



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y  
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, 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 24 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, D. zzzzz, D. vvvvv y Dña. ttttt*, 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 13 de marzo 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 Dña. xxxxx, D. zzzzz, D. vvvvv y Dña. ttttt debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ggggg en el Hospital hhhhh*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 204/2007, 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 la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

**Primero.-** El 14 de febrero de 2005, Dña. xxxxx, D. zzzzz, D. vvvvv y Dña. ttttt solicitan el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración.



Aunque mencionan hechos anteriores, los más directamente relacionados con el objeto de la reclamación comenzarían el 12 de noviembre de 2003; en esta fecha señalan los reclamantes que D. gggggg acudió a su médico de cabecera, por diarreas y molestias en el ano. Es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, donde le dicen que tiene hemorroides muy avanzadas. Le citan para marzo de 2004, a fin de practicarle una colonoscopia.

En diciembre de 2003 D. gggggg, de 54 años, acude al médico de cabecera quejándose de fuertes dolores en el vientre. Realizadas ciertas pruebas, se le comunica que no se encuentra nada concreto, recomendando repetir las pruebas si persiste el dolor.

El 29 de enero de 2004 el paciente vuelve a sentir dolores abdominales. Se ordena análisis de orina y sangre. El 31 de enero acude, a las 20,00 horas, al Hospital hhhhh por fuertes dolores abdominales. A partir de este día hasta el 16 de febrero permanece ingresado. Los reclamantes insisten en que padecía dolores de vientre, pero que los servicios médicos se centraron en una mancha en el pulmón por sospechar posible cáncer. Le realizaron diversas pruebas, confirmando el cáncer de pulmón, pero "respecto de los dolores de abdomen no le diagnosticaron nada, aunque Santos seguía quejándose".

Tras el alta, sigue con fuertes dolores en el vientre. El 17 de febrero vuelve al Servicio de Urgencias del mismo hospital; el 18 de febrero la familia solicita encarecidamente el traslado a otros hospitales. Les comunican que el paciente está en estado grave y que en xxxxx, en casos de cáncer, evalúan las posibilidades de intervenir. La familia insiste en el dolor abdominal. Les derivan al Servicio de Digestivo, donde se les dice que sólo han encontrado en la exploración gases y líquidos.

El 19 de febrero el médico de cabecera va a visitarlo al domicilio y extiende un volante para ser ingresado nuevamente en el Hospital hhhhh. El paciente se niega, pues aquí "no han sabido curar sus males". Los hermanos deciden trasladarlo al Hospital cccc de xxxxx, a donde llegan a las 3,30 del 20 de febrero. En dicho hospital es intervenido, falleciendo a las 18,45. La Dra. bbbbb certifica la defunción por isquemia mesentérica. Añaden los reclamantes que los doctores les informan de que efectivamente existía un problema real de abdomen, a tenor de los dolores que venía soportando, y del desenlace final por obstrucción de la circulación sanguínea en toda la zona intestinal.



Los reclamantes consideran que hubo déficit asistencial, pues pese a sufrir su hermano durante meses dolor abdominal, no se le hicieron las pruebas oportunas para conocer la posible dolencia en el abdomen del paciente. Señalan que la colonoscopia prescrita para marzo de 2004 hubiera diagnosticado el cuadro isquémico. Alegan que en enero de 2004, cuando acudió al Hospital hhhhh por dolor abdominal de dos semanas de evolución, se hizo un examen incompleto, diagnosticándosele una neoplasia de pulmón, pero sin hacer pruebas que descartaran la patología a nivel abdominal. Que al día siguiente del alta, se acudió de nuevo al repetido hospital, por dolor intenso en hipocondrio derecho con vómitos biliares, y tampoco se sospecha la posibilidad de una isquemia mesentérica. Entienden que se pudo y debió prever y evitar el fallecimiento de su hermano, pues a la vista de la clínica, del motivo de las consultas y de sus antecedentes, debió sospecharse el cuadro. El dolor abdominal intenso y progresivo, con afectación general, eran factores de riesgo que debieron obligar a considerar la posibilidad de isquemia mesentérica. Concluyen que cuando se trasladó al paciente a xxxxx, el cuadro estaba muy avanzado, "con presencia de acidosis metabólica y neumatosis, signos de una fase tardía del cuadro abdominal y de lesión avanzada". A pesar de que se sospechó y se diagnosticó inmediatamente la dolencia, y que se intervino el mismo día de su ingreso, no se pudo evitar el fallecimiento.

