



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 8 de junio de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de 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 12 de mayo 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 a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de mayo de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 516/2006, 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 la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- En el informe de la Inspección Médica se realiza un relato de los hechos en los siguientes términos:



“Don xxxxx acude a consulta de Medicina Interna del H. hhhh el 8-4-2002. Refiere desde hace 1 año anorexia intensa, astenia-depresión, adelgazamiento de 3-5 kg, dolores en epigastrio e hipocondrio izdo. sin relación con las comidas cada vez mas intensos y frecuentes, tos y expectoración diarias desde hace años, vómitos aislados y alguna rectorragia escasa aislada.

»Como antecedentes personales presenta: fumador de 40 cig/día, bebedor de 1,5 l vino/día, Gastrectomía hace 30 años por ‘úlceras duodenales’, Tbc epidimítica hace 12 años, espondiloartrosis y Depresión a tratamiento desde hace un año. El tratamiento habitual es Dobupal 1-0-0, Urbal 1-0-0, Idalprem 5 0-0-1/2, Loramet 2mg 0-0-1, Flatoril 1-1-1 y Terbasmin 2 inh/12 h.

»Se realiza la exploración pertinente y se solicitan pruebas complementarias: Analítica, RX, Eco abdominal, TAC de páncreas.

»En la analítica (8-4-02) destaca GGT 424 (13-86), fosfatasas alcalinas 158 (35-125), lipasa 858 (23-300), CEA 11,1 (0.5-5), Ca 19,9: 38,5 (inf. 37).

»En la Eco abdominal (17-4-02): formación nodular en epigastrio, posiblemente dependiente de páncreas.

»En TAC abdominal (22-04-02): masa de 5,5 x 5 x 4,5 en cuerpo-cabeza de páncreas.

»El 4 de mayo del 2002 se considera como plan a seguir ingreso y PAAF de la masa.

»El 6 de mayo del 2002, se niega a ingresar y a realizar biopsias.

»Se realiza PAAF de páncreas en dos ocasiones, se obtiene citología negativa para malignidad (14 de mayo) en una y material hemático en otra.

»Tras los dos intentos fallidos de PAAF de páncreas se considera oportuno la valoración por cirujano especializado en páncreas de posible indicación quirúrgica.



»El 11 de junio de 2002 el cirujano de Digestivo de H. uuuu se pone en contacto con el facultativo que lo deriva y le indica que no hay indicación quirúrgica por apreciar afectación de grandes vasos (arteria mesentérica).

»Ante la imposibilidad de lograr diagnóstico anatomopatológico y descartada la opción quirúrgica y la negativa del paciente a toda prueba que exija la vía endoscópica se opta por pautar tratamiento sintomático y vigilar la evolución mediante revisiones periódicas.

»En consulta de 14 de junio refiere dolores todos los días, abdominales de predominio en epigastrio. Con diagnóstico de Neoformación gástrica se pauta vida normal sin esfuerzos, alimentación normal preferiblemente blanda, y como medicación además del tratamiento habitual prescrito por psiquiatría, Durogesic 25 un parche que cambiará cada tres días, Nolotil sin dolor y Omeprazol. Y se le cita para el 9 de Agosto.

»Es revisado en consulta externa el 2 de Agosto refiriendo dolores a diario. Se solicita analítica, RX y Eco abdominal (consta como anulada el 4 de agosto) para ver evolución. Se suprime Duragesic y se pauta MST 100, y el resto igual.

»Es revisado nuevamente el 9 de Agosto.

»El 21 de marzo del 2003 refiere que ha seguido con dolores abdominales intensos que han precisado aumentar la dosis de MST (en esa fecha 460 mg/24 h). Ha mejorado el estado general recuperando peso y apetito.

»Se solicita analítica y TAC.

»Los resultados de analítica son GGT 111, CEA 6,98 (inf.5), Ca 19,9: 16,2 (inf.37). Y en TAC se aprecia masa pancreática sin grandes cambios respecto a control anterior (dudosa reducción de tamaño muy leve).

»El 25 de abril de 2003 es revisado en consulta y se propone ante la evolución a la mejoría, pero con persistencia de la imagen en páncreas, nuevas exploraciones (C.P.R.E, Colangiografía, PAF) que rechaza, por lo



que se continua con tratamiento sintomático y control evolutivo. Con diagnóstico (en Informe de Consulta) de Masa pancreática, probablemente secundaria a pancreatitis crónica; Abuso de alcohol; Tabaquismo, se indica como tratamiento vida normal sin esfuerzos, alimentación normal, supresión total de alcohol e intentar reducir el tabaco a no más de 10 cg/día. Y como medicación, la habitual de psiquiatría e ir reduciendo según pauta que se india el MST hasta su supresión.

