



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 Zamora el día 7 de junio de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y Dña. zzzzz1*, 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 30 de abril 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 por D. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y Dña. zzzzz1 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. zzzzz2*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de mayo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 435/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del 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. Estella Hoyos.

Primero.- Con fecha 18 de junio de 2003, Dña. xxxxx presenta en la Gerencia de Salud de xxxxx una reclamación de responsabilidad patrimonial, en la que solicita una indemnización de daños y perjuicios causados por el



fallecimiento por cáncer de pulmón de su tío, D. zzzzz2, de 55 años de edad en el momento de su fallecimiento, debido a la presuntamente defectuosa asistencia sanitaria prestada por su médico de cabecera, que no diagnosticó a tiempo el cáncer que padecía pese a los síntomas que presentaba y a los antecedentes familiares.

Solicita una indemnización de 120.000 euros.

Además de la indemnización solicita la apertura de un expediente disciplinario al médico de cabecera que considera responsable del desenlace.

En la reclamación se puede leer, entre otros, los siguientes detalles:

“(…) Desde enero de 2002, el paciente se aquejaba de esputos hemoptoicos matinales, pesadez de cabeza, zumbido de oídos, agotamiento y picores por todo el cuerpo, sin presencia de granos o erupciones varias. Para esto último, la Dra. Doña ccccc le recetó un tratamiento similar al `Talquistina´, sin ni siquiera auscultarle. Para el resto de padecimientos, no le recetó nada, y tampoco lo mandó a ningún especialista.

»La noche del 22 de diciembre de 2002, el paciente acude de urgencia al Centro de Salud de xxxxx, presentando una parálisis parcial de la parte izquierda del cuerpo. De aquí, es mandado urgente al Hospital hhhhh1, donde se objetivó mediante TAC una imagen compatible con metástasis cerebral y un nódulo pulmonar (...)”.

Segundo.- Según se desprende del expediente, a D. zzzzz2 se le diagnosticó de metástasis cerebrales múltiples derivadas de cáncer de pulmón el día 23 de diciembre de 2002, falleciendo el día 17 de enero de 2003.

El paciente tenía los siguientes antecedentes personales: ex fumador y bebedor importante; gastrectomía a lo Billroth I por ulcus gástrico; probable cardiopatía isquémica con irregular seguimiento e incumplimiento terapéutico por parte del paciente, que se negaba a ser valorado por el especialista; isquemia crónica agudizada distal en extremidad inferior izquierda que requirió ingreso hospitalario evolucionando favorablemente con tratamiento conservador con anticoagulantes; seguimiento en psiquiatría desde febrero de 2000 por reacción depresiva prolongada en relación con el fallecimiento de unos familiares, que fue valorada y tratada con fármacos y apoyo psicoterapéutico



con evolución favorable, siendo la última valoración de fecha 3 de septiembre de 2002.

El paciente es atendido en el Centro de Salud de xxxxx desde 1992. El 25 de febrero de 1998 es remitido al hospital por el cuadro de isquemia arterial, pese a su negativa, ya que se encontraba ebrio, y tras conseguir que los familiares le trasladaran al centro hospitalario. Tras el alta se refleja que el paciente no realiza el tratamiento pautado por el Servicio de Cirugía Vasculard de forma correcta, insistiéndole en la necesidad de cumplir el mismo. Con posterioridad no acude a un control analítico y en marzo de 1998 se presenta únicamente a por partes de baja.

Según el informe de Inspección, el 24 de abril de 1998 se traslada todo el expediente a la inspección para estudio de invalidez. Se le dan consejos sobre medidas higiénicas y se plantea la necesidad de ir al psiquiatra al ser muy nervioso, pero la familia no quiere. Se refleja una vez más que no cumple bien con el tratamiento. Amenaza a su médico con que "va a quitar todas las pensiones de aquí porque a él no se la han dado". El 24 de agosto de 1999 se anota "alta de inspección el 25 de agosto".

El 30 de agosto de 1999 acuden el paciente y una hermana a la consulta de primaria, solicitando a su médico de cabecera que les haga un certificado en el que reconozca que lo que tiene es una enfermedad laboral. "Finalmente la médico realiza un volante P.10 ante las amenazas que recibe y da parte a la Inspección".

En octubre de 1999 acude en dos ocasiones solicitando justificantes para su abogado, no se le hace, y se le comunica que las peticiones de ese tipo las deberá efectuar por escrito y se dirigirán a la Inspección. El paciente dice que "le tienen que dar una pensión sea como sea".

En enero de 2000 las hermanas quieren que le vea un psiquiatra porque "no está para nada y quieren la invalidez sea como sea". En marzo del mismo año es valorado en neurología derivado desde cirugía vascular por dolores en miembros inferiores no justificados desde el punto de vista arterial. La valoración realizada es normal.

En mayo de 2000 se realizan análisis en los que únicamente destaca una elevada tasa de colesterol de 227 mg/dL, y un fósforo de 2,2, siendo el resto de



parámetros incluida la VSG normal. Es derivado a endocrinología por una cifra de T4 mínimamente elevada con T4 libre normal, descartándose patología por su parte.

