



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y
Ponente

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 Zamora el día 29 de marzo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de 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 13 de febrero de 2007 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 Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicio derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su fallecido esposo, D. zzzz, en el Hospital hhhhh.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de febrero de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 99/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, previa ampliación de éste, 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. Fernández Costales.



Primero.- El 27 de octubre de 2003 tiene entrada en el registro del Instituto Nacional de la Salud, Dirección de xxxxx, una reclamación de responsabilidad patrimonial de Dña. xxxxx, por los daños derivados de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a su fallecido esposo, D. zzzz, en el Hospital hhhhh.

Considera que "hubiera podido evitarse tan fatal desenlace de haberse practicado a tiempo las pruebas diagnósticas complementarias necesarias para el diagnóstico diferencial del tumor que padecía. Aparte de lo antedicho hubo un déficit importantísimo en la información recibida por los familiares dado que nunca fueron informados sobre las alternativas terapéuticas posibles y sobre las posibilidades diagnósticas, como la realización inmediata de una biopsia, la cual se realizó con un evidente y fatal retraso (...)".

Reclama como indemnización 450.000 euros.

Segundo.- D. zzzzzz, de 50 años de edad, es intervenido en 1996 por un carcinoma renal de células claras limitado al riñón (nefrectomía derecha). Se realizan controles periódicos incluyendo pruebas de imagen (TC) sin datos de recidiva tumoral. El último control tiene lugar en abril de 2002 sin que se describan hallazgos relevantes para el caso en el TC tóraco-abdominal realizado.

El 5 de octubre de 2002 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh (perteneciente al Hospital hhhhh2) por un cuadro de dos días de evolución de tumoración dolorosa a nivel axilar izquierdo con febrícula asociada y "dolor en todo el cuerpo como si fuera gripe". Además refiere ese mismo día nicturia de 3-4 veces. A la exploración física presenta buen estado general con tumoración a nivel infraaxilar de bordes bien delimitados, no adherente, rodadera y dolorosa a la palpación. El resto de la exploración no muestra hallazgos. En los análisis se destaca la presencia de 11500 leucocitos con 87% de neutrófilos y una PCR de 12,7. Nitritos positivos en el análisis de orina. Resto sin hallazgos valorables. Con el diagnóstico de lipoma-quiste sebáceo a nivel infraaxilar izquierdo, se recomienda tratamiento con Neobrufen y consulta preferente con el cirujano general.

El 11 de octubre de 2002 se ingresa al paciente de forma urgente en el Servicio de Medicina Interna para completar el estudio por masa axilar de una



semana de evolución acompañada de fiebre de 39,5°C sin foco y sin cuadro constitucional. Se dejan pedidos hemocultivos y se pauta antitérmico si tiene fiebre. Entre las pruebas realizadas durante su ingreso en Medicina Interna debemos destacar:

- Análisis. Inicialmente sólo presente una leve hiponatremia (133 mEq/L), GPT de 138 UI/L (posteriormente elevación también de GOT, GGT y fosfatasa alcalina, con discreta elevación de bilirrubina) y PCR de 12,7 mg/dL. Fibrinógeno de 703 mg/dL. Neutrofilia sin leucocitosis (posteriormente leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda) y LDH de 495 UI/L (posteriormente se normaliza, para luego volver a aumentar). Albúmina de 24,1 g/dL (con descenso posterior) y aumento de α_2 globulinas. Marcadores tumorales negativos.

- Múltiples serologías negativas o con resultado no relevante.

- Cultivos de sangre, orina y esputo negativos.

- Punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa axilar. Realizada el 14 de octubre de 2002 e informada con fecha 17 de octubre como citología positiva para malignidad indicativa de metástasis de carcinoma indiferenciado. Se añade una nota en la que se indica que por la historia clínica parece tratarse de metástasis de carcinoma renal, no se pueden descartar otras posibilidades como carcinoma indiferenciado de otro origen o incluso linfoma anaplásico de células grandes.

- Radiografía de tórax al ingreso sin alteraciones (folio 27).

- TAC toracoabdominal con fecha 15 de octubre de 2002, en el que se describen múltiples imágenes nodulares de hasta 2 cm de diámetro de probable origen adenopático en región axilar izquierda y mínimo derrame pleural basal bilateral con atelectasia subsegmentaria asociada.

