



Sr. S. de Vega, presidente
Sr. Ramos Antón, consejero
Sra. Ares González, consejera y
ponente
Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 5 de noviembre de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 419/2024

I ANTECEDENTES DE HECHO

El día 6 de septiembre 2024 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. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 11 de septiembre 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 419/2024, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 30 de diciembre de 2019 D. yyy2, en nombre y representación de D. yyy1, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en Complejo Asistencial Universitario de xxx1, en las intervenciones quirúrgicas realizadas



los días 7 y 17 de marzo de 2017 y de las actuaciones realizadas con posterioridad. El escrito de reclamación se complementa con escritos presentados el 31 de enero y el 6 de marzo de 2020.

En su escrito de 31 de enero reclama los daños derivados de haber tenido que acudir a la sanidad privada debido al empeoramiento del diagnóstico de obstrucción ileo-femoral izquierda con isquemia crónica de miembros inferiores grados 2-3.

En su escrito de 6 de marzo de 2020 señala que recibió el alta con un absceso de pus con bolsa en la zona derecha y que además presenta lesiones en la espalda y glúteos que son consecuencia de la cirugía realizada y del encamamiento postoperatorio.

A la reclamación se adjunta copia del DNI y de la tarjeta sanitaria del reclamante, numerosa documentación e informes médicos, y resolución de 22 de octubre de 2018, del gerente territorial de Servicios Sociales de xxx2 sobre reconocimiento de la situación de dependencia y derecho a las prestaciones correspondientes.

El interesado no ha concretado el importe de la indemnización reclamada.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica del paciente, los informes siguientes:

- Informe de 8 de junio de 2020 emitido por especialista del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de xxx1.

- Informes de 14 de enero de 2021 y 8 de julio de 2021, emitidos por el médico inspector de la Gerencia de Área de xxx2.

- Informe de 17 de marzo de 2020, emitido a instancia de la aseguradora de la Administración, realizado colegiadamente por especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 28 de junio de 2021 se aporta nueva documentación.



Cuarto.- El 20 de agosto de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación, al considerar que la asistencia dispensada al paciente fue adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Quinto.- El 30 de agosto de 2024 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

En el presente caso, si bien no se cuantifica la indemnización reclamada, atendida la entidad de los daños sufridos, esta se presume superior a 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de conformidad con arreglo al citado artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (30 de diciembre de 2019) hasta que se formula la propuesta de orden (20 de agosto de 2024). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de



los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC, y está acreditada su representación.

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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

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) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a



la *lex artis*, 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 dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 4 de noviembre de 2021, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual, "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, ha de valorarse si la asistencia prestada al reclamante fue o no adecuada a la *lex artis*.

Debe recordarse que la prueba de los hechos en que se basa la reclamación es una carga de los interesados, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, aunque la Administración tiene la obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio, en mayor medida en los casos en que los datos estén solo en poder de aquella. De la misma manera, los hechos impeditivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).



El reclamante acudió al servicio de urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx1 el 6 de marzo de 2016. Ante la sospecha de diverticulitis aguda, permaneció ingresado en el Servicio de Cirugía y se le pautó antibioterapia y profilaxis antitrombótica. Como consecuencia de su empeoramiento fue intervenido quirúrgicamente de forma urgente, identificándose isquemia de colon izquierdo, con peritonitis purulenta en flanco izquierdo, realizándose extirpación del colon izquierdo, con anastomosis mecánica con refuerzo de puntos sueltos. El examen de la pieza de anatomía patológica puso de manifiesto la existencia de fenómenos trombóticos de pequeño vaso que presentaba toda la pieza.

El 10 de marzo de 2017 tuvo que ser trasladado a la Unidad de Reanimación al sufrir una complicación por tromboembolismo pulmonar.

