



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en xxxxx el día 2 de noviembre de 2006, 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 2 de octubre de 2006 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 esposo fallecido, D. zzzz*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 4 de octubre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 941/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- D. zzzz ingresa el 16 de enero de 1996 en el Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh, procedente de lista de espera, para implantación de prótesis total de rodilla izquierda. En 1977 sufrió un traumatismo y desde entonces aquejaba molestias en la pierna izquierda de carácter mecánico que aumentaba con la deambulación.



Previo a la intervención se le había incluido en el programa de autotransfusión (programa de calidad existente en Hospital hhhhh), ya que cumplía todos los requisitos de aptitud, realizándosele la extracción de dos unidades de sangre.

El 18 de enero de 1996 es intervenido. Durante el postoperatorio requiere cinco concentrados de hematíes para la reposición de la volemia (dos de ellos, de autotransfusión). Es dado de alta hospitalaria el 30 de enero.

En control programado ambulatorio por parte del Banco de Sangre (un mes después de la intervención quirúrgica), según protocolo se detecta, en marzo de 1996, anemia severa (Hb: 6,9 g/dl) con ferritina elevada (721 mg/l), sin clínica de hemorragia, por lo que se remite al Servicio de Medicina Interna para valoración, ingresando a través del Servicio de Urgencias. En la hoja de consulta, Banco de Sangre –Urgencias– Medicina Interna, de 6 de marzo, consta que se solicita ingreso por S. Anémico a filiar, ya que la Hb a esa fecha (6 de marzo) era de 6,9 siendo la Hb. precirugía de 11,2, adjuntando los resultados de la analítica realizada.

Durante el ingreso es transfundido con dos concentrados de hematíes, se realizan las pruebas diagnósticas oportunas, y es dado de alta el 18 de marzo de 1996 con diagnóstico de síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria simple, diabetes mellitus N.I.D. Se le indica al alta que deberá acudir a controles en la consulta de hematología.

El 8 de abril de 1996 es remitido al mismo hospital por el facultativo de atención primaria. Ingresó en el Servicio de Hematología por cuadro de anemia y de insuficiencia cardíaca congestiva (clínica de dolor precordial). Durante el ingreso se le realizan las pruebas e interconsultas oportunas, entre otras, interconsulta a cardiología, estudios analíticos (sistemáticos, de coagulación, proteinogramas, cuantificación de inmunoglobulinas, serología hepatitis, f. reumatoide, anticuerpos antinucleares y antiDNA, serologías atípicas, cultivos de esputo), estudios anatomopatológicos, estudio inmunohematológico, radiología y ecografía. Precisa 6 concentrados de hematíes.

Es dado de alta hospitalaria el 19 de abril, con diagnóstico de Síndrome mielodisplásico. Anemia refractaria sideroblástica; pericarditis idiopática;



insuficiencia cardíaca congestiva; diabetes mellitus tipo II; anticuerpo antieritrocitario con especificidad anti D.

Se le prescribe, al alta, la medicación correspondiente y se le cita para el 2 de mayo en consulta externa.

Se mantiene estable hasta julio de 1997, comenzando entonces con requerimientos transfuncionales muy altos, de hasta 4 concentrados de hematies cada 15 días.

Hasta julio de 1997 precisa varios ingresos, en los que constan interconsultas a O.R.L., cardiología y traumatología.

El 13 de octubre de 1997 ingresa en el Servicio de Hematología por síndrome febril sin focalidad infecciosa y dermatopatía pruriginosa en progresión. Los datos más relevantes tras los procedimientos diagnósticos realizados durante el ingreso correspondieron a:

- Cultivos microbiológicos negativos.
- Médula ósea: s. mielodisplásico (Anemia refractaria con exceso de blastos).
- RX tórax: cardiomegalia. Patrón intersticial bilateral.
- Biopsia de piel: infiltración por proceso mieloproliferativo.

Con fecha 27 de octubre, con el diagnóstico de síndrome mielodisplásico en transformación a leucosis aguda mieloblástica, se inicia tratamiento poliquimioterápico. La tolerancia inmediata es buena y la dermatopatía infiltrativa mejora, con práctica desaparición de la misma.

Con fecha 11 de noviembre el paciente inicia cuadro de dolor abdominal con hepatomegalia creciente, ictericia en progresión; radiología simple de abdomen y Eco abdominal negativas. Evoluciona el cuadro a diuresis cortas, hasta oligoanuria y cuadro de insuficiencia respiratoria en progresión. Se interpreta como hepatopatía tóxica, enfermedad venooclusiva hepática, que no responde al tratamiento precozmente instaurado. La insuficiencia respiratoria



progresiva se interpreta como componente de insuficiencia cardiaca, valorando la posibilidad de que tuviera un componente infeccioso. Se trata con antibioterapia de amplio espectro, a pesar de estar apirético y de no poseer datos microbiológicos positivos.

