



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

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 11 de diciembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2*, 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 12 de noviembre de 2008, 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. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia que le fue prestada a su padre, D. vvvvv, en la Residencia "hhhh1", de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 13 de noviembre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.013/2008, 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. Pérez Solano.

**Primero.-** Con fechas de 8 enero y 24 de marzo de 2008, D. xxxx1 y Dña. xxxx2 presentan sendos escritos de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la falta de atención y asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. vvvvv, en la residencia mixta de personas



mayores "hhhh1" de xxxxx, donde ingresó con carácter temporal para recuperarse de una fractura de cadera el 1 de febrero de 2005, falleciendo en el Hospital hhhh2 de xxxx3 a causa de una neumonía abcesificada. Reclaman por ello 60.325,60 euros.

Exponen, como fundamento de su reclamación, que ante la ausencia de médicos durante el fin de semana, la neumonía que presentaba su padre no fue detectada a tiempo y que, cuando fue trasladado desde la Residencia "hhhh1" para ser atendido en un centro hospitalario, era demasiado tarde. Analizan con escrupuloso detalle las, a su entender, inadecuadas e inexactas actuaciones asistenciales seguidas por el personal de la citada Residencia.

Durante la instrucción del procedimiento se presenta por los interesados la siguiente documentación:

- Copia de partidas de nacimiento.
- Copia de la escritura notarial del testamento de D. vvvvv.
- Documentación acreditativa de la liquidación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- Copia de la declaración del IRPF del causante correspondiente al año 2004.
- Partida de defunción.
- Testimonio de las Diligencia Previa instruida por el Juzgado de Instrucción Nº 2 de xxxxx, que concluyen mediante Auto de 2 de enero 2007 por el que se decretó el sobreseimiento libre y el archivo de las actuaciones.

**Segundo.-** Mediante Resolución de 9 de mayo de 2008, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades y Presidente del Consejo de Administración de la Gerencia de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, se designa instructor del procedimiento, siendo notificado a los interesados.

**Tercero.-** El 20 de junio de 2008 el Director de la residencia mixta "hhhh1" de xxxxx emite informe, del que interesa destacar lo siguiente:



“El Sr. D. vvvvv ingresó, por Estancia Temporal, el día 1 de febrero de 2005 y causó baja, por fallecimiento, el día 30 de marzo de 2005; conviene precisar que el 21 de marzo fue trasladado al Hospital de xxxxx, acompañado, como marca el protocolo por una auxiliar de enfermería, y desde allí a otro Centro Hospitalario, falleciendo fuera de la Residencia hhhh1 de xxxxx. (...)

»Por las declaraciones del médico del Centro, se determina que el día 16 de marzo -recuérdese que los hechos por los que se tomó declaración son del 16 al 21 de marzo- no consideró que el estado del Sr. vvvvv fuera significativo en ningún sentido, por lo que no hizo ninguna anotación en la hoja de evolución. El día 17 las auxiliares le informan que tiene catarro y fiebre, y realizada la exploración física (auscultación cardiaca, respiración, temperatura) no presentó neumonía, por cuanto si hubiera presentado neumonía hubiera debido tener un cuadro más abigarrado, con una pluralidad de manifestaciones que en ese momento no se presentaban más allá de la fiebre.

»En otras palabras, con los datos médicos que se disponían el día 17 era imposible hablar de una neumonía instaurada. Sin embargo, era probable que tuviese un síndrome gripal en paciente no vacunado. Y es ahí donde la familia tiene su responsabilidad, por cuanto consta que el Sr. vvvvv no fue vacunado en su domicilio, siendo un paciente de riesgo; por consiguiente, la familia del Sr. vvvvv actuó negligentemente y debe responder por ello. Por tanto, la parte preventiva, a través de vacunaciones, que en las personas mayores adquiere especial relevancia, fue descuidada claramente por la familia del Sr. vvvvv.