El postoperatorio transcurrió de forma tórpida y precisó una nueva cirugía urgente el 17 de marzo de 2017 realizándose un Hartman (colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda). Se solicitó interconsulta al Servicio de Hematología para el control de la medicación anticoagulante y valoración de la existencia de factores protrombóticos que pudieran haber ocasionado la complicación.

El manejo del paciente precisó la intervención de varias especialidades, como medicina interna (infecciosas), Unidad del Dolor, hematología, neumología, endocrinología y rehabilitación.

El 9 de junio de 2017 recibió el alta y continuaron sus revisiones en consulta de cirugía general para su evaluación clínica y control de drenaje. En agosto de 2017 se realizó TAC que informó de una notable disminución de la colección retroperitoneal.

En julio del mismo año el paciente presentó tromboflebitis externa en la pierna izquierda que le ocasionó un síndrome posflebítico interno.

En septiembre de 2017 se le realizó ecografía en la que no se evidenciaron colecciones ni abscesos ni patología identificable en la fosa iliaca derecha, a pesar de que el paciente refería molestias.

En enero de 2018 las molestias abdominales persistían. Se solicitó TAC en el que se detectó la presencia de eventración de línea media y de colostomía.



Dado que los controles de los niveles de anticoagulante y de las demás patologías eran complejos el paciente manifestó su deseo de no operarse.

En noviembre de 2018 el Servicio de Cirugía planteó la reparación de la eventración de línea medía y colostomía. El paciente, a pesar de firmar el consentimiento informado, finalmente fue dado de alta en marzo de 2019 ante su decisión de ser operado en xxx3.

El 29 de agosto de 2019 ingresó en el Hospital Universitario de xxx3 y al día siguiente se le realizó intervención para reconstrucción de tránsito intestinal y reparación de eventración gigante de línea media y eventración parostomal. Recibió el alta el 12 de septiembre de 2019. Entre sus antecedentes personales constaba que tenía un síndrome antifosfolípídico.

El 7 de enero de 2020 fue valorado por cirujano vascular en consulta privada con diagnóstico de isquemia crónica grado II-III en miembro inferior izquierdo por obstrucción íleo femoral.

El 29 de enero de 2020 el paciente acudió a urgencias por dolor en pierna izquierda de meses de evolución.

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada se refiere a las dos intervenciones que le fueron practicadas en el Complejo Asistencial Universitario de xxx1 los días 7 y 17 de marzo de 2017.

En relación con la primera de las intervenciones, debe indicarse que esta se practicó tras el empeoramiento del paciente al que se le había suministrado tratamiento antibiótico y antitrombótico ante el diagnóstico de diverticulitis aguda.

El informe médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración indica que "(...) ante la sospecha diagnóstica inicial, el ingreso y la pauta de antibioterapia empírica es una elección correcta. Hay que destacar que ya en el momento del ingreso se pautó profilaxis antitrombótica con heparinas de bajo peso (Clexane). Esto es de crucial importancia dada la complicación sufrida después".

El mismo informe continúa indicando que "(...) A pesar del inicio del tratamiento antibiótico no se observa mejoría e incluso empeora la analítica, motivo por el cual se decide realizar una cirugía urgente. El paciente firma un consentimiento informado para el procedimiento en el que se incluye la



posibilidad de realizar una colostomía, es decir, que se consideraba una posibilidad que no se pudieran volver a unir los cabos del intestino y fuera necesario realizar un estoma a la pared abdominal para realizar la deposición”.

Mas adelante señala que “(...) Durante la cirugía se evidenció una peritonitis purulenta en la fosa ilíaca izquierda con un absceso retroperitoneal en la zona. No se confirmó el diagnóstico de diverticulitis, sino que se había producido una isquemia (falta de vascularización) de todo el colon izquierdo que obligó a su extirpación”.

Concluye que “(...) en relación con la cirugía realizada el 7 de marzo del 2017, la actuación de los facultativos fue correcta en todo momento.”

