



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y
Ponente

Sr. Pérez Solano, 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 30 de abril de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y D. xxxx1*, 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 24 de marzo 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. xxxxx y D. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. xxxx2*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite, con fecha 31 de marzo de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 247/2008, 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. Fernández Costales.

Primero.- Con fecha 26 de enero de 2007, se presenta ante la Gerencia de Salud de Área de xxxxx, escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por D. xxxxx y D. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre Dña. xxxx2, a consecuencia de un retraso en el diagnóstico de un cáncer de estómago.



Exponen en su escrito que, ya desde el año 2002, la paciente había manifestado molestias y dolores gastrointestinales, que se agravaron a partir de junio de 2004, confirmándose un cáncer de estómago en octubre de 2004. Indican que la paciente no fue diagnosticada de forma adecuada, siendo "las actuaciones erróneas y negligentes cometidas por parte de los Servicios Médicos de Atención Primaria a cuya responsabilidad estaba la salud de la paciente constituyen una clara vulneración de la *lex artis*". Solicitan una indemnización de 600.000 euros, por los daños ocasionados por la defectuosa asistencia sanitaria a su madre Dña. xxxx2.

Segundo.- Dña. xxxx2, nacida el 24 de mayo de 1942, acude, desde el año 2002 hasta el mes de julio de 2004, en cuatro ocasiones a su médico de familia, en las cuales se le realiza (al incluirla en el programa de detección precoz del cáncer de mama y de útero) mamografía y citología vaginal, que resultan normales; así como analítica, también normal. La paciente refiere, además, encontrarse mejor de un proceso depresivo. En julio de 2004 acude a consulta por presentar un síndrome vertiginoso.

El primer episodio que se recoge en Atención Primaria, referente al trastorno digestivo, es el 3 de agosto de 2004, cuando se solicita analítica y se envía a la paciente a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital hhhhh de xxxxx. En el volante de remisión se refleja "paciente que refiere dolor en el hipocondrio derecho, digestiones pesadas, sobre todo si toma grasas. Juicio Clínico: Colelitiasis. Ruego valoración".

Es muy posible que hubiese sido estudiada días antes del 3 de agosto por patología digestiva, dado que consta la expedición de una receta de omeprazol el día 23 de julio de 2004.

La paciente acude de nuevo a consulta el 17 de agosto de 2004, siendo informada de que la analítica y el hemograma son normales. Siete días después, se le prescribe un antiácido, al seguir con su mala digestión.

El día 21 de septiembre de 2004 acude a la consulta de Atención Primaria, donde se anota que sería vista en Medicina Interna del Hospital el día 5 de octubre. Al realizar dicha consulta, en ella se refleja "que había presentado desde hacía tres años molestias difusas abdominales, que le recetaron



Omeprazol y mejoró pero al dejarlo volvieron las molestias". En la exploración no se encuentra nada anormal y no se realiza la gastroscopia porque rechazarla la paciente, por lo que se solicitan pruebas radiológicas y ecografía, que son realizadas por radiólogo privado.

El 9 de noviembre de 2004 se realiza esofagogastroscofia en el hospital, el día 15 ingresa en el Servicio de Cirugía General, para practicar estudio radiológico que evidencia estenosis pilórica. Se realiza endoscopia apreciándose lesión estenosante del canal antropilórico y tomándose biopsia, que es informada como adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado, por lo que se propone tratamiento quirúrgico, que se realiza el 24 de noviembre (gastrectomía subtotal). Es dada de alta hospitalaria el 17 de diciembre de 2004. La paciente recibe tratamiento quimioterápico.

El 7 de abril de 2005 se anota en la consulta de Cirugía -en la que es vista tras interconsulta de oncología radioterápica- que hace tres semanas ha terminado el tratamiento radioterápico, siendo el estadio "pT3N1M0". Desde que ha estado en tratamiento con quimioterapia presenta dolor y sensación de quemazón, regurgitaciones amargas, hace deposiciones diarias y estreñimiento que precisa de supositorios, con pérdida de 16 Kilos. A la exploración presenta abdomen blando, depresible, no doloroso, con hiperpigmentación cutánea. Se solicita EGD-tránsito.

En junio de 2005 se realiza TC de control sin evidencia de enfermedad. El 7 de diciembre de 2005 ingresa en el Departamento de Cirugía procedente del Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal cólico y estreñimiento de tres días de evolución. Se realiza el diagnóstico de tumoración estenosante en rectosigma, colocándose un stent autoexpandible; a las pocas horas se confirma la presencia de perforación de víscera hueca. Se procede a cirugía que determina la presencia de una perforación diastásica de recto que está desperitonizado con viabilidad dudosa y peritonitis fecaloidea en fosa iliaca derecha. En el parametrio derecho se aprecia tumoración del tamaño de un puño que se extirpa. Se realiza cecostomía. Se le da de alta el 20 de diciembre de 2005, pendiente del informe de anatomía patológica.