El 13 de noviembre de 1997 se produce el fallecimiento. Diagnóstico: leucemia mieloblástica secundaria a síndrome mielodisplásico, hepatopatía tóxica. Posible enfermedad venooclusiva hepática, insuficiencia respiratoria de componente multifactorial (l. cardiaca, proceso infeccioso subyacente...).

Segundo.- Con fecha 2 de junio de 2000, Dña. xxxxx presenta un escrito dirigido a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud, en el que formula una reclamación de responsabilidad patrimonial, por considerar que "(...) la enfermedad que provocó la muerte del Sr. ssss, se adquirió o sobrevino como consecuencia de la aplicación de un tratamiento inadecuado y negligente por parte del centro hospitalario, existiendo un nexo causal entre ambos hechos, pues el finado, previo a su ingreso en el centro, en enero de 1996, nunca había padecido enfermedad hematológica (...)".

Señala también que "(...) en estudio inmunohematológico realizado al paciente el 18 de abril de 1996, se le detecta la presencia de anticuerpo anteritrocitario con especificidad anti-D, sin que conste si antes de ser sometido a las transfusiones de concentrados de hematíes se realizó un estudio semejante, estudio que habría detectado la presencia de ese anticuerpo, y posiblemente se hubiesen tomado las medidas adecuadas para evitar que las transfusiones realizadas desencadenasen en la enfermedad hematológica (...)".

Reclama como indemnización 20.000.000 pesetas (en la actualidad, 120.202,42 euros).

Acompaña a su escrito la siguiente documentación:

- Reclamación formulada ante el Instituto Nacional de la Salud el 22 de enero de 1999 y documentación generada a consecuencia de la misma.
- Demanda presentada ante el Juzgado de lo Social de xxxxx.



Tercero.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica de D. zzzz, la siguiente documentación:

- Informe de la Clínica nnnnn, de 22 de julio de 1997.
- Informe médico forense, de 30 de octubre de 1998, realizado en el curso de las diligencias previas seguidas por estos hechos en el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxxx.
- Informe del Dr. aaaa, adjunto del Banco de Sangre, de fecha 22 de septiembre de 2000.
- Informe del Dr. jjjjj, del Servicio de Hematología-Hemoterapia del Hospital hhhhh, de fecha 6 de octubre de 2000.
- Informe del Dr. fffff, Jefe de Servicio de Hematología-Hemoterapia del Hospital hhhhh, fechado el 10 de octubre de 2000.
- Informe del Dr. pppp, Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh, de fecha 11 de octubre de 2000.
- Informe de la Inspección Médica, de fecha 12 de febrero de 2001.

Cuarto.- Mediante escrito de 5 de julio de 2001, el Subdirector General de Inspección Sanitaria comunica a la Dirección Gerencia del Hospital hhhhh que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Quinto.- En el trámite de audiencia la reclamante presenta, el 26 de julio de 2001, un escrito de alegaciones en el que considera que los informes emitidos carecen de imparcialidad y solicita un informe por parte de los peritos del S.G.I.S.

Aporta asimismo un informe realizado por el Dr. mmmm, que considera que existe nexo de causalidad entre la muerte del paciente y las transfusiones realizadas en el postoperatorio de la intervención quirúrgica de 18 de enero de 1996.



Sexto.- Entre el 28 de octubre de 2004 y el 11 de agosto de 2006, la reclamante presenta diversos escritos, en los que solicita que se le informe del estado de la tramitación del expediente.

Séptimo.- Con fecha 20 de junio de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Octavo.- El 31 de agosto de 2006, se formula la propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Noveno.- El 12 de septiembre de 2006, 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, en lo sustancial, 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 la interesada presenta la reclamación (el 2 de junio de 2000) hasta



que se formula la propuesta de orden (el 31 de agosto de 2006). 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.

Debe recordarse, asimismo, que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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 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.

Este Consejo no es ajeno a la polémica que se ha venido suscitando, en relación con la atribución de la competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial, en aquellos supuestos en que éste se ha iniciado antes de la fecha de efectividad del traspaso de competencias a la Comunidad de Castilla y León (1 de enero de 2002, conforme a la letra k del Acuerdo de traspaso, aprobado por el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre). Esta cuestión debe entenderse zanjada definitivamente, en favor de la competencia de la Administración Autónoma, a la luz de la doctrina sentada por el Tribunal Supremo en Sentencias de 16 de febrero, 8 de marzo y 29 de marzo de 2004, en las que señala:

“La cuestión, pues, se traslada a la determinación de la subrogación en los derechos y deberes de la Administración estatal por parte de la Comunidad Autónoma en los supuestos en que con anterioridad a la fecha del traspaso de competencias se ha podido producir el juego del silencio administrativo negativo.