Finaliza el escrito exponiendo que hay responsabilidad del Sacyl por negligencia y falta de asistencia. Reclaman 450.000 euros.

**Segundo.-** El informe de la Inspección Médica contiene un resumen de los hechos, del que cabe destacar los siguientes párrafos:

"- D. ggggg ingresa en el Servicio de Traumatología en fecha 09/02/02 por cuadro doloroso en cadera izquierda, se realizan los estudios oportunos (Anexo del 15 al 37) y es dado de alta en fecha 19/02/02 dado que el paciente se encuentra en situación prácticamente asintomática según consta en el informe del Servicio de Traumatología (Anexo 15).

»- D. ggggg es derivado en fecha 12/11/03 por su médico de cabecera al Servicio de Urgencias por proctalgia y sangrado rectal espontáneo (Anexo 38). Es visto en el Servicio de Urgencias en dicha fecha siendo la impresión diagnóstica posible hemorroide trombosada. Se realiza interconsulta con Cirugía, constando en el informe: Prolapso rectal con mucosa levemente



ulcerada. Hemorroides de tiempo más de 10 años con rectorragia ocasional tras la deposición, incontinencia para gases y ocasionalmente heces líquidas. Exploración: prolapso rectal que se reduce. Se indica solicitar cita preferente para consulta de Cirugía para estudio (colonoscopia y estudio incontinencia) (Anexo 39).

»En dicha fecha 12/11/03 se solicita: bioquímica, hemograma y pr. coagulación (Anexos 40 y 41).

»- En fecha 18/11/03 consta informe relativo a D. ggggg del Servicio de Cirugía de consulta externa en donde se informa que es remitido desde Urgencias para estudio, colonoscopia y de su prolapso, una vez realizado estudio colonoscópico continuar con estudio de su incontinencia (Anexo 42).

»- En fecha 31/01/04 D. ggggg es visto en el Servicio de Urgencias, en dicho informe consta: Dolor abdominal de dos semanas de evolución, periumbilical, continuo. No náuseas ni vómitos. Buen apetito. Deposiciones normal. Orina normal. Dice que perdió peso en los dos últimos meses que achaca a una diarrea que tuvo. En la exploración consta abdomen blanco, depresible. Hepatomegalia dolorosa TR: N. AC-P: N. Resto SHV. Se realizan pruebas complementarias y la impresión diagnóstica es: Dolor abdominal? SD constitucional. Masa pulmonar a estudio. Se solicita ingreso en Neumología (Anexo 51).

»- Durante el ingreso en el Servicio de Neumología se destaca lo siguiente que se desprende de su historia clínica: (Anexos del 46 al 50).

»•02/02/04: Juicio clínico probable tumor Pancoast. Plan- estudio operabilidad reseabilidad.

»•04/02/04: el paciente continúa con molestias abdominales. Afebril. Se solicita TAC con contraste toracoabdominal para ver estadiaje y afectación vascular.

»•05/02/04: Refiere molestias abdominales aunque se calman con analgésico. Deposiciones normales. Afebril. Abdomen blanco y depresible. RHA ⊕. No palpo masas ni megalias. Presenta dolor a la palpación sobre todo a nivel de hemiabdomen derecho y subdiagramático.



»•06/02/04: Se encuentra bien. No tiene síntomas respiratorios. Ayer después de cenar presentó molestias abdominales (centroabdominales). Hace una deposición al día. El dolor le cedió con nolutil. Afebril. Abdomen blando y depresible. No palpo masas ni megalias. Dolor a la palpación abdominal difusa sobre todo centroabdominal. RHA ⊕.

»•09/02/04: Se solicita resonancia. Mejoría afectación abdominal con la buscapina.

»•10/02/04: Sigue igual. Está pendiente de resonancia.

