



Sr. Madrid López, Presidente en funciones

Sr. Estella Hoyos, Consejero y Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de febrero 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 16 de enero 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, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh, de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de enero de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 45/2008, 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. Estella Hoyos.

Primero.- Mediante escrito presentado el 11 de mayo de 2005 en el registro de la Gerencia de Salud de Área de xxxx, D. xxxxx interpone una reclamación de responsabilidad, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.



El reclamante, nacido el 26 de octubre de 1946, considera que ha habido un retraso en la cirugía que se le practicó y un defectuoso seguimiento posterior de sus secuelas, todo ello durante el tratamiento seguido en el Hospital hhhhh. Manifiesta que las nuevas intervenciones a las que se ve obligado a someterse hicieron que se alargara su estancia hospitalaria y su incapacidad para el ejercicio de sus actividades habituales durante más tiempo, lo que se traduce en un daño moral a consecuencia de la actuación poco profesional, del retardo innecesario en el actuar y de la falta de realización de las pruebas mínimas e imprescindibles. En resumen señala que "si la actuación de la administración sanitaria hubiese sido la adecuada para este tipo de patologías no hubiese sido necesario un tiempo de convalecencia tan prolongado como el que padecí".

Segundo.- D. xxxxx acude el día 26 de octubre de 2003 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh1, en el que se le diagnostica un dolor en epigastrio y mesogastrio que cede parcialmente con analgesia, y que repite de nuevo con dolor en hipocondrio derecho. Tras su exploración clínica y estudios complementarios, el paciente queda ingresado en el Servicio de Digestivo del Hospital de León, con una impresión diagnóstica de ictericia a estudio por posible colecistitis.

Una vez en el Servicio de Digestivo se le realiza un estudio endoscópico ("CPRE") en el que se aprecia "una papila normal, vía pancreática no canulada y, al nivel de vía biliar, dilatación de colédoco medio y proximal con 2 cálculos de 8 y 10 mm y colédoco distal de 5 mm".

Se pone en tratamiento al enfermo, siendo diagnosticado de coledocolitiasis (esfinterotomía, litotricia y extracción). En el informe se señala que precisa cirugía precoz, dado que el calibre del colédoco distal es anormal y puede ocurrir la coledocolitiasis.

El paciente evoluciona favorablemente, produciéndose el alta hospitalaria el día 30 de octubre de 2003. Se le indica que, ante el riesgo de que pueda presentar nuevos episodios de obstrucción biliar secundaria, es aconsejable la cirugía precoz de la misma.

Por el Servicio de Cirugía del Hospital hhhhh1 se solicita un estudio preoperatorio, para la realización del procedimiento quirúrgico de



colecistectomía laparoscópica, siendo derivado de la lista de espera quirúrgica a la Obra Hospitalaria hhhhh, centro concertado con la Administración donde ingresa el día 26 de enero de 2004. En este mismo día se firma el documento de autorización de procedimiento médico-quirúrgico, en el que el paciente autoriza la intervención de colecistectomía laparoscópica y en el que se señala que ha sido informado verbalmente de las posibles opciones existentes y de la necesidad de dicha intervención, sus fines y riesgos.

El paciente es intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general; previamente se ha firmado el documento de consentimiento informado.

Durante la cirugía laparoscópica se aprecia vesícula escleroatrófica con conducto cístico dilatado, se realiza doble clip de dicho conducto y doble en arteria cística y posterior colecistectomía laparoscópica. El informe anatomopatológico señala como diagnósticos los de vesícula biliar con colecistitis crónica activa, adenomiosis difusa y ganglio linfático con linfadenitis reactiva inespecífica.

Desde la intervención se aprecian continuas fugas de líquido biliar, que se van reduciendo progresivamente. Con esa finalidad, el día 31 de enero de 2004 se procede a la sutura del orificio de drenaje. No obstante, al día siguiente la sutura explota dejando fluir gran cantidad de líquido, por lo que se retira el redón y se coloca una bolsa para su recogida, siendo retiradas 4 bolsas.