La evolución tras el alta no es favorable, debiendo reingresar el 10 de enero de 2006, con un peso de 29,500 kilogramos, por lo que precisa nutrición parenteral. Se inician estudios de extensión que incluye la realización de



laparotomía, llegando al diagnóstico de carcinomatosis peritoneal y pelvis congelada, por lo que, tras contactar con el servicio de Oncología Médica y decidir que la paciente no era subsidiaria de tratamiento complementario, se decide trasladarlo al Hospital hhhh1 el día 9 de febrero de 2006. La reclamante fallece el 10 de febrero de 2006.

Tercero.- Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

- Historia Clínica de la paciente.
- Informe del facultativo del Centro de Salud de 6 de marzo de 2007.
- Informe de la Directora Gerente Atención Especializada (en funciones), de fecha 6 de marzo de 2007.
- Informe de la Inspección Médica, de 20 de septiembre de 2007.
- Informe de qqqqq, de fecha 29 de octubre de 2007.

Cuarto.- Con fecha 19 de diciembre de 2007 se concede trámite de audiencia a los interesados, quienes presentan alegaciones el 14 de enero de 2008 en las que consideran que pueden faltar episodios asistenciales en la Historia Clínica de Primaria de la paciente, considerando totalmente deficiente el funcionamiento del sistema de registro y grabación de recetas respecto a las prescripciones farmacológicas de la paciente.

Quinto.- Con fecha de 8 de febrero de 2008, la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud formula un informe-propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta. La misma propuesta es suscrita por la Dirección General de Administración e Infraestructuras el 3 de marzo de 2008.

Sexto.- El 6 de marzo de 2008, 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 de acuerdo con 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 los interesados presentan la reclamación (el 26 de enero de 2007) hasta que se formula la propuesta de resolución por el órgano competente (el 3 de marzo de 2008). 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 los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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, en relación con la disposición transitoria tercera del Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud 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 citada 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, 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 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.

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 correcta, 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.

Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la referida Ley 30/1992. En efecto, consta que lo hizo con fecha 26 de enero de 2007 y el hecho causante, el fallecimiento de la paciente, tiene lugar el 10 de febrero de 2006.

5ª.- 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 es la de prestar la debida asistencia médica y no la de 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 marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "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 y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000.



Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “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, mantiene 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 8406/97) 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 objeto de dictamen, es necesario valorar si la asistencia prestada a la madre de los interesados resultó ajustada a las exigencias de la *lex artis*, ya que la parte reclamante alega la existencia de una negligencia médica por parte de los servicios médicos, al producirse un retraso de dos años en el diagnóstico definitivo del cáncer gástrico, lo que provocó que la enfermedad alcanzase un estadio muy avanzado, cosa que no hubiera sucedido si se hubiera diagnosticado con anterioridad en el Servicio de Atención Primaria.

Para determinar si existe una responsabilidad por parte de los servicios sanitarios, además de precisar que en estos supuestos la carga de la prueba



incumbe al reclamante, es preciso verificar si en el presente caso se produjo una pérdida de oportunidad, esto es que se hubiera agravado la situación del paciente por la tardanza en su tratamiento.

Respecto al retraso de tratamiento alegado por los interesados, hay que tener en cuenta que, en numerosos supuestos en los que se invoca la pérdida de oportunidad (por error de diagnóstico o diagnóstico tardío, o simplemente por funcionamiento anormal de los servicios sanitarios ajenos a la asistencia médica propiamente dicha, derivados de la inevitable tramitación burocrática que todo sistema sanitario complejo conlleva o de tratamientos que no obtienen el resultado previsto), en realidad lo que hay detrás de la reclamación es, o bien una imposibilidad de probar la infracción de la *lex artis*, o bien supuestos claros de falta de infracción de la misma y, ciertamente, el concepto y la funcionalidad de este instituto de la pérdida de oportunidad no puede ni debe convertirse en un instrumento alternativo para evitar el enjuiciamiento de si ha habido o no dicha infracción.

Para valorar si se ha producido pérdida de oportunidad, tal y como manifiesta numerosa jurisprudencia, "(...) debemos acudir a las estadísticas científicas que la cuantifiquen, según la situación planteada, o la estadística, evidentemente abstracta, indica cuál es la oportunidad".

Es preciso partir de los informes médicos elaborados en relación con la enfermedad sufrida por la paciente, en los que se manifiesta cual es el origen de ésta y su evolución, así como el seguimiento de la misma, para determinar si se trata de una negligencia médica.

Es cierto que la paciente acude en varias ocasiones a su médico de familia por un cuadro depresivo y por un trastorno gástrico, por el que es posteriormente remitida al Servicio de Medicina Interna del Hospital de xxxxx. También es cierto que con anterioridad había superado cuadros similares con el tratamiento dispensado.

