



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y

Ponente

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 29 de diciembre de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. 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 17 de noviembre de 2005 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 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. aaaaa*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de noviembre de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.049/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de mismo, 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. Madrid López.

Primero.- Los hechos figuran descritos de forma sintética y precisa en el informe de los doctores mmmmm e ddddd en los siguientes términos:



“Paciente de 60 años sin antecedentes personales de interés para el caso.

»La paciente fue valorada de forma regular en su centro de salud desde el año 1986, realizándose diversas actuaciones protocolizadas como el control de la tensión arterial, colesterol, hábitos tóxicos, peso y consultas a ginecología para despistaje de patología tumoral a ese nivel (mama, ovario y endometrio).

»El 10 de julio de 2002 es valorada en la consulta de primaria por un cuadro de mareo inespecífico con exploración neurológica y de la esfera otorrinolaringológica (ORL) anodina. En ese momento el peso era de 61,600 kg., similar al que presentaba en 1997 (61,400 kg. –folios 84 y 52–). En agosto se anota que es vista en el Servicio de Urgencias por precordialgia inespecífica.

»Con fecha 2 de septiembre se anota en la historia de primaria el resultado de una interconsulta (cuya respuesta corresponde al mismo 2 de septiembre) realizada desde atención primaria por dolor en zona lumbar izquierda irradiado hasta la pantorrilla de características inflamatorias y con una imagen de pinzamiento a nivel de L4-L5 en la radiografía practicada. El diagnóstico es de gran hernia discal L5-S1 con importante atrapamiento de la raíz correspondiente, por lo que se deriva a xxxxx para valoración por Neurocirugía, quedando citada para el 17 de septiembre de 2002, aunque con posterioridad existe una nueva citación para el 21 de febrero de 2003 (folios 275 y 278). No tenemos constancia de que la paciente acudiese a ninguna de las dos citas.

»En noviembre de 2002 (aparece 2003 imaginamos que por error) existe nueva anotación en la historia de primaria en la que se recoge un informe de Digestivo privado. El motivo de la valoración por el mismo fue la presencia de dolor abdominal, estreñimiento y dispepsia, sin puntos dolorosos a la exploración, ni presencia de sangre o moco (suponemos que con la deposición). En el informe del especialista se señala que no se pudo realizar colonoscopia al presentar la paciente un cuadro de dolor abdominal bastante intenso en el contexto de la preparación de la misma. Por este motivo se decidió realizar un enema opaco que se informa como sin hallazgos valorables, no habiendo dispuesto de las imágenes. La exploración física no presentaba ningún hallazgo relevante, incluyendo la ausencia de masas abdominales y la



normalidad del tacto rectal. Se recoge que la paciente estaba un tanto nerviosa, recomendando realizar unos análisis generales, continuar el tratamiento con benzodíacepinas iniciado por el médico de primaria y seguir su evolución por si fuera recomendable realizar alguna otra prueba (folios 58 y 85). Por parte del médico de primaria es remitida a la consulta de ginecología para completar el estudio del dolor hipogástrico. El 13 de enero de 2003 es valorada en Ginecología (exploración física, ecografía y citología) no encontrando patología a dicho nivel.

»Con fecha 4 de enero de 2003 se realiza hemograma que es valorado en consulta el 10 de enero, en el que únicamente presenta una mínima elevación de la VSG (32 mm/h), se especifica 'repetir en 3 meses'.

»El 10 de febrero de 2003 se refleja consulta en atención primaria por anhedonia, llanto frecuente, ideas de ruina y anorexia, iniciándose tratamiento antidepresivo. El 6 de marzo acuden a la consulta solicitando interconsulta a Medicina Interna, se le explican las pruebas realizadas (estando pendiente del informe de la consulta de ginecología) y se solicita consulta a Psiquiatría y TC¹. Este último se solicita por cefalea y síntomas depresivos de reciente aparición sin antecedentes (aunque en la historia constan síntomas de ansiedad y depresión en 1984 –folio 82–) y que no cede con tratamiento habitual.

»El 9 de marzo de 2003 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, refiriendo un cuadro de dolor abdominal de 6 meses de evolución con fiebre no termomentrada, vómitos esporádicos, náuseas diarias, estreñimiento y pérdida de 10 kg. de peso. A la exploración física presenta buen estado general, dolor difuso a la palpación abdominal sin otros hallazgos relevantes incluyendo la realización de un tacto rectal. En los análisis realizados tiene una hemoglobina de 10,9 g/dL, con VCM normal, siendo el resto normal. Se realiza ecografía abdominal en la que destaca una hepatomegalia moderada de bordes lobulados y con múltiples lesiones nodulares de 3-5 cm de diámetro compatibles con metástasis de probable origen digestivo. Además existen adenopatías peripancreáticas.