El día 2 de febrero de 2004 se produce el alta voluntaria de la Obra Hospitalaria hhhhh, ingresando por Urgencias en el Hospital hhhhh1 a las 13 horas del mismo día. En el informe de Urgencias se indica como motivo de ingreso el traslado de paciente por fistula biliar en postoperatorio de colecistectomía. Valorado por Cirugía se recogen antecedentes del paciente, y se realiza la exploración del abdomen, blando y depresible, sin dolor a la palpación, comprobándose que la bolsa de colostomía está llena de bilis. Se anotan los resultados analíticos; del estudio ecográfico realizado y como planificación se establece realizar una "CPRE".

El diagnóstico del Servicio de Cirugía General del Hospital hhhhh1 es el de fuga biliar, coledocolitiasis, litotricia y extracción y colocación de prótesis que requerirá extracción en 4-6 semanas. La evolución de paciente es favorable con



desaparición de la fístula y buena tolerancia oral, produciéndose el alta hospitalaria el 16 de febrero de 2004.

El día 15 de marzo de 2004 el enfermo reingresa de forma programada en el Hospital hhhhh1 realizándose nueva "CPRE" para la retirada de prótesis biliar, apreciando durante la misma un cálculo de 5 mm en colédoco compatible con coledocolitiasis que precisa ampliación de esfinterectomía y extracción, no evidenciando fuga biliar y siendo retirada la prótesis biliar.

La evolución posterior es favorable produciéndose el alta hospitalaria el 17 de marzo de 2004.

Tercero.- Constan en el expediente la historia clínica del interesado y, entre otros, los siguientes documentos:

- Informe del Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital de León, de fecha 3 de julio de 2005, en el que se dice:

"En la relación de los hechos en el primer punto, define su problema inicial como 'dolor abdominal e ictericia', obviando el diagnóstico principal, que es el que el paciente trae al Hospital y que es causa de problemas sucesivos que los diferentes equipos médicos tienen que tratar y tratan.

»¿Es culpa de la mala práctica de alguno de los médicos el que sea necesaria la repetición de tres colangiografías retrógradas endoscópicas para resolver el problema? De ninguna manera. El Hospital cuenta con una Unidad encargada de la realización de las colangiopancreatografías retrógradas, de una extraordinaria competencia y calidad, y una de sus características es el bajo índice de complicaciones, probablemente por el cuidado de su práctica; exploraciones más exhaustivas, repetición de exploraciones instrumentales, etc., etc., probablemente podrían haber descubierto mas tempranamente los cálculos residuales a costa de exponer al paciente a complicaciones severas, como pancreatitis, colangitis, etc., complicaciones potencialmente mortales que pueden disminuir su incidencia con exploraciones 'menos exhaustivas'.

»En el punto sexto el paciente hace 'especial hincapié en el riesgo que para su salud ha supuesto la colédoco litiasis sufrida y que no fue



diagnosticada debido, fundamentalmente, a la praxis médica del Dr. Hernandez'. Esta afirmación supone un desconocimiento o una ocultación del diagnóstico que le llevó a ingresar en el Hospital la primera vez. Este paciente ingresó la primera vez con una colédoco litiasis, de la que no puede hacer culpable a ningún médico.

»El resto de las afirmaciones, no son sino conjeturas y condicionales, que pueden ser discutidas en una sesión clínica para decidir qué conducta sería mejor en cada caso concreto, (...) es perfectamente asumible la actuación del Dr. dddddd, que hace la colecistectomía y al ver una evolución postoperatoria anómala, traslada al paciente al Hospital donde existe una unidad para tratar esas complicaciones y no en la Obra Hospitalaria en la que el Sacyl no tiene concertado ese servicio.

»En todos los fundamentos, se parte de una premisa errónea. El paciente no tiene una colédoco litiasis por mal funcionamiento de los servicios públicos, sino por mal funcionamiento del organismo del paciente; razón por la cual acude al Hospital y exige un tratamiento complejo, que se lleva a buen término, sin culpabilidad ni responsabilidad de los Servicios públicos.