Respecto a la evolución del paciente, inicialmente se mantiene estable refiriendo ocasionalmente dolor torácico pleurítico con electrocardiograma sin datos diagnósticos. El día 21 de octubre de 2002 y ante la aparición de una condensación basal derecha, así como leucocitosis, se inicia tratamiento con levofloxacino. A partir de ese momento el paciente continúa con clínica



respiratoria (tos con expectoración verdosa), empeoramiento de su oxigenación con desarrollo de insuficiencia respiratoria severa, aparición de nuevas adenopatías (submandibulares, supraclaviculares,...) y desarrollo en la radiografía de tórax de un patrón intersticial bilateral con áreas confluentes. En los análisis, leucocitosis con neutrofilia, aumento de la urea y de la bilirrubina.

El 28 de octubre de 2002 se hace resumen del caso en el que, a expensas del resultado de la biopsia de la adenopatía axilar izquierda realizada el 25 de octubre, se establecen como posibilidades diagnósticas distrés respiratorio en paciente con neumonía, linfangitis carcinomatosa secundaria a una evolución metastásica acelerada de su carcinoma renal y por último proceso linfoproliferativo agresivo. Ese mismo día se realiza TC en el que se confirma la presencia de múltiples adenopatías laterocervicales, mediastínicas, parahiliares bilaterales y axilares, derrame pleural y afectación intraparenquimatosa pulmonar bilateral.

El día 29 de octubre de 2002 se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, pero continúa con importante trabajo respiratorio. En los análisis, insuficiencia renal leve, protrombina del 48%, hemoglobina de 11,4, plaquetas 108000, leucocitos 35560 (con 93,8% de neutrófilos, de los cuales casi la mitad son cayados). En el frotis no se objetivan células atípicas. Se repite la radiografía de tórax con persistencia del infiltrado intersticial bilateral, ampliándose la cobertura antibiótica (imipenem, amikacina y vancomicina), así como esteroides (40 mg de Urbasón/12 horas). Se informa a la familia de la situación clínica (folio 69).

Se comenta nuevamente el caso con la UVI y con hematología. Se solicita mediante parte de interconsulta a hematología la realización de biopsia y aspirado de médula. Se decide el traslado del paciente a la UCI y se queda pendiente de revisar por parte de hematología (que valora al enfermo) la biopsia ganglionar.

El 30 de octubre de 2002 se realiza aspirado y biopsia de médula ósea. El aspirado es informado ese mismo día con intenso depósito de hierro extracelular propio de un proceso inflamatorio o neoplásico. Normalidad de todas las series salvo ligera hipoplasia de la serie eritroide sin signos de diseritropoyesis. Ese mismo día se informa la biopsia de ganglio axilar izquierdo como enfermedad de Hodgkin de predominio linfocítico o linfocítico-histiocítico.



El estudio inmunohistoquímico muestra positividad de CD30, CD45, CD45 RO, LCA y Ki-67, siendo negativos CD15, CD79, ALFA, CD20, CD3, CD5 y BCL-2.

El 31 de octubre de 2002 se recibe la citometría de flujo en médula y sangre periférica que no demuestra la presencia de células linfomatosas en ninguna de las dos localizaciones. El mismo 31 de octubre se emite nuevo informe por parte de anatomía patológica en el que se señala como diagnóstico del ganglio axilar el de linfoma anaplásico. El estudio inmunohistoquímico se informa como positividad de CD30, ALK-1 (en núcleo y citoplasma), ALC, P-53 (aunque en porcentaje no significativo) y bcl-6 (focal). Son negativos CD20, CD4, CD8, bc12 y ciclinaD1. El índice proliferativo (Ki-67) se define como muy alto.

A las 24 horas de su ingreso en la DCI requiere intubación orotraqueal, previa información al propio paciente y a la familia (folio 111). Desarrolla inestabilidad hemodinámica e insuficiencia renal que precisa hemodiálisis. Además, persistencia de importante leucocitosis con neutrofilia en sangre periférica y ascenso térmico.