»Ingresa en Medicina Interna donde se llega al diagnóstico de adenocarcinoma de colon estenosante (masa vegetante a 16 dm de margen anal en sigma distal) con metástasis hepáticas e implantes peritoneales. En los



análisis presenta un CEA de 312,4 y un Ca 12.5 de 111,7. Fue valorada por los ginecólogos que descartan patología ginecológica. El 24 de marzo se traslada a cirugía donde se decide la práctica de cirugía paliativa, previa firma de los consentimientos de anestesia y cirugía. En la cirugía se encuentra una neoplasia de sigma pseudoestenotante a nivel de la reflexión del Douglas, implantes múltiples en cavidad abdominal y metástasis hepáticas múltiples, se practica resección anterior alta con escisión mesorectal media y anastomosis terminoterminal. El estadiaje quirúrgico es T4N2M1. En el postoperatorio presenta ascitis, fiebre y datos de afectación general por su enfermedad. Es dada de alta el 24 de abril de 2003 pendiente de la decisión de Oncología y con tratamiento pautado por la unidad del dolor.

»Es valorada en la consulta de la unidad del dolor el 9 y 16 de mayo ajustándosele el tratamiento. El 12 de mayo acude al Servicio de Urgencias por disnea y sensación de ocupación abdominal recomendándose mantener cuidados paliativos por su médico de primaria. El 29 de mayo se habla con la familia telefónicamente considerándose la situación como preagónica y ajustándose el tratamiento. Por parte del médico de primaria se anotan en la historia diversas valoraciones de la enferma a lo largo del mes de mayo de 2003. El 29 de mayo se anota la presencia de disminución del nivel de conciencia y agitación por lo que se habla con la familia para iniciar sedación. El 5 de junio se recoge en la consulta de la Unidad del Dolor que una de las hijas se muestra exigente. Según los reclamantes la paciente falleció el 6 de junio de 2003”.

Segundo.- El 2 de marzo de 2004 Dña. xxxxx presenta en el registro de la Gerencia de Atención Primaria de zzzzz un escrito, en el que, entre otras consideraciones, manifiesta:

“La presunta negligencia médica y daños morales severos causados por la asistencia médica prestada a mi madre Dña. aaaaa por el médico titular de xxxxx (...), el no enviarla a los especialistas pertinentes de la S.S. y el trato vejatorio que sufrimos ella y yo que la acompañaba con el correspondiente daño psíquico y moral.

»Interponer en tiempo y forma, en nombre de Dña. aaaaa, reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por el funcionamiento de los Servicios Sanitarios”.



Consta en el expediente un escrito, en análogos términos, de Dña. ccccc y Dña. jjjjj formulando reclamación, así como diferente documentación generada en relación con el asunto.

Tercero.- En el expediente consta la historia clínica de la paciente, así como diversos informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe de 8 de marzo de 2004 del Dr. rrrrr, médico de atención primaria de xxxxx.

- Informe de la Inspección Médica, emitido por la Dra. nnnnn el 11 de marzo de 2004.

- Informe pericial realizado a instancia de la empresa aseguradora sssss por los doctores mmmmm y ddddd, de fecha 11 de junio de 2004.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil ha estudiado la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- Con fecha 13 de julio de 2004, de conformidad con el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediendo un plazo de diez días para formular alegaciones y aportar documentos, siendo publicándose en el "Boletín Oficial de Castilla y León" el 26 de mayo de 2005 tras tres intentos fallidos de notificación en el domicilio de la reclamante.

El 30 de mayo de 2005 la reclamante comparece en la Gerencia de Salud del Área de xxxxx tomando vista del expediente y solicitando una copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento; se le reitera el plazo de diez días para que formule alegaciones y aporte documentos, sin que conste haya formulado alegación o presentado documento alguno.



Sexto.- Con fecha 17 de octubre de 2005, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Séptimo.- El 31 de octubre de 2005 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 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, ha de señalarse que consta en el expediente diligencia de la comparecencia de D. rrrrr, el 19 de abril de 2005, ante la médico inspector Dña. ggggg (folio 365), que parece que no forma parte del procedimiento referido, no siendo acordado por el órgano instructor de éste, sino de las actuaciones seguidas a raíz de las diferentes denuncias formuladas ante la inspección, en otro caso –su alusión en el antecedente de hecho décimo de la propuesta suscita dudas– resultaría obligado considerar que el trámite de audiencia a la



reclamante no se efectuó con las garantías legalmente establecidas, al no haberse puesto a disposición de aquélla toda la documentación que forma parte del expediente, por lo que resultaría preciso la concesión, de nuevo, de dicho trámite.