»El 25 de julio es revisado nuevamente, consiste en la realización de colangiorresonancia y nueva PAFF de páncreas, pero sigue negándose a la realización de CPRE y/o Laparotomía exploradora.

»En consulta de 26 de septiembre se le indica al paciente que ha de decidir si está dispuesto a realizar las pruebas indicadas.

»El 3-09-03 se realiza ColangioRM, con resultado de dilatación de vía biliar y del conducto pancreático asociado a aumento de tamaño de la cabeza pancreática que por su morfología y disposición sugieren neoformación a este nivel.

»En consulta de 30 de septiembre sigue decidido a no hacerse la CPRE.

»El 1-10-03 en sesión clínica del Servicio de M. Interna se considera que la prueba a realizar debe ser CPRE, y posiblemente laparotomía exploradora.

»El 13 de Octubre en nueva entrevista con paciente y familiar y en presencia de la Jefe de Servicio se le informa que se debe llegar a un diagnóstico exacto para instaurar tratamiento que evite los dolores, y que se considera que se debe realizar C.P.R.E. Se le informa en qué consiste la prueba y probables resultados. Sigue negándose a la C.P.R.E y en su defecto se le propone nueva PAFF que sí acepta.

»El 23 de Octubre se realiza PAFF pancreática: material insuficiente. En la Historia clínica consta que durante la realización de la misma se evidencian calcificaciones en páncreas, que se ven bien en las placas, y que son prácticamente diagnósticas de pancreatitis crónica.



»Ante la negativa a otras pruebas (C.P.R.E y Laparotomía) continúa con tratamiento sintomático.

»El diagnóstico del Informe indica Pancreatitis crónica secundaria a etilismo crónico, Masa pancreática de etiología no precisada, pero en función de la evolución hay que suponer que sea secundaria e Etilismo crónico, y Tabaquismo. Se vuelve a indicar en el tratamiento supresión total de alcohol e intentar reducir el tabaco.

»Continúa con revisiones, el 13-2-04, y el 11-06-04. En esta consulta se le informa que pasa a ser revisado por la Jefe de Servicio debido a la falta de confianza médico-paciente.

»El 9-7-04 en consulta externa refiere continuar igual, mucho peor en cuanto al dolor abdominal. Se le solicita analítica y se le reajusta la medicación analgésica.

»El 18-8-04, mantiene clínica de dolor epigástrico, sin sintomatología digestiva de intolerancia (...). A pesar del aumento de analgesia común, intolerancia al dolor. Se confirman diagnósticos anteriores y precisa analgesia mayor para su pancreatitis crónica y dolor pancreático. Se pauta revisión para el 27 de septiembre”.

Segundo.- El 29 de enero de 2004, D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que en la asistencia sanitaria prestada a su representado por los servicios sanitarios públicos se produjo un error de diagnóstico, al diagnosticársele “neoformación pancreática” cuando lo que padecía realmente era “pancreatitis crónica”, lo que le ha ocasionado una “fuerte adicción a medicamentos estupefacientes (MST)”, equivocadamente recetados, así como “daños síquicos y físicos que el impiden llevar una vida normal”. Concluye solicitando 60.000 euros como reparación de los daños reseñados, cuantos tratamientos de desintoxicación sean necesarios y 40.000 euros por daños morales.

Acompaña a la reclamación la siguiente documentación:



- Escrito de apoderamiento y representación de D. xxxxx a favor de D. yyyyy.

- Copia de diferente documentación clínica y médica relativa a D. xxxx, entre la que interesa destacar los informes de consulta de 31 de mayo de 2002 y 27 de abril de 2003 del Dr. mmmm del Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhh de.

El 3 de abril de 2006, previo requerimiento de la Administración, comparece D. xxxxx en la Gerencia Regional de Salud de xxxx confiriendo la representación a D. yyyyy.

Tercero.- En el expediente consta la historia clínica del paciente, así como diversos informes de unidades médicas y profesionales, entre los que interesa destacar:

- Informe de 10 de junio de 2004 del Dr. mmmm, del Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhh de xxxx.