El 5 de noviembre de 2002 se inicia tratamiento quimioterápico con esquema CHOP, sin corticoides al estar recibiendo ya. Ese mismo día tras sesión de hemodiálisis presenta midriasis bilateral arreactiva. Se realiza TAC cerebral que demuestra edema cerebral difuso y TAC torácico en el que se aprecia afectación patrón difuso bilateral compatible con el diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio del adulto. En los días sucesivos se comprueba la ausencia de flujo cerebral, produciéndose el fallecimiento del paciente a las 15:00 del día 8 de noviembre de 2002.

Tras solicitar a la familia la realización de necropsia, la autorizan. El informe anatomopatológico final establece la presencia de un linfoma anaplásico en remisión parcial tras el tratamiento, con focos de enfermedad residual en mediastino, abdomen y bazo. Histiocitosis hemofagocítica de predominio en ganglios linfáticos y médula ósea y en menor medida en bazo y pulmón. Síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) masivo. Hepatomegalia y ascitis, esplenomegalia, hipertrofia renal izquierda, hipertrofia ventricular izquierda, ateromatosis generalizada moderada, congestión y áreas de malacia a nivel cerebral y cerebeloso y congestión con microhemorragias en la protuberancia.



Tercero.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica remitida por el Hospital hhhhh (perteneciente al Hospital hhhhh2), los informes médicos que se relacionan seguidamente:

- Informe del Servicio de Urología, de 20 de diciembre de 2002.
- Informe del Servicio de Medicina Interna, de 15 de enero de 2003.
- Informe del Servicio de Medicina Intensiva, de 20 de noviembre de 2003, al que se adjunta el informe de exitus.
- Informe del Servicio de Cirugía, de 3 de diciembre de 2003.
- Informe del Servicio de Medicina Interna, de 20 de enero de 2004.
- Informe del Servicio de Hematología, de 12 de abril de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, de 15 de abril de 2004.
- Informe médico, de fecha 24 de enero de 2004, realizado a solicitud de la compañía aseguradora.

Cuarto.- Consta en el expediente la interposición por parte de la interesada de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial, cuyo expediente es objeto del presente dictamen, y su admisión a trámite con fecha 13 de octubre de 2004.

Quinto.- Mediante escrito de 8 de febrero de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección comunica a la Gerencia de Salud de Área que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Sexto.- Concedido el trámite de audiencia, el 28 de febrero de 2005 se formulan alegaciones en las que se comunica que sobre estos mismos hechos



está conociendo la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, procedimiento ordinario nº xxx/2004.

Séptimo.- Con fecha 23 de noviembre de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario propone desestimar la reclamación planteada.

Octavo.- Con fecha 11 de enero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Noveno.- El 26 de enero de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido, 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 el interesado presenta la reclamación (el 27 de octubre de 2003)



hasta que se formula la propuesta de orden (el 11 de enero de 2007). 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.

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.

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 Autónoma 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, nexos causales que implican 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 asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx por el fallecimiento de su esposo, D. zzzz, que considera imputable al retraso en la realización de las pruebas diagnósticas complementarias necesarias para el diagnóstico diferencial del tumor que padecía. Alega asimismo falta de información sobre las alternativas terapéuticas que existían y sobre las posibilidades diagnósticas.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 11 de enero de 2007 que conduce a desestimar la reclamación de la interesada. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que la reclamante imputa a los servicios sanitarios públicos.

La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica –teoría que se ha ido afinando por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 o 3623/2003)– 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 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, 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.

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

En el caso sometido a dictamen es preciso analizar si las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales médicos –de las que trae causa la reclamación– han sido o no ajustadas a la *lex artis ad hoc*.

En primer lugar, la reclamante alega que el fallecimiento de su esposo es consecuencia del retraso en la realización de las pruebas diagnósticas complementarias necesarias para el diagnóstico diferencial del tumor que padecía. En particular, señalan que la realización de la biopsia se realizó con un evidente y fatal retraso.

A este respecto, el informe de la Inspección Médica señala en sus conclusiones lo siguiente:



“Como señala la literatura médica, la asociación de linfoma con síndrome hemofagocítico cursa con manifestaciones sistemáticas que pueden conducir a la muerte con fallo multiorgánico en un muy breve plazo de tiempo.