»•11/02/04: Todavía presenta molestias abdominales. Abdomen blando depresible con matidez subdiafragmática-epigástrica dolorosa a la palpación en dichas regiones.

»•12/02/04: Se le realiza broncoscopio con biopsias transbronquiales. Pendiente de resultado de resonancia. Continúan molestias abdominales sobre todo nocturnas.

»•13/02/04: Se encuentra bien. Ayer comenzó ya con molestias y hoy presenta dolor a nivel de la región apical de hemotórax izquierdo en su parte posterior. Es continuo y no se relaciona con los movimientos. Ayer por la noche no dolor abdominal. Afebril. Abdomen molestias a la palpación subdiafragmática derecha-apigástricas. Pendiente de resultados (RMN, AP y micro). I.D.: Ca. Broncogénico. LSI T2-3 N1-M0.

»•15/02/04: Molestias abdominales difusas. Menos dolor en hombro. Pendiente de anatomía patológica. (...).

»- En fecha 17/02/04 D. ggggg acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh (Anexo 91) porque desde el alta persiste intenso dolor en HD con vómitos biliares. No fiebre. También debilidad EII. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e HD. RHA⊕. Impresión diagnóstica: Neo pulmón LSI. Dolor abdominal. Se realiza interconsulta a Digestivo y Neumología. Se realiza TAC craneal (SHV) y eco abdominal (sin líquido libre). En fecha 18/02/04 el Servicio de Digestivo (Anexo 92) informa de: varón de 54 años con antecedentes de neo de pulmón dado de alta del Servicio de Neumología. Refiere desde hace más de un mes dolor abdominal difuso



continuo que no se modifica con la ingesta. No alteración del hábito intestinal. TAC abdominal 06/02/04 normal. Acude por persistir el dolor. Se realiza analítica y se solicita radiografía abdomen bipedestación y eco abdominal. Si el estudio es normal enviar a consulta de aparato digestivo como despistaje para solicitar enema opaco y completar estudio.

»- Con fecha 20/02/04 D. ggggg es trasladado por su familia a xxxxx siendo visto en el Hospital ccccc en la Unidad de Agudos de Urgencias (Doc. 35). Presentando a la exploración un abdomen duro, no depresible doloroso a la palpación de forma generalizada. Realiza defensa voluntaria siendo difícil apreciar masas y/o megalias RHA  $\Theta$ . Abdomen en tabla. Siendo el juicio clínico obstrucción intestinal derivado. Insuficiencia renal. Hipoglucemia. Acidosis metabólica.

»- En informe emitido por el Servicio de Cuidados Intensivos de Cirugía (Doc. 36) consta que el paciente acude a Urgencias el día 20/02/04 por cuadro de dolor abdominal de días de evolución, con distensión y ausencia de deposición en los últimos 3 días. En la exploración consta abdomen distendido y doloroso de forma difusa, con defensa e irritación peritoneal. Livideces en flancos, con mala perfusión periférica. TAC abdominal torácico: derrame pericárdico, posible isquemia intestinal o neumatosis. Mínima cantidad de líquido libre peritoneal. Se decide tratamiento quirúrgico urgente por abdomen agudo. Tratamiento quirúrgico en fecha 20/02/04. Laparotomía media. A la exploración escaso líquido libre intraabdominal, isquemia intestinal desde el ángulo de Treitz incluyendo el intestino grueso. Ante los hallazgos se decide no realizar ninguna maniobra quirúrgica. Cierre de laparotomía. El paciente ingresa en la Recuperación con intubación orotraqueal y sedación, falleciendo a las 18:45 horas. Diagnóstico: trombosis mesentérica masiva”.

El resumen de los hechos efectuado por la Inspección recoge también las hojas de valoración de enfermería del 3 al 15 de febrero de 2004, apareciendo casi todos los días la referencia a dolor abdominal y a su tratamiento con analgesia.

**Tercero.-** Consta en el expediente diferente documentación, de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.



- Informe de 10 de marzo de 2005 de la Dra. ddddd, del Servicio de Cirugía del Hospital hhhhh.

- Informe de 30 de marzo de 2005 del Dr. ppppp, del Servicio de Neumología del Hospital hhhhh.