En lo que se refiere al tromboembolismo pulmonar que sufrió el paciente en el postoperatorio, y que llevó a plantear una interconsulta al Servicio de Hematología, el informe pericial elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración indica que “En el tratamiento que consta para el periodo postoperatorio inmediato, está incluida la profilaxis antitrombótica, tal y como está indicado después de cirugías mayores de estas características. Pero hay que señalar, que, en este caso particular, incluso estaba pautada antes, desde el momento del ingreso, puesto que el paciente presentaba un proceso inflamatorio/infeccioso activo intraabdominal que es criterio para la administración de esta profilaxis. La profilaxis se realizó con enoxaparina 40 mg/24 horas en pauta subcutánea, que es la dosis correcta.

»A pesar de las medidas adoptadas, el paciente sufrió un tromboembolismo pulmonar sin sufrir una trombosis venosa profunda previa (lo cual es muy infrecuente), que requirió ingreso en la Unidad de Críticos (‘Reanimación’). Por este motivo se solicitó valoración a hematología para estudio de factores trombóticos”.

Señala que “En el informe de Reanimación consta actividad de antitrombina III del 40%, cuando los niveles normales son entre 80-120 %. De la misma forma, en el informe de Hematología redactado el 29 de noviembre de 2017, queda claro que en el estudio inicial se identificó una hiperhomocisteinemia leve, probable déficit de antitrombina y plasma intensamente lipémico. Estos son factores de riesgo importante de desarrollar tromboflebitis, trombosis venosa profunda con o sin tromboembolismo pulmonar, trombosis en las venas cerebrales o trombosis de las venas del abdomen”.



Los datos posteriores recogidos en el historial del paciente (episodio tromboflebitis extensa del miembro inferior izquierdo) llevan a la conclusión de que “tenía una tendencia o predisposición al desarrollo de trombos que nada tiene que ver con la atención prestada”.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica indica que “(...) este cuadro tiene lugar en el contexto clínico de hipercoagulabilidad y otros factores de riesgo como tabaquismo.

»El diagnóstico por el Servicio de Hematología es de trombofilia por hiperhomocisteinemia y déficit antitrombina. Esto es un cuadro tendente a la producción de coagulas y sus secuelas. Por este motivo el paciente evolucionó con cuadros sustancialmente letales como: el tromboembolismo pulmonar y otros cuadros secundarios a su estado de hipercoagulabilidad; como isquemia por obstrucción ileofemoral izquierdo y trombosis venosa profunda con síndrome poliflébítico. En este periodo ha precisado anticoagulación con heparina así como antiagregantes plaquetarios”.

En el informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora se indica que esta circunstancia no era conocida ni previsible, por lo que no pudo hacerse nada más para evitar la complicación. Una vez producida la complicación, se tomaron las medidas terapéuticas adecuadas, pautándose la anticoagulación no a dosis profilácticas sino terapéuticas.

En cuanto a la segunda intervención que le fue practicada al reclamante el día 17 de marzo de 2017, ésta se debió a que en los días posteriores a la primera intervención sufrió una fuga de la anastomosis. El informe pericial manifiesta que este “es el problema que más preocupa cuando se realiza una anastomosis” y sitúa su incidencia en torno al 2 y 5 % de todas las intervenciones.

Añade que “(...) si se ha producido empeoramiento clínico en cualquier momento, se debe drenar la zona de infección mediante una cirugía y realizar un estoma de protección, que en el caso de una cirugía del colon izquierdo como en el caso que nos ocupa, tendría que ser una colostomía terminal en fosa iliaca derecha (...)”. El mismo informe señala que “Después de una cirugía de estas características es normal que se produzcan nuevos focos de infección intraabdominal (coleciones/abscesos), que han de tratarse con drenajes sucesivos y antibioterapia dirigida, esto es, realizando cultivos y orientando al antibiótico más preciso”.