»Se tomaron todas las medidas respecto a la asistencia de un proceso infeccioso intercurrente no filiado y de los cuidados de soporte del paciente que surgieron posteriormente y su orientación terapéutica, hasta su traslado a la UVI y posteriormente, durante su estancia en la Unidad. (...). El paciente falleció como consecuencia de una histiocitosis hemofagocítica que condicionó la aceleración de la evolución de un linfoma anaplásico de alta tasa de mortalidad, proceso que se acompaña frecuentemente de un curso fulminante asociado a un síndrome fallo multiorgánico. El distrés respiratorio contribuyó a agravar el cuadro”.

Respecto a la alegación de que la realización de la biopsia en fecha anterior hubiera permitido evitar el fallecimiento o, al menos, mejorar el pronóstico, el mencionado informe afirma: “El haber realizado la biopsia en los 7 días anteriores no habría cambiado la evolución, tan agresiva, del linfoma anaplásico asociado a histiocitosis hemofagocítica que afectaba al paciente, a los que se añadió el síndrome de distrés respiratorio del adulto por infección respiratoria. A lo largo de la exposición de los hechos acaecidos se puede comprobar cómo en cuestión de días se modificaron los resultados objetivados en la exploración física, TAC y radiografía, con el consiguiente empeoramiento de la situación clínica del paciente”.

Por su parte, el informe médico realizado a instancia de la compañía aseguradora afirma en sus conclusiones lo siguiente:

“Las pruebas diagnósticas realizadas para intentar filiar el origen de la masa axilar, así como el tiempo empleado en dicho estudio son, en nuestro criterio y en el de la literatura consultada, adecuados.

»Transcurre apenas un mes entre el inicio de la sintomatología y la administración del tratamiento quimioterápico, previa realización del diagnóstico de enfermedad linfomatosa. No se puede hablar de retraso en el diagnóstico, no existiendo por otra parte influencia de ese supuesto retraso en la evolución posterior del enfermo.



»El fallecimiento del paciente no se produce como consecuencia del linfoma no Hodgkin agresivo que se le diagnosticó y que como se comprueba en la autopsia presentó una respuesta adecuada al tratamiento, sino que se relaciona con la presencia de un síndrome hemofagocítico que condujo a una situación de fallo multiorgánico.

»La presencia de un síndrome hemofagocítico como manifestación inicial de un LHN no es habitual, resultando complejo su diagnóstico, presentando una mortalidad elevada (superior al 80%) y no existiendo un tratamiento específico para el mismo.

»Así pues, el fallecimiento no se relaciona con la actuación de los profesionales intervinientes que se ajustó a la *lex artis*, sino que deriva de la gravedad de la patología que se diagnosticó al enfermo”.

No cabe, por tanto, hablar de retraso en el diagnóstico y tratamiento. Tanto las pruebas practicadas como el tiempo empleado en su realización se consideran adecuadas, teniendo en cuenta el cuadro clínico que presentaba el paciente, sin que, como indican los informes, en la evolución del enfermo hubiera influido el alegado retraso en la práctica de la biopsia.

En segundo lugar, la reclamante considera que existió un déficit importantísimo en la información recibida por los familiares dado que nunca fueron informados sobre las alternativas terapéuticas posibles y sobre las posibilidades diagnósticas.

La Inspección Médica considera que, a la vista de la historia clínica y del contenido de la reclamación –en la que se señala que han sido reiteradamente informados de los resultados–, la familia fue debidamente informada de la situación clínica del paciente, sospechas diagnósticas y tratamientos prescritos. En cualquier caso, no se mencionan por la reclamante otras posibilidades terapéuticas posibles. Ello, unido a que el fallecimiento se produjo como consecuencia de la presencia de un síndrome hemofagocítico para el que, como señala el informe pericial, no existe un tratamiento específico para el mismo, impide estimar la alegación.

Finalmente, alega en la reclamación que, dada la gravedad del paciente, hubiera sido mejor que un hematólogo le hubiera tratado. La Inspección Médica



afirma que “se realizó el tratamiento adecuado y cuando se tipificó el diagnóstico se pusieron en marcha todos los procedimientos terapéuticos encaminados a su terapéutica, D. Francisco fue atendido, desde que se conoció el diagnóstico hematológico, diariamente hasta su fallecimiento, por hematología del Hospital Clínico”.

A la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, y puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta.

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 Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicio derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su fallecido esposo, D. zzzz, en el Hospital hhhhh.

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