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.

No obstante hay que señalar que debió requerirse la documentación acreditativa de la condición de sucesora de Dña. aaaaa, de Dña. xxxxx o, en su caso, dejar constancia del modo en que dicha condición le consta a la Administración, toda vez que esta parece ser la circunstancia de que finalmente se tramitase la reclamación formulada por aquélla y no la formulada por Dña. ccccc y Dña. jjjjj.

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), 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.

La 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo el 2 de marzo de 2004, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que la madre de la reclamante falleció el 6 de junio de 2003.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 17 de octubre de 2005 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso 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, 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 –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 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 reclamación.

Aun cuando en la reclamación se manifiesta que hubo “presunta negligencia médica”, se refiere a “daños morales severos causados por la asistencia médica prestada” y se reprocha “el no enviarla a los especialistas pertinentes de la S.S. y el trato vejatorio”; lo cierto es que son afirmaciones formuladas por la parte reclamante sin aval técnico alguno. Este Consejo considera probado que las actuaciones del personal sanitario que atendió a la paciente fueron correctas, sujetándose en todo momento a las reglas de la *lex artis ad hoc*.



La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, especialmente en los informes técnicos que enjuician la actuación de los servicios médicos y permiten considerar:

A) Que la madre de la reclamante fue atendida y remitida a los especialistas correspondientes por su médico de atención primaria, en consonancia con la sintomatología que fue presentando. Así resulta del informe de 8 de marzo de 2004 del Dr. rrrrr, al enumerar cronológicamente las actuaciones sanitarias realizadas desde el año 2002, en los siguientes términos:

"1.- 24/5/02: realizado estudio en consulta de Traumatología con diagnóstico de neuralgia-meralgia. Tratamiento pertinente.

»2.- 10/7/02: acude a consulta por mareo inespecífico. Constantes normales. Exploración neurológica y ORL normales. Observación.

»3.- 24/8/02: es estudiada en Servicio de Urgencias con exploración completa por aparatos (incluido aparato digestivo). Diagnóstico de precordialgia atípica.

»4.- 2/9/02: nuevo estudio en Servicio de Traumatología por persistencia de lumbociática. Diagnosticada hernia discal L5-S1. Se aconseja tratamiento quirúrgico y se remita a xxxxx.

»5.- 9/11/03: la paciente refiere dolor en hipogastrio, estreñimiento antiguo y mantenido en el tiempo, no sangre o moco, dispepsia de larga evolución que no cede con reguladores digestivos. Ante la persistencia del cuadro sintomático se aconseja estudio en Servicio de Aparato Digestivo de INSALUD. Conocedora la paciente de la lista de espera y los varios desplazamientos necesarios a xxxxx para completar el estudio decide acudir a la medicina privada. La noche de la preparación es vista en domicilio por el Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal intenso que le impide completar la toma del medicamento de limpieza, por lo que no es posible realizar colonoscopia. El enema opaco y exploración rectal posterior no objetivan patología a criterio del especialista de Aparato Digestivo.

»Descartada patología digestiva y ante la persistencia de molestias en hipogastrio y antecedentes ginecológicos que constan en Historia



Clínica se decide envío para estudio de posible patología ginecológica como causante del cuadro sindrómico.

»6.- 10/11/03: hemograma normal. VSG ligeramente elevada. Repetir en tres meses para seguimiento.

»7.- 10/2/03: acude a consulta presentando insomnio, anhedonia, llanto frecuente, ideas de ruina, anorexia. Se inicia tratamiento antidepressivo.

»8.- 6/3/03: solicitan (acude con su hija) interconsulta con Servicio de medicina Interna para consulta general. Se le explican todas las pruebas y consultas realizadas y, estando pendientes del informe de ginecología, acordamos pedir consulta con servicio de psiquiatría y TAC.

»9.- 9/3/03: Informe Servicio de Cirugía General: neo de sigma. Carcinomatosis peritoneal. Metástasis hepáticas masivas.

»10.- 31/3/03: Informe de ginecología: exploración normal. Ecografía pélvica: no se encuentra patología.

»11.- 24/4/03: alta hospitalaria. Seguimiento, tratamiento y control domiciliario diario por su médico de atención primaria, como siempre lo hizo desde quince años antes hasta su muerte”.