»Que la estancia hospitalaria fuera más larga que la de otros pacientes con su mismo diagnóstico, no demuestra mala atención o incompetencia profesional ni culpabilidad de nadie, demuestra que no todos los pacientes son iguales y unos precisan un solo gesto terapéutico y otros precisan tres, lo mas importante y que curiosamente no se destaca es que a pesar de todo al paciente se le curó en esos Servicios Públicos (...)"

- Informe de la Inspección Médica de fecha 25 de noviembre de 2005, en el que se puede leer:

"La intervención fue realizada de forma adecuada al protocolo normal de la misma, desarrollándose sin incidentes salvo el hallazgo de un canalículo de Luschka que fue fulgurado durante la cirugía. En esta intervención se produjo como complicación en el postoperatorio inmediato una fístula biliar externa.

»La fístula biliar es una complicación tipificada de la cirugía de colecistectomía. En el caso de este paciente se trató de una fístula externa



que hasta el día 1/2/2004 se mantuvo de bajo débito, no causando repercusión en el estado clínico del enfermo ni depleción hidroelectrolítica. Fístula que, por tanto, no justificaba ningún tipo de actuación ni diagnóstica ni terapéutica hasta después la fecha mencionada.

»El paciente se trasladó al Hospital hhhhh1 en fecha 2/2/2004, tras alta voluntaria en la Obra Hospitalaria hhhhh. En el informe de alta el facultativo interviniente recomienda la realización de una 'CPRE' ante la evolución clínica, prueba que debía realizarse obligadamente en el Hospital hhhhh1.

»La 'CPRE' fue realizada el 3/2/2004, confirmando la existencia de una pequeña fuga en lecho hepático y dos cálculos en colédoco; cálculos que tuvieron repercusión en la fístula biliar bien colaborando en su génesis, bien impidiendo su resolución espontánea.

»La presencia de los cálculos hallados en colédoco pueden relacionarse con el tiempo transcurrido entre que la indicación quirúrgica de colecistectomía hasta que esta se realiza, dado su posible origen en pequeños cálculos migrados de vesícula durante este tiempo. Sin que tampoco se pueda descartar su presencia en el colédoco ya en el momento de la indicación quirúrgica. En todo caso, la intervención del paciente fue agilizada, siendo sacado de la lista de espera del Hospital de León para su intervención en un centro concertado antes de lo que le correspondería por su turno normal de lista de espera en el Hospital de León.

»La intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica realizada en la Obra Hospitalaria hhhhh cuenta con autorización escrita firmada por el paciente, en la que se hace constar que ha recibido información verbal sobre la misma".

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente se concede trámite de audiencia a la parte interesada, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, compareciendo un representante del reclamante, que examina y obtiene copia del expediente administrativo.



El 9 de enero de 2006, el interesado solicita por escrito que se le envíe copia parcial del expediente administrativo, por ser parcialmente ilegible, y que se complete su historial médico. No se realizan nuevas alegaciones.

Quinto.- Con fecha 23 de noviembre de 2007, la Directora General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.

Sexto.- El 28 de noviembre de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden 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 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.

Cabe hacer, no obstante, un reproche en la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en la remisión del mismo a este Consejo Consultivo. Este retraso necesariamente ha



de considerarse una vulneración por 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 la parte reclamante 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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 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 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 interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. En efecto, el reclamante presenta escrito el 11 de mayo de 2005, mientras que el alta hospitalaria se produce el 17 de marzo de 2004, permaneciendo en situación de incapacidad temporal hasta el 30 de mayo de 2004.

6ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la reclamación de la parte interesada.

Las intervenciones quirúrgicas se insertan dentro del funcionamiento normal de la Administración Sanitaria, y las secuelas se producen a pesar de todas las actuaciones médicas realizadas y con el cumplimiento de todas las normas de profilaxis.