»El administrado podrá pues, optar entre entender desestimada su petición, a los `solos efectos´ de la interposición del pertinente recurso, o esperar la resolución expresa, –o `definitiva´, en expresión del artículo 20 de la



Ley 12/83– pero tal elección no puede condicionar las obligaciones derivadas de una subrogación de competencia, impuesta, primero por la Ley y, después, por el Decreto de transferencia –en este caso, el ya citado 1480/2001, de 27 de Diciembre–.

»La presente cuestión de competencia debe pues, resolverse a favor del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con sede en Valladolid, toda vez que en la fecha de transferencia del servicio correspondiente no se había producido aún la resolución definitiva del expediente.

»Ha de entenderse que la actuación administrativa en los supuestos de falta de resolución expresa, una vez producido el traspaso a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud –INSALUD–, ha de atribuirse a esta Administración”.

Así lo ha entendido, además, el propio Consejo Consultivo en dictámenes anteriores (Dictámenes 66/2003, de 22 de enero de 2004; 54/2004, de 25 de febrero; y 853/2005, de 4 de mayo).

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, 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.

5ª.- El motivo de la reclamación formulada se basa en la existencia de una deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital hhhhh (xxxxx). Considera la reclamante que la enfermedad que provocó el fallecimiento, el 13 de noviembre de 1997, de su esposo fue causada por las transfusiones de sangre que éste recibió durante la intervención de rodilla a la que fue sometido el 18 de enero de 1996.

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. En efecto, consta que lo hizo con fecha 2 de junio de 2000, antes de transcurrir el plazo de un año de prescripción de la acción para reclamar, toda vez que, habiéndose producido el fallecimiento el 13 de noviembre de 1997, el plazo quedó interrumpido el 29 de enero de 1998 –reanudándose desde la notificación del Auto de 17 de noviembre de 1998–, y posteriormente el 28 de enero de 1999, para reanudarse nuevamente desde la notificación de la Sentencia de 14 de abril de 2000, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que –según la reclamante– tuvo lugar el 11 de mayo de 2000.



6ª.- En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y de 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 ha manifestado el Tribunal Supremo, en 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 de 1998, 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, señala:

“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 jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, 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.

7ª.- En el caso que nos ocupa, es necesario valorar si la asistencia médica prestada al esposo de la reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

El reclamante considera que el síndrome mielodisplásico –anemia refractaria sideroblástica– que le fue diagnosticado en marzo de 1996 tiene su origen en las transfusiones de sangre recibidas por el paciente en la intervención de rodilla a la que fue sometido en enero del mismo año.

El informe de la Inspección Médica señala en sus conclusiones que el paciente fue incluido en el programa de autotransfusión, dado que cumplía los requisitos de aptitud, es decir, que los controles previos a los que había sido sometido eran normales. Y que es posteriormente, en un control programado de Banco de Sangre, cuando se le diagnostica el síndrome mielodisplásico de forma casual.

De acuerdo con tal informe, los síndromes mielodisplásicos “pueden aparecer de forma espontánea (primarios) o ser secundarios a tratamientos quimio y/o radioterápicos. Dentro de los SMD se separan entidades con pronóstico muy diferente, entre las que está la anemia refractaria con exceso de blastos en transformación, como el caso que nos ocupa” y que se transforma fácilmente a leucemia aguda.



Y concluye que tal enfermedad no tiene “ninguna relación con la transfusión que requirió el postoperatorio de la intervención traumatológica, ya que este proceso es una hemopatía primaria. El paciente desarrolla un autoanticuerpo antieritrocitaria, que no está relacionada con la citada transfusión, ya que es un fenómeno de autoinmunidad”.

Por su parte, el informe médico forense señala que “la anemia refractaria es una enfermedad de causa desconocida, no estando descritos casos de etiología postransfusional, que se diagnostica con frecuencia de los 60 a los 70 años”. Y concluye indicando que no es posible su transformación a leucosis y que el tratamiento efectuado tras el diagnóstico fue correcto y el único posible.

En definitiva, la reclamante –a la que corresponde la carga de la prueba– no ha acreditado que el síndrome mielodisplásico que se diagnosticó al paciente tuvo su origen en las transfusiones de sangre que recibió en el Hospital hhhhh.

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.

Esta conclusión no queda desvirtuada por el informe emitido por el Dr. mmmm, que no aporta base probatoria suficiente para acreditar la relación de causalidad que necesariamente debe existir entre la actividad administrativa practicada –transfusiones de sangre– y el daño sufrido por el paciente.

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 esposo fallecido, D. zzzz.

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