La propuesta de orden considera, a la vista de los evolutivos médicos recogidos en la historia clínica del paciente, que ha quedado constatado que se realizaron varios drenajes, teniendo que evacuar el absceso en alguna ocasión, que se llevó un control exhaustivo mediante cultivos y pruebas de imagen y que estuvo valorado por el servicio de medicina interna en todo momento.

En cuanto al reproche del reclamante que lo llevo a acudir a la sanidad privada por empeoramiento del diagnóstico de obstrucción ileo-femoral izquierda con isquemia crónica de miembros inferiores grados II·III, tal y como indica la propuesta de orden, este diagnóstico ya era conocido para el reclamante, quien tampoco concreta en qué consistió el citado empeoramiento. Además, de acuerdo con el informe pericial en relación con esta cuestión "El manejo conservador del síndrome posflebítico incluye, además de anticoagulación, ejercicio, elevación de extremidades, terapia de compresión y posiblemente terapia farmacológica (para pacientes que no pueden tolerar, no cumplen o en los que la terapia de compresión está contraindicada) de lo que se deduce que el paciente estaba seguido y tratado de forma adecuada".

Otro de los reproches que formula el reclamante es el hecho de que recibió el alta con drenajes. A este respecto, la propuesta de orden se remite al informe pericial, que señala que "(...) lo habitual tras un periodo prolongado de hospitalización, cuando se sabe que se puede cubrir la infección con un antibiótico vía oral es dar el alta para control ambulatorio. No es diferente cuando existe un drenaje. El paciente no tiene que hacer nada extraordinario, sólo tener cuidado de no dar tirones al drenaje y en ocasiones se les pide que marquen en el recipiente hasta donde drena cada día".

Prueba de la corrección del tratamiento dispensado es que el paciente no necesitó reingreso y que los controles y pruebas de imagen posteriores evidenciaron la desaparición de las colecciones.

En último término, y en cuanto a las lesiones en espalda y glúteos que el reclamante achaca a su encamamiento, la propuesta de orden señala que, tal y como apunta el informe pericial a la vista de la historia clínica del paciente, al menos desde 2016 el paciente presentaba dolor en la cadera izquierda y había sido valorado por traumatología por trocanteritis de ese lado y por lumbalgia irradiada a glúteos y extremidad inferior izquierda. Añade además que la patología vascular que padecía en el miembro izquierdo tiene también repercusión a nivel de musculatura glútea. Concluye que presenta una



pluripatología de la cadera que justifica la clínica y los hallazgos sin tener relación con la atención prestada.

Tras analizar cada una de las actuaciones dispensadas al paciente, el informe pericial elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración concluye que "la atención recibida en el Hospital de xxx1 se adecua a la *lex artis ad hoc*".

El informe de la Inspección Médica señala como conclusión que "(...) el problema fundamental es un síndrome antifosfolipídico como causa de trombofilia (...)".

Este Consejo comparte el pronunciamiento final de la propuesta de orden que afirma que no se ha acreditado ninguna de las deficiencias referidas por el reclamante. En particular indica que:

"La intervención quirúrgica de 07/03/2017 estaba indicada y se realizó correctamente.

»Se pautó la profilaxis anticoagulante adecuada tanto antes como con posterioridad a la intervención.

»Los factores de riesgo que presentaba el paciente, que no eran conocidos, favorecieron la aparición del tromboembolismo pulmonar.

»La dehiscencia de la anastomosis, complicación frecuente en estas cirugías, fue correctamente diagnosticada y tratada.

»El alta al paciente en buena situación clínica y con antibiótico oral es un procedimiento habitual a pesar del drenaje.

»La pluripatología de cadera y la patología vascular del miembro inferior izquierdo que padece el paciente justifica sus lesiones de espalda y glúteos.

»La asistencia fue conforme a la *lex artis* en todos los procedimientos y asistencias".



Por lo expuesto, dado que en este supuesto no se ha acreditado una vulneración de la *lex artis ad hoc*, no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial Universitario de xxx1.

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