- Informe de la Inspección Médica de 21 de septiembre de 2005, con las siguientes conclusiones finales:

“D. ggggg fue ingresado en el Servicio de Neumología por presentar masa pulmonar a estudio, durante el ingreso presentó molestias abdominales que cedían con analgésicos, presentaba a la exploración un abdomen blanco y depresible, aunque doloroso a la palpación.

»Según informa el Servicio de Neumología, desde el punto de vista neumológico se realizaron los estudios necesarios para el diagnóstico correcto de su patología, no progresando en ningún otro estudio al no sugerirlo la clínica del paciente.

»D. ggggg fue valorado en fecha 17/02/04 por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh por persistir intenso dolor abdominal, en la exploración presentaba abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e HD derecho. Se solicita interconsulta a Digestivo, siendo valorado por el Servicio de Digestivo solicita analítica, Rx de abdomen y eco abdominal, indicando si es normal enviar a consultas de aparato digestivo como despistaje, para completar estudio.

»Según consta en el escrito presentado por los herederos de D. ggggg en fecha 19/02/04 su médico de cabecera que acude a visitarle a su domicilio acaba por extender un volante para ser ingresado nuevamente en el Hospital hhhhh, decidiéndose por parte de los hermanos trasladar al paciente a xxxxx.

»Según se desprende del informe del Servicio de Urgencias del Hospital cccc de fecha 20/02/04 el paciente presentaba abdomen duro, no depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, realiza defensa voluntaria, difícil apreciar masas y/o megalias. RHA  $\Theta$ . Abdomen en tabla.



Decidiéndose tratamiento quirúrgico urgente por abdomen agudo, realizándose laparotomía exploradora, siendo el diagnóstico trombosis mesentérica masiva”.

- Informe de los doctores wwwww, qqqqq, fffff y nnnnn de 6 de noviembre de 2005, con estas conclusiones:

“1. El paciente acudió a la urgencia del HDB en diferentes ocasiones desde febrero de 2002, sin que tenga relación alguna las patologías que presentó.

»2. En noviembre de 2003, acude por un cuadro de trombosis hemorroidal y rectorragias, la médico que le atiende actúa de manera correcta, reduciéndole el prolapso hemorroidal y derivándole a una consulta de cirugía para estudio de la incontinencia y realización de una colonoscopia.

»3. En enero de 2004 es ingresado de manera correcta para estudio de un síndrome constitucional y una neoplasia avanzada de pulmón izquierdo. La patología en este ingreso, tampoco tiene nada que ver con los ingresos anteriores.

»4. Durante su estancia en el servicio de neumología se realizan pruebas de imagen para dolor abdominal que resultan todas negativas.

»5. Tras el alta es visto de nuevo en la urgencia del HDB, sin que se apreciara la existencia de un abdomen agudo, de origen vascular.

»6. A la vista de las exploraciones realizadas, sospechar que el paciente presentaba un abdomen agudo de etiología vascular es difícil de sostener.

»7. La trombosis mesentérica es una enfermedad con una altísima mortalidad, por encima del 60-70%, que evoluciona en horas, por lo que es difícil de mantener que meses antes de su aparición, el paciente ya presentara síntomas de la misma.

»8. Pasadas entre 6 y 12 horas desde el inicio del cuadro, el intestino isquémico es irrecuperable.





»9. No es posible determinar si la isquemia se debió a una trombosis mesentérica masiva o a una embolia de la mesentérica superior.

»10. El cuadro puede estar relacionado con el síndrome paraneoplásico que presentaba el paciente por su neoplasia avanzada de pulmón.

»11. A la vista de la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que atendieron al paciente en el HDB, lo hicieron de manera correcta de acuerdo con la *lex artis*.

**Cuarto.-** Tras practicarse el trámite de audiencia, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones reiterando su solicitud; en dicho escrito se analiza en especial el informe de la Inspección Médica, partiendo de sus conclusiones para apoyar la tesis inicial de aquéllos. Se insiste en que las citadas conclusiones confirman que el motivo de la consulta, el 31 de enero de 2004, era dolor abdominal, y no se hizo un diagnóstico etiológico de este motivo; que dicho dolor persistió durante el ingreso, administrándole analgésicos a pesar de la ausencia de dicho diagnóstico; que no se hicieron las pruebas diagnósticas más elementales, quedando pendiente un estudio por el Servicio de Digestivo.