- Informe de 17 de mayo de 2005 de la Inspección Médica, emitido por la Dra. sssss.

- Informe pericial realizado a instancia de la empresa aseguradora zzzz por los doctores ttt, iii, ooo y cccc, de fecha 2 de agosto de 2005.

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

Quinto.- Con fecha 7 de octubre de 2005, 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, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.



Notificado el 13 de octubre de 2005 a la parte reclamante, ésta comparece el 18 de octubre de 2005, tomando vista del expediente del que se le entrega copia, y presenta el 29 de octubre un escrito de alegaciones en el que, en esencia, reitera lo ya manifestado, destacando el error de diagnóstico padecido pese a las pruebas practicadas, principalmente el PAAF de 31 de mayo de 2002.

Sexto.- Con fecha 10 de abril de 2006, 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 17 de abril de 2006 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.



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 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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, nexos 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 parte 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 27 de enero de 2004, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que hasta el 27 de abril de 2003 no se diagnosticó definitivamente la pancreatitis crónica.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 10 de abril de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho, que conduce a desestimar la reclamación presentada.

Así, cabe considerar respecto de los daños achacados por la parte reclamante a la prestación del servicio público sanitario recibida por D. xxxxx que no ha quedado acreditada o bien su propia existencia o bien la precisa relación de causalidad con dicho servicio.

La supuesta adicción a los medicamentos estupefacientes (MST), opiáceos, no encuentra otro sustento que la sola declaración genérica del reclamante realizada sin respaldo técnico alguno, sin que del expediente se desprenda el más mínimo indicio de su existencia y sin que se haya aportado prueba, ni siquiera propuesto su práctica, que acredite dicha adicción. Adicción respecto de la cual el Dr. mmmm, en el informe de 10 de junio de 2004, ya señalaba "que la 'adicción' a derivados opiáceos es altamente improbable en el tipo de paciente que nos ocupa, y que en todo caso sería un diagnóstico que debería hacer un facultativo".



Respecto de los daños físicos y psíquicos invocados ha de señalarse que no resulta acreditado en el expediente daño alguno que no sean de los que ya padecía el interesado con anterioridad al 8 de abril de 2002, fecha en la que ya constan como antecedentes en su historia clínica o refiere las dolencias físicas y en la que ya era tratado, desde mayo de 2001, en el servicio de psiquiatría de un cuadro de estado anímico depresivo, por lo que tampoco queda acreditado la relación de causalidad con la asistencia sanitaria prestada a partir de la fecha señalada.

Igualmente, los daños morales, por los que se reclaman 40.000 euros, se invocan genéricamente, sin elemento objetivo alguno que acredite su existencia y sin que en el expediente se haya puesto de manifiesto, ni los referidos daños morales, ni sunexo causal con la asistencia sanitaria prestada, sin que por la parte reclamante se haya –ni siquiera– propuesto actuación alguna con dicho fin.

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

6ª.- Por otra parte 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, 3657/2002 y 3623/2003). 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 solicitud del interesado.

Aun cuando por la parte reclamante se alega que hubo un error de diagnóstico, "prematureo", debido "a la no aplicación de las normas de actuación y *lex artis*" que determinó "un tratamiento médico que no era el adecuado a su enfermedad real", ocasionando "una adicción a la medicación impuesta", lo cierto es que son afirmaciones formuladas sin aval técnico alguno. Este Consejo considera que ha quedado probado que las actuaciones del personal sanitario que atendió al reclamante se sujetaron a las reglas de la *lex artis ad hoc*.

Así, cabe considerar que el diagnóstico realizado al paciente se hizo según la *lex artis* conforme a las pruebas diagnósticas practicadas y consentidas por aquél, a cuyo fin se dedicaron todos los medios procedentes, y la sintomatología presentada por el enfermo en cada momento, y que igualmente se sujetó a la *lex artis* la medicación que en cada momento se estableció.

Conclusiones que se basan en el examen de la documentación obrante en el expediente, especialmente de los informes médicos, pudiéndose destacar:

- Respecto del diagnóstico realizado y de las pruebas practicadas con dicho fin:

- En el informe de los doctores ttt, iii, ooo y cccc:



▪ Con carácter previo: “En ocasiones es tan difícil el distinguir las neoplasias de páncreas de las pancreatitis crónicas, que ni en la biopsias intraoperatoria se pueden definir. Están descritos múltiples casos en la literatura que tras el informe intraoperatorio de pancreatitis crónica, en el definitivo, una semana más tarde, se informa como carcinoma. Igualmente existen casos descritos al contrario, biopsias informadas como positivas para cáncer, son negativas una vez extirpada la pieza.

