el Jefe de Servicio de Escolares, en relación con el tratamiento de la patología de la menor, manifiesta que "El ácido transretinoico es incapaz de influir sobre la situación clínica de los pacientes cuando éstos han padecido las temidas hemorragias como forma de presentación de la enfermedad. El caso de nuestra paciente corresponde claramente a esa eventualidad y no pudo beneficiarse del ácido retinoico". En el mismo sentido se pronuncia el informe de la Inspección Médica.

Por lo tanto, se puede concluir que la actuación médica se produce conforme a la *lex artis ad hoc*, ocurriendo el fatal desenlace a causa de la patología de la enfermedad, por lo que se rompe el nexo de causalidad entre



los daños producidos y la actuación de los Servicios Médicos sanitarios, no procediendo por ello la indemnización solicitada.

En apoyo de lo expuesto se puede citar, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de enero de 2007, que dice: "Hay que partir de un presupuesto esencial que los diagnósticos y las pruebas a realizar tienen como punto de partida la clínica que presenta o refiere el paciente.

»En este caso, la sintomatología que presentaba el menor es totalmente frecuente a esa edad. Se le diagnostica una otitis media y faringitis, dolencias habituales. Parece que el único síntoma `extraño´ era la coloración pajiza. Las petequias no surgen hasta el 8 de julio, cuando se encuentran de vacaciones -tal como refirieron los padres a su ingreso en el Hospital (...)-, no existe en las consultas anteriores manifestación alguna acerca de la facilidad de los moratones, ni evidencia de su existencia. La fiebre -de 39º- que presentaba cuando acudió al Ambulatorio de (...) era de 15 horas de evolución, según refirieron los padres. Y lo que es más importante es que aún cuando -siguiendo la apreciación del Informe Pericial de la actora emitido por la Dra. (...) - el día 29 de junio se le hubiera hecho al menor una analítica de sangre, el diagnóstico se habría anticipado once días, sin que, desde, luego haya quedado acreditado -circunstancia esencial para apreciar una eventual responsabilidad patrimonial de los Servicios de Salud (...)- que la anticipación en 11 días del diagnóstico hubiera impedido el fatal desenlace, consecuencia de las "complicaciones de la enfermedad y su tratamiento", por lo que falta el primer presupuesto para poder acoger la pretensión actora que es la existencia de una relación de causalidad entre el desgraciado fallecimiento del niño y la actuación de los médicos que le atendieron el 29 de junio en el Servicio de Urgencias del ambulatorio de (...) y en el Centro de Atención Primaria el 4 de julio de 2002.

»No existe un solo dato -y esto era lo esencial, al margen de las dificultades que la identificación de esta enfermedad conlleva- que evidencie que el retraso diagnóstico de once días haya sido la causa del fallecimiento".

A mayor abundamiento también se puede señalar la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de julio de 2001, cuando dice que "Se puede deducir, en conclusión y conforme a lo razonado en la Sentencia de instancia, que las lesiones aquí cuestionadas no tienen su origen en la forma en que se prestó la



asistencia sanitaria, siendo, en cierto modo, inherentes y derivadas de la propia patología del enfermo. No existiendo, en consecuencia, la relación de causalidad directa e inmediata que se pretende. Debe recordarse a este respecto que ya la Ley 30/92, en su primitiva redacción señalaba en el art. 141.1 que «solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, no puede concluirse que la asistencia recibida por el paciente constituya un supuesto de infracción de la *lex artis ad hoc*, sino que, por el contrario, debe considerarse que las actuaciones sanitarias llevadas a cabo fueron correctas.

7ª.- En cuanto a los daños morales, la jurisprudencia viene exigiendo que éstos, cuando concurren y se soliciten, deben valorarse de forma motivada y justificada suficientemente, sobre la base de las pruebas en las que se funde la existencia misma del daño moral y, aunque su existencia pueda no admitir o exigir prueba, sí admite y debe exigirse prueba de los hechos y circunstancias en que se basa la existencia del daño moral. En este sentido cabe citar las Sentencias del Tribunal Supremo de 16 de enero de 2003 (recurso 7.508/1998) y de 10 de diciembre de 2002, (recurso 3.865/2001).

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 D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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