»Por parte del médico, considerando que una gripe en una persona mayor puede derivar en una neumonía bacteriana de forma consecutiva o bien con intervalo, le administró un tratamiento sintomático y también un antibiótico Actina 400, que está indicado para las neumonías comunitarias, siempre que no sean graves, y se le dio de forma preventiva al no estar el Sr. vvvvv -no lo olvidemos-, vacunado por negligencia de su familia. Sólo si hubiera presentado un cuadro de neumonía más abigarrado hubiera sido necesario un ingreso hospitalario y el suministro de otros antibióticos.



»El día 18 el Sr. vvvvv estaba apirético, es decir, sin fiebre, y no se observaron cambios en la exploración pulmonar. El mismo día 18 los familiares pidieron permiso para llevarse al Sr. vvvvv a comer a casa el día 19 de marzo (día del padre), por lo que se colige que ellos mismos no verían tan mal a su padre.

»La gráfica de tensiones de ese día eran normales y el ritmo cardiaco se encontraba entre 82 y 84, siendo el del día de su ingreso de 85. Este dato es relevante por cuanto en una neumonía el oxígeno que llega al organismo, con carácter general, es menor y por lo tanto existe una mayor demanda y aumenta la frecuencia cardiaca.

»Durante el fin de semana no hay servicio médico propio, a tenor del horario aprobado para los dos médicos (actualmente sólo hay uno) que se reparten entre mañana y tarde de la semana, siendo materialmente imposible cubrir los fines de semana, a no ser que sea a costa de las tardes de los días de diario. Para los fines de semana están los médicos de guardia; obviamente, hay enfermeras en la Residencia, pero una auscultación no es competencia de ellas.

»Finalmente, el día 21 el médico de servicio por la mañana le puso aractam y como vio que el cuadro era de ingreso hospitalario decidió trasladarlo al Hospital, acompañado por una auxiliar de enfermería, tal como está protocolizado.

»Los medios para un diagnóstico de los que disponía el Centro eran un pulsioxímetro, fonendoscopio y los datos de la clínica derivados de la exploración física. Recuérdese que una Residencia, a los efectos funciona como un Centro de Atención Primaria, y no puede contar con el aparataje de RX ni laboratorio con el personal correspondiente, propios de un Servicio de Atención Especializada.

»En cuanto a los protocolos de actuación de los médicos y enfermeras es menester decir que en esta Residencia no existen tales procedimientos de actuaciones, al menos de una forma tan explícita como en un Centro Hospitalario, donde tienen una aplicación precisa: urgencias, UVI, ... En la Residencia Mixta, los protocolos médicos de actuación se traducen en órdenes y prescripciones médicas; asimismo, las enfermeras cumplen las



prescripciones del facultativo y las auxiliares de enfermería llevan a cabo las órdenes de las enfermeras, y así se obró en el caso del Sr. vvvvv.

»Hay, sin embargo, protocolos generales del Centro (incendios, ingresos...), algunos de los cuales afectan más directamente al personal sanitario, como el de acompañamiento y sujeción.

»Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen un planing de trabajo, que se adjunta; el Departamento Médico de la Residencia Mixta, equivalente a la Atención Primaria para los residentes del Centro, actúa a dos niveles de consulta: consulta en el despacho médico y consulta a demanda -si el residente lo requiere o el personal a su cuidado (enfermeras y auxiliares de enfermería) lo solicitan-, aparte de otras tareas complementarias, como informar a familiares de residentes (...).

»La cartera de servicios es la propia de toda residencia de la Gerencia de Servicios Sociales y se aporta el reglamento donde se indican horarios, servicios, etc. Asimismo se aporta, por su interés la declaración judicial del Dr. dddd1”.

Junto con el citado informe, se incorpora la siguiente documentación:

- Plan de actividades del servicio médico.
- Planning de auxiliares de enfermería.
- Planning de enfermería.
- Reglamento de régimen interior.
- Planning del servicio de fisioterapia.
- Planning y objetivos del servicio de terapia ocupacional.
- Protocolos de acompañamiento de residentes.
- Protocolo de sujeción de seguridad.



**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia el 21 de julio de 2008, no consta que se hayan presentado alegaciones.