Se señala, además, que el 17 de febrero, el día siguiente al del alta, volvió al Servicio de Urgencias por el mismo motivo, figurando que se solicitó una radiografía simple de abdomen y que, sin embargo, no figura en la historia clínica el resultado de esta prueba; que se solicitó interconsulta al Servicio de Digestivo, que señaló unas pruebas complementarias indicando enviar a consulta sin conocer siquiera los resultados de las pruebas solicitadas. Finalmente, señala el escrito que la ecografía de abdomen realizada al paciente el 18 de febrero informa que no se permite una adecuada valoración del resto del abdomen, al no visualizarse bien. Se concluye indicando que de los hechos tiene conocimiento la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

**Quinto.-** Con fecha 6 de febrero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.



**Sexto.-** El 16 de febrero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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, sustancialmente, 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.

**3ª.-** Concurren en la parte interesada 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 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 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 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 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.-** La parte reclamante ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de



noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera, a la vista de la documentación obrante en el expediente, que ha de ser desestimada la reclamación planteada.

El asunto en cuestión exige la aplicación de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, 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 cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), 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.



La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud, pues de la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no hay prueba suficiente para considerar infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*.

Al respecto, cabe efectuar las siguientes consideraciones:

- La conclusión 11 del dictamen médico de los doctores nnnnn, wwwww, fffff y qqqqq, especialistas en cirugía general y digestivo los tres primeros, y en cirugía general y pediátrica el último, es claramente favorable a que en este caso se respetó la *lex artis*, pues dice así:

"A la vista de la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que atendieron al paciente en el HDB, lo hicieron de manera correcta de acuerdo con la *lex artis*".

Cabe resaltar que en el trámite de audiencia, los reclamantes no rebaten sustancialmente las diversas consideraciones que contiene el informe de los citados galenos; en sus alegaciones se basan en las conclusiones de la Inspección Médica para efectuar diversos razonamientos que tratan de demostrar la asistencia inadecuada, pero sin la fuerza suficiente, en opinión de este Consejo, para desvirtuar las conclusiones del informe de los repetidos doctores. Téngase en cuenta al respecto que las conclusiones de la Inspección Médica son descriptivas de lo que refleja la historia clínica, sin efectuar juicios sobre la actuación de los servicios sanitarios.

- En cuanto a la alegación de que respecto a la radiografía simple de abdomen en bipedestación –que aparece indicada el día 17 de febrero de 2004– “no figura en la historia clínica del paciente el resultado de dicha prueba diagnóstica”, hay que señalar que es cierto, pero que este dato no es desconocido para los doctores ya citados, conforme al resumen de los hechos que efectúa en su informe, lo cual no les impide formular la conclusión final ya citada. Además cabe también resaltar, en relación a la visita a urgencias del 17 de febrero de 2004, las dos siguientes conclusiones de dicho informe:

"5. Tras el alta es visto de nuevo en la urgencia del HDB, sin que se apreciara la existencia de un abdomen agudo, de origen vascular.



»6. A la vista de las exploraciones realizadas, sospechar que el paciente presentaba un abdomen agudo de etiología vascular es difícil de sostener”.

- Ha tenido en cuenta también el Consejo que las alegaciones de la parte reclamante no tienen un respaldo de informe técnico médico que se pronuncie expresamente a favor de su tesis, mientras que la desestimación tiene un importante apoyo en el informe médico de los doctores wwwww, qqqqq, fffff y nnnnn de 6 de noviembre de 2005.

Todo ello nos permite concluir que no hay pruebas que conduzcan a considerar con la necesaria seguridad que se infringió la *lex artis ad hoc*, como ya se ha señalado, procediendo, en consecuencia, desestimar la reclamación formulada.

### **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. xxxxx, D. zzzzz, D. vvvvv y Dña. ttttt debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ggggg en el Hospital hhhhh.

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