Tanto el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital hhhhh1, como el de la Inspección Médica consideran que la actuación sanitaria fue la adecuada.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital hhhhh1 relata que no existe mala práctica de los médicos, considerando las alegaciones del reclamante meras conjeturas condicionales. En cuanto a la prolongación de la estancia sanitaria, señala que “no demuestra mala atención o incompetencia profesional ni culpabilidad de nadie, demuestra que no todos los pacientes son iguales y unos precisan un solo gesto terapéutico y otros precisan tres, lo mas importante y que curiosamente no se destaca es que a pesar de todo al paciente se le curó en esos Servicios Públicos de los que el paciente pretende obtener un beneficio económico además de la curación, atribuyendo la responsabilidad de su enfermedad a los médicos, cuando ya tenía el esa enfermedad antes de venir al hospital, y no es posible demostrar la relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión (...)”.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica considera que “la fístula biliar es una complicación tipificada de la cirugía de colecistectomía, no justificando ningún tipo de actuación ni diagnóstica ni terapéutica hasta después del 1 de agosto. El paciente se trasladó al Hospital hhhhh1 el día 2, tras alta voluntaria en la Obra Hospitalaria hhhhh. Es más, en el informe de alta el facultativo interviniente recomienda la realización de una ‘CPRE’ ante la evolución clínica, prueba que debía realizarse obligadamente en el Hospital hhhhh1.

»La ‘CPRE’ fue realizada el 3/2/2004, confirmando la existencia de una pequeña fuga en lecho hepático y dos cálculos en colédoco; cálculos que tuvieron repercusión en la fístula biliar bien colaborando en su génesis, bien impidiendo su resolución espontánea.

»La presencia de los cálculos hallados en colédoco pueden relacionarse con el tiempo transcurrido entre la indicación quirúrgica de colecistectomía hasta que esta se realiza, dado su posible origen en pequeños cálculos migrados de vesícula durante este tiempo. Sin que tampoco se pueda descartar su presencia en el colédoco ya en el momento la indicación quirúrgica. En todo caso, la intervención del paciente fue agilizada, siendo sacado de la lista de espera del Hospital hhhhh1 para su intervención en un



centro concertado antes de lo que le correspondería por su turno normal de lista de espera en el Hospital hhhhh1.

»La intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica realizada en la Obra Hospitalaria hhhhh cuenta con autorización escrita firmada por el paciente, en la que se hace constar que ha recibido información verbal sobre la misma”.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica. Como es sabido, 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 ó 3.623/2003).

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, 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 perfecta en sus consecuencias. 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 tratamientos no quirúrgicos 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.



Frente a estos juicios, el reclamante - no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar con una cierta seguridad que las secuelas son irrazonables, o que hubo falta de organización y defectos de funcionamiento del hospital ocasionaron la defectuosa curación, o el mal diagnóstico o tratamiento, con vulneración de la *lex artis*. Oportunamente se ha recordado en la propuesta de resolución que la obligación de asistencia es de medios y no de resultados, no pudiéndose afirmar que el pretendido daño sea antijurídico para que el paciente no tenga obligación de soportarlo (así, el Dictamen del Consejo de Estado nº 511/2003, de 6 de marzo). La asistencia sanitaria fue prestada con profusión de medios y recursos, siendo las condiciones especiales del tratamiento y del paciente las que determinaron el largo proceso de curación.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002 (Sala de lo Contencioso-Administrativo), tomando doctrina de la propia Sala, establece:

“(...) 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, (...) que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, en Sentencia de 1 de septiembre de 2004, aplicando la doctrina jurisprudencial al respecto, señala lo siguiente:

“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 otro lado, la Sentencia del Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª) de 30 junio 2004, recogiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo y lo manifestado en la Sentencia de éste de 28 de enero de 1999, y partiendo de la afirmación de que la responsabilidad de la Administración tiene carácter objetivo, indica que para que el daño concreto producido por el funcionamiento del servicio a uno o varios particulares sea antijurídico basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. No existirá entonces deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y, consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable”.

Por lo tanto, este Consejo Consultivo considera que no se ha infringido la *lex artis ad hoc*, por lo que se carece de la nota de antijuridicidad predicable de toda lesión indemnizable, no constando tampoco acreditada la relación de causalidad entre la cirugía, el postoperatorio y las secuelas de la intervención.

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



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

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

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