**Quinto.-** El 1 de septiembre de 2008 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada.

**Sexto.-** El 23 de septiembre de 2008 la Asesoría Jurídica de la Gerencia de Servicios Sociales informa favorablemente la propuesta de resolución.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para 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 C), por analogía con la regla B), apartado a), 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

**3ª.-** Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Presidente del Consejo de Administración de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, en virtud de lo dispuesto en el artículo 89, en relación con el artículo 82.2, ambos de la



Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La parte interesada 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, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante. Y es que, si bien el fallecimiento de D. vvvvv se produce el 30 de marzo de 2005, consta en el expediente la incoación de procedimiento penal por los mismos hechos, lo cuales concluyen mediante Auto de sobreseimiento de 2 de enero de 2007, siendo notificado al interesado el día 8 de enero del mismo año. Debe entenderse que las actuaciones penales tienen efecto interruptivo, ya que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal aparece como necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial.

**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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

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, 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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica concreta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia que le fue prestada a su padre, D. vvvvv, en la Residencia "hhhh1" de xxxxx.

El fondo del asunto requiere analizar si en la asistencia prestada al padre de los reclamantes en la residencia mixta de personas mayores "hhhh1" desde el 1 de febrero de 2005 -fecha en la que ingresó- y, fundamentalmente, desde el día 16 de marzo de 2005, hasta el día 21 de marzo de 2005, fecha en que fue derivado al Hospital Comarcal de xxxxx primero y al Hospital hhhh2 de xxxxx3 posteriormente, donde falleció, concurren los requisitos exigidos para apreciar la responsabilidad de la Administración.





En el escrito que inicia la reclamación de responsabilidad patrimonial no se aduce ningún reproche al tratamiento sanitario en los dos hospitales en los que fue atendido, centrándose el fundamento de la reclamación en que la asistencia que recibió en la residencia de mayores fue “defectuosa” e “inadecuada”; consideran que fue ésta la causa del fallecimiento de su padre, principalmente en lo que respecta al error de diagnóstico -imputable a los facultativos que atendieron al residente- sobre la entidad de las dolencias que padecía, y en la tardanza en trasladar al paciente a un centro sanitario especializado.

Este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de resolución remitida, que conduce a desestimar la reclamación. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que la parte reclamante imputa a los servicios asistenciales públicos.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica. 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, 3.657/2002 y 3.623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios -debe recordarse aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, 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 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 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.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

En este sentido se puede citar la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, de fecha 10 de diciembre de 1996, en la que se establece, respecto a un posible error de diagnóstico, que "dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, (...) en tal supuesto, se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica".

En el caso sometido a dictamen, es necesario valorar si la asistencia médica prestada a D. vvvvv resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc* y si el diagnóstico del médico que le asistió puede o no considerarse erróneo.

D. vvvvv presentaba, como antecedentes de interés, el ser un paciente enfermo de Alzheimer en fase 1, que le origina demencia y desorientación, atrofia muscular, con patología cardíaca de conducción auricular con probable bloqueo completo de la rama derecha, semi-bloqueo anterior izquierdo e hipertrofia ventricular izquierda, además de haber sufrido una fractura de cadera, motivo por el que ingresa temporalmente en el citado centro. Asimismo, en el momento de su traslado al Hospital Comarcal de xxxxx no sólo presenta cuadro de neumonía, sino que también se recoge en la documentación remitida fibrilación auricular.



El informe del Director del centro manifiesta que “Por las declaraciones del médico del centro, se determina que el día 16 de marzo -recuérdese que los hechos por los que se tomó declaración son del 16 al 21 de marzo- no consideró que el estado del Sr. vvvvv fuera significativo en ningún sentido, por lo que no hizo ninguna anotación en la hoja de evolución. El día 17 las auxiliares le informan que tiene catarro y fiebre, y realizada la exploración física (auscultación cardíaca, respiración, temperatura...) no presentó neumonía, por cuanto si hubiera presentado neumonía hubiera debido tener un cuadro más abigarrado, con una pluralidad de manifestaciones que en ese momento no se presentaban más allá de la fiebre.