En el informe de 20 de febrero de 2007, emitido por el médico de Atención Primaria sobre la asistencia prestada a la paciente, se manifiesta que: "(...) hasta agosto de 2004 la paciente acude por distintos motivos, y es en dicha fecha cuando refiere problemas digestivos, siendo derivada a Medicina Interna y solicitándose otra analítica para estudiar los motivos de dichas molestias".



El informe de la Inspección Médica señala la inexistencia de retraso en el diagnóstico del cáncer padecido por la paciente. Entre la consulta en que la paciente manifiesta síntomas gástricos -tratados con Omeprazol- y la solicitud de consulta al médico especialista transcurren 11 días; desde la citada solicitud y la consulta en el hospital (el 5 de octubre de 2004), pasan dos meses; y entre esta consulta y el ingreso para su intervención (el 15 de noviembre de 2004), un mes y diez días; lo que hace un total de aproximadamente cuatro meses. Por lo tanto el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta ser intervenido, es claramente inferior al señalado por la literatura médica para estos casos, que fija como media seis meses desde el inicio de la sintomatología hasta que se llega al diagnóstico. Por lo tanto, en ningún caso se pudo diagnosticar la enfermedad con anterioridad por su médico de cabecera.

En el dictamen médico de qqqqq, de 29 de octubre de 2007, se manifiesta que, teniendo en cuenta la evolución de esta patología, la actuación médica seguida en relación con el cáncer gástrico era la correcta puesto que, incluso en el caso de que la paciente hubiera sido diagnosticada en el mes de agosto de 2004, el pronóstico y evolución de la misma no hubiera variado de forma sustancial, por el propio cáncer gástrico y el tipo del mismo que presentaba la enferma, que hacen imposible un diagnóstico precoz de éste.

Sigue diciendo el informe, sobre el retraso de algo más de 4 meses, que "(...) no se puede considerar como un retraso sino como el tiempo habitual en el proceso diagnóstico de este tipo de cuadros (...)", añadiendo que: "(...) no sólo es que el cáncer gástrico en general se asocia a un pronóstico desfavorable y a un bajo porcentaje de casos en los que se puede actuar de forma curativa sobre el mismo, sino que en el caso concreto que nos ocupa cuando el carcinoma gástrico produce sintomatología habitualmente suele ser infiltrante".

Por lo tanto, el tratamiento proporcionado a la paciente fue el adecuado, conforme a la *lex artis*.

En este sentido se puede citar la Sentencia de la Audiencia Nacional de 21 de noviembre de 2001, que dice: "Se ha de significar que la Sala considera al citado informe pericial suficientemente fundado y muy detallado y completo respecto a las actuaciones seguidas y la valoración de las mismas, por lo que en base a su contenido no se objetiva que el daño o lesión que presenta el hijo del



demandante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos sanitarios en una relación directa de causa a efecto y se ha de recordar que precisamente por estarse en presencia de un tipo de responsabilidad de carácter objetivo, la existencia de un nexo causal directo e inmediato, y no en términos de mera posibilidad, entre la actividad pública y el daño, se requiere inexcusablemente para que surja la responsabilidad reclamada, debiendo añadirse que alguna demora que se alega, no se ha acreditado que constituya entidad suficiente para fundar en ella un posible resultado lesivo, que es en definitiva lo determinante a los presentes efectos y que no se puede exclusivamente deducir del mero transcurso de unos lapsos temporales determinados, acreditándose por el contrario en base a la prueba pericial practicada en el procedimiento, que las actuaciones seguidas en el proceso desde la llegada al servicio de urgencias en julio de 1997 hasta los informes que al perito constan, han sido totalmente diligentes”.

A mayor abundamiento, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 17 de noviembre de 2006 dice: “Más como exponíamos anteriormente las demandadas reiterando los fundamentos de la resolución impugnada no sólo negaban un defecto en la asistencia, sino que también negaban con apoyo en el informe del CRAM que dicho retraso haya podido tener trascendencia en el resultado, pues afirman que aún para el caso de haber sido detectado en la primera visita el tratamiento y el resultado final hubieran sido los mismos, debiendo procederse en todo caso a la cirugía sumamente conservadora realizada”.

En definitiva, este Consejo considera que no resulta probada la existencia de una negligencia médica en el tratamiento dispensado a la paciente; y que las consecuencias sufridas posteriormente se deben a la propia evolución de la enfermedad. Por lo tanto, no existe relación de causalidad entre el funcionamiento de los Servicios Públicos y el daño sufrido.

Por último, el hecho de no constar registradas todas las recetas dispensadas a la paciente no constituye una merma de la calidad de la asistencia o de los derechos de los interesados y de la paciente. En las asistencias que figuran en el año 2003, hasta agosto de 2004, no hay ninguna referencia a la posibilidad de dispepsia. Plantear que, casualmente, son todas las recetas de Omeprazol las que no constan en el listado durante año y medio es algo desmesurado. Analizando las fechas de prescripción y los números de



receta, éstos son correlativos, por lo que es difícil asumir que esos días pudieran existir otras recetas sin grabar.

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

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 y D. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. xxxx2.

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