Dicha secuencia de actuaciones sanitarias permitió a la Inspección Médica concluir en su informe de 11 de marzo de 2004:

“Doña aaaaa según la documentación obrante en el expediente fue atendida y remitida a los especialistas correspondientes por su médico de Atención Primaria según la sintomatología que presentaba desde 1986 (Ginecología, Dermatología, ORL...).

»En los años 2002 y 2003 así mismo fue atendida y remitida por el facultativo de atención primaria a los especialistas, según la sintomatología que presentaba, de Traumatología (que derivó a Neurocirugía por gran hernia discal con compromiso radicular); Ginecología (por dolor en hipogastrio, descartada patología digestiva en consulta privada de Digestivo);



solicitud de analítica (indicación del especialista de digestivo); Psiquiatría (insomnio, anhedonia, llanto frecuente, ideas de ruina, anorexia) y solicitud de TAC (cefaleas y síntomas depresivos de reciente aparición)".

A la misma consideración conducen también las primeras conclusiones del informe de los doctores mmmmm e ddddd, formuladas en los siguientes términos:

"1. Paciente que consulta en atención primaria por dolor hipogástrico, estreñimiento y dispepsia motivo por el que de forma correcta se solicita valoración por el especialista de digestivo.

»2. La paciente acude a un especialista de Digestivo privado por motivos personales.

»3. Dada la negatividad del estudio digestivo realizado el médico de atención primaria solicita unos análisis en los que no hay hallazgos relevantes, y una consulta con ginecología que finalmente descartará patología a ese nivel.

»4. En febrero de 2003 comienza con sintomatología depresiva, iniciando tratamiento sintomático y solicitando interconsulta a psiquiatría y un TC cerebral para descartar patología orgánica siendo esta una actitud correcta.

B) Que, según se desprende de las conclusiones 5 y 6 del informe de los doctores mmmmm e ddddd, la actuación de la Administración sanitaria, tanto en el diagnóstico del cáncer de colon como en su tratamiento, fue correcta:

"5. El 9 de marzo de 2003 ingresa en el servicio de Medicina Interna del Hospital hhhhh refiriendo además de la sintomatología que ya había contado, otros síntomas nuevos (pérdida de peso, náuseas y vómitos) que no había referido en ninguna de sus valoraciones por los distintos médicos que la habían atendido hasta ese momento.

»6. Tras el pertinente estudio fue diagnosticada de cáncer de colon en situación avanzada por lo que se realizó cirugía paliativa y fue



seguida por la unidad del dolor y su médico de primaria para ajustar el tratamiento de soporte hasta su fallecimiento el 6 de junio de 2003”.

- Que ha de observarse, conforme a la conclusión 7 del informe de los doctores mmmmm e ddddd:

“7. Incluso en el caso de haber podido realizar el diagnóstico en el mismo momento del inicio de los síntomas, esto no hubiera cambiado la evolución y pronóstico de la paciente, pues:

»- La clínica referida por la paciente nos hablaría de un estadio avanzado de la enfermedad.

»- Se trata de un tumor de crecimiento lento.

»- La supervivencia en este tipo de tumores no se relaciona con el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico”.

C) Que en el expediente no hay ningún indicio que permita pensar que el trato dispensado por la Administración sanitaria a la paciente o a su hija fuera vejatorio o incorrecto.

En el presente caso, no se ha puesto de manifiesto en el expediente motivo alguno que permita cuestionar ni la adecuación a la *lex artis ad hoc* ni la corrección de la asistencia prestada.

Por último, ha de recordarse que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probando incumbit ei qui agit* y *onus probando incumbit actori* y con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Lo hasta aquí expuesto permite a este Consejo compartir plenamente la conclusión 8 del informe de los doctores mmmmm e ddddd, que consideran:

“La actuación del médico de atención primaria se ajustó a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala *praxis* ni de trato incorrecto hacia la paciente y/o su familia”.



En este sentido hay que considerar que las alegaciones de la reclamante, cuestionando diversas decisiones médicas y con ello la observancia de la *lex artis*, realizadas sin aval técnico alguno, ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento a la paciente. Estos juicios tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica, que, aunque encuadrada en el aparato administrativo de SACyL, actúa con independencia y objetividad.

Respetada, pues, la *lex artis*, y sin que resulte acreditado trato vejatorio alguno en la asistencia prestada por la Administración sanitaria, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico y la obligación de reparar no puede recaer sobre la Administración, conforme a todo lo expuesto más arriba. Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. aaaaa.

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

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