»Las pruebas necesarias en último caso, para intentar un diagnóstico de certeza, pasan por la realización de un ERCP e incluso de una laparotomía exploradora, pero en este caso no se realizaron por la negativa del paciente en más de una ocasión”.

▪ Y ya entre sus conclusiones: “El paciente fue correctamente estudiado en el HRCH, siendo diagnosticado de una neoformación del páncreas.

»Se realizaron las pruebas necesarias para llegar a un diagnóstico, incluyéndose la realización de 2 PAAF, que fueron negativas.

»(...).

»Los síntomas clínicos más importantes que presentaba el paciente, dolor muy agudo y pérdida de peso, son patognomónicos de la pancreatitis crónica y de las neoplasias avanzadas de páncreas.

»El diagnóstico diferencial de ambas patologías es difícil hasta en las biopsias en fresco intraoperatorias.

»El diagnóstico de masa pancreática, es el habitual ante un aumento de la glándula por TAC, sin confirmación histológica”.

▪ En el informe de la Inspección Médica: “Se le han indicado las exploraciones y pruebas pertinentes para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados. Las pruebas diagnósticas que no se han realizado ha sido por negativa del paciente”.

- Y respecto del tratamiento establecido:



- En el informe del Dr. mmmm: “Ante la imposibilidad de lograr diagnóstico anatomopatológico, descartada la opción quirúrgica y la negativa del paciente a toda prueba que exija la vía endoscópica (...), se opta por poner tratamiento sintomático (principalmente analgesia) y vigilar la evolución mediante revisiones periódicas (cada 2-3 meses).

»(...) se van introduciendo cambios en el tratamiento analgésico, en virtud de la clínica que presenta el paciente, con elevación de dosis en las primeras revisiones (por presentar grandes dolores) y reducción en las últimas tras experimentarse clara mejoría (...).

»Que el seguimiento del paciente ha sido constante, con citas y controles periódicos y modificaciones del tratamiento en virtud de la evolución, intentando siempre conseguir su bienestar.

»(...).

»Que el tratamiento impuesto no fue inadecuado, puesto que, tanto en la pancreatitis crónica como en otras patologías que provocan la aparición de masas pancreáticas, un objetivo prioritario es el control del dolor. Todo el tratamiento analgésico que se le fue modificando, se realizó de acuerdo con la escala para el tratamiento del dolor de la Organización Mundial de la Salud.

»Que el MST (sulfato de morfina), como figura en su ficha técnica, está indicado en el tratamiento de todo tipo de dolor (no sólo en los cancerosos o ‘enfermedades terminales’) que no remita con analgésicos no opioides ni con opioides débiles, como ocurrió en éste caso.

- En el informe de los doctores ttt, iii, ooo y cccc: “En cualquier caso el tratamiento de la pancreatitis crónica, es el que se pautó en este paciente, analgésicos potentes para combatir el dolor, dieta rigurosa con abstinencia de alcohol y protectores gástricos. En este caso el paciente tras seguir este tratamiento ha presentado una notable mejoría.

»En cuanto a las dosis de opiáceos, son las ajustadas en el tratamiento del dolor de la pancreatitis crónica”.



De las manifestaciones expuestas no cabe concluir una vulneración de la *lex artis*, sino que, por el contrario, resulta acreditada la prestación por parte de los servicios públicos de una diligente asistencia sanitaria con respecto tanto al diagnóstico realizado y los medios y pruebas destinados a lograrlo como al tratamiento y medicación establecidos, compartiéndose así la conclusión final contenida en el informe de los doctores ttt, iii, ooo y cccc de que: "De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los médicos que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta, de acuerdo con la *lex artis*", o, en similar sentido, en el informe de la Inspección Médica de que "la asistencia sanitaria que se le ha dispensado ha sido la correcta".

En este sentido hay que considerar que las alegaciones de la parte reclamante, cuestionando la asistencia médica practicada 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 del SACyL, actúa con independencia y objetividad.

No resultando acreditados los daños invocados ni su relación de causalidad con el servicio público sanitario, y respetada la *lex artis* en la asistencia prestada a D. xxxxx, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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