»En otras palabras, con los datos médicos que se disponían el día 17 era imposible hablar de una neumonía instaurada. Sin embargo, era probable que tuviese un síndrome gripal en paciente no vacunado. Y es ahí donde la familiar tiene su responsabilidad, por cuanto consta que el Sr. vvvvv no fue vacunado en su domicilio, siendo un paciente de riesgo”.

A mayor abundamiento, de la documentación remitida se desprende que, al principio, el paciente respondía bien a la medicación pautada (llegando incluso los propios reclamantes a manifestar su intención de llevárselo a comer durante el fin de semana), consistiendo ésta no sólo en la administración de antirépticos, sino también de otros, como “Actira 400”, antibiótico específicamente indicado para neumonía y bronquitis. A ello debe unirse la falta de vacunación del mismo, encontrándose entre los grupos de población en que la misma es aconsejable; omisión no atribuible a la residencia de mayores, toda vez que D. vvvvv ingresa con carácter temporal en febrero de 2005, fecha en la que el mismo ya debería estar vacunado, según se desprende de la propuesta de resolución remitida.

Todo ello permite concluir que en el presente supuesto el tratamiento pautado al paciente no puede considerarse inadecuado, sin que la ausencia de personal médico durante el fin de semana, (reclamación que es atendible desde la óptica del funcionamiento ideal del servicio, pero no desde una perspectiva más modesta del funcionamiento normal de aquél, basado en estándares medios de ponderación, como criterios en los que se asienta el instituto de la responsabilidad patrimonial), pueda considerarse como determinante del fatal desenlace.



No cabe, por tanto, hablar de retraso en el diagnóstico y tratamiento. Tanto las pruebas practicadas como el tiempo empleado en su realización se consideran adecuadas, teniendo en cuenta el cuadro clínico que presentaba el paciente.

A mayor abundamiento, es preciso recordar que para determinar la eventual responsabilidad por parte de los servicios sanitarios, debe tenerse en cuenta, en primer lugar, que la carga de la prueba incumbe al reclamante (*necessitas probandi incumbit ei qui agit y onus probandi incumbit actori*). Los reclamantes articulan su prueba con las manifestaciones que supuestamente fueron vertidas por el médico del Hospital del hhhh2 de xxxx3, manifestaciones que no fueron confirmadas por éste en la declaración testifical formulada con ocasión de las diligencias penales instruidas por los mismos hechos; es más, en ella se recoge “que en un paciente con alzheimer las neumonías son muy frecuentes por las aspiraciones. Que la neumonía es grave y de evolución rápida”.

Es, además, preciso verificar si se produjo una pérdida de oportunidad, esto es, determinar que la causa del fallecimiento se debió a la tardanza en su diagnóstico o por el contrario a los propios padecimientos sufridos por el paciente.

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 apoyo de lo expuesto puede citarse, 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 (...) el día (...) 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 ambulatoria 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”.

Por todo lo expuesto, el hecho de que posteriormente fuera calificada la enfermedad que presentaba el paciente como de neumonía, no implica que desde un primer momento se manifestaran los síntomas que la caracterizan ni, por tanto, que pueda hablarse de infracción de la *lex artis ad hoc*. Ninguno de los médicos que han declarado en las diligencias penales instruidas ha mantenido que el retraso en el tratamiento influyera decisivamente en ese fallecimiento.

Pues bien, desde esta perspectiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, comparte el Consejo Consultivo la propuesta de resolución desestimatoria, por considerar que no concurren en él los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, apreciando que la asistencia sanitaria prestada se ajusta a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al



funcionamiento de la Administración el abandono de los servicios públicos sanitarios al que se refiere la parte reclamante, ni el daño cuyo resarcimiento se pretende.

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 eran adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*; sin que pueda hablarse de error o retraso en el diagnóstico ni en su tratamiento. Debe entenderse, a la luz de datos obrantes en el expediente, que la asistencia sanitaria recibida fue correcta, no apreciándose mala praxis.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia que le fue prestada a su padre, D. vvvvv, en la Residencia "hhhh1", de xxxxx.

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