En el informe de la Inspección se hace referencia también a diversas anotaciones existentes en la historia clínica del paciente: el 26 de julio de 2000 acude a por recetas de Disgren y Tepazepan y se recoge la tensión arterial, que es normal; el 25 de septiembre se le entregan resultados analíticos, pues dice que los ha perdido; en enero de 2001 refiere dolor en columna lumbar, siendo dado de baja laboral y remitiéndose al traumatólogo y a la Inspección para el control de la baja; el 7 de junio se anota " Carta de Inspección procede alta"; el 23 de julio de 2001 acude a por recetas.

A partir de ese momento el paciente acude a la consulta de primaria de forma esporádica, únicamente a pedir recetas y análisis y sin referir ninguna otra sintomatología. En enero de 2002 hay unos análisis en los que consta únicamente la bioquímica, destacando un colesterol de 240 mg/cL.

El 22 de diciembre de 2002, a las 21:30 horas, acude al PAC de xxxxx por un cuadro neurológico de debilidad en hemicuerpo izquierdo de 72 horas de evolución. Es remitido al Hospital hhhhh1 donde se añade en la anamnesis la presencia de cefalea intensa de tipo opresivo frontal, sin otra sintomatología acompañante. Existe una anotación en la que se señala que presenta hemoptisis de un año de evolución sin síndrome constitucional asociado. En el TC realizado presenta tres lesiones ocupantes de espacio compatibles con metástasis.

Se propone ingreso, pero el paciente prefiere trasladarse a xxxxx, siendo el diagnóstico de nódulo pulmonar y metástasis cerebrales. En los análisis no existen hallazgos relevantes.

Ingresa el 23 de diciembre en el Hospital hhhhh2. Se inicia tratamiento con Dexametasona con mejoría clínica y se completa el estudio con TC tóraco-abdominopélvico en la que se aprecia una masa pulmonar de unos 5 cm basal derecha con adenopatías subcarinales, fibroscopia con estenosis de bronquio del lóbulo inferior derecho y biopsia bronquial informada como carcinoma pobremente diferenciado, no célula pequeña.



Es dado de alta el 31 de diciembre. Se administran tres sesiones de radioterapia craneal en el Instituto Oncológico de xxxxx. El 14 de enero acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh2 por dolores generalizados, sin evidencia de metástasis óseas en el estudio radiológico practicado, y que mejoran con Adolonta intravenosa y Voltarén intramuscular, pudiendo ser dado de alta.

El 15 de enero ingresa en el Instituto Oncológico por deterioro de su estado general y disminución del nivel de conciencia, instaurándose tratamiento sintomático. El paciente fallece el 17 de enero.

Tercero.- Requerida la reclamante Dña. xxxxx, sobrina del fallecido, para que acredite su condición de interesada, conforme al artículo 31 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el día 15 de julio de 2003 se remite una nueva reclamación en la que figuran como reclamantes los padres y una hermana del fallecido, D. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y Dña. zzzzz1, aportando copia del libro de familia.

Cuarto.- Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.
- Historia clínica del paciente del Centro de Salud de xxxxx, del Hospital hhhhh1 y del Hospital hhhhh2 de xxxxx.
- Informe de la Dra. ccccc, del Centro de Salud de xxxxx, médico de cabecera del paciente.
- Informe del Coordinador de Urgencias y del Jefe de Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital hhhhh1, en el que se reseña:

“El paciente D. zzzzz2 (...) acudió a urgencias del Hospital Clínico el día 23 de Diciembre de 2003 a las 00:16h enviado por el equipo de guardia de Atención Primaria de su localidad por presentar desde hacia tres días debilidad e impotencia funcional de extremidades izquierdas por probable proceso cerebral agudo.



»En el servicio de urgencias del Hospital clínico se le realizó estudio analítico radiológico y TAC cerebral objetivándose lesiones cerebrales sugerente de Metástasis tumorales por un posible tumor primitivo de origen pulmonar pues presentaba un nódulo en pulmón derecho, por todo ello se le propuso ingreso pero la familia prefirió llevárselo al Hospital de xxxxx por residir en esa localidad lo que nos pareció lógico (...).”

- Informe de la Inspectora Médica de la Gerencia de Salud de xxxxx, Dra. ppppp, en el que se puede leer:

“D. zzzzz2 fue paciente de la Dra. D^a ccccc, en la localidad de xxxxx desde el año 1992, existiendo desde entonces un seguimiento periódico y continuado del paciente, incluyendo derivaciones a distintos especialistas y servicios hospitalarios, con abundantes referencias documentales en su historia clínica. Por todo ello no es posible demostrar que existiera por parte de dicha médico de cabecera ninguna negligencia o dejación de sus funciones como responsable de la asistencia sanitaria de dicho paciente.

»4.2.- De acuerdo con lo anterior se constata que la médico D^a ccccc instó en numerosas ocasiones a D. zzzzz2 para que desistiera de sus hábitos tóxicos, especialmente el tabaquismo, en beneficio de su salud, haciendo una verdadera prevención primaria sobre los factores de riesgo que podían incidir negativamente en la patología del paciente, especialmente por sus antecedentes cardiológicos y vasculares. Igualmente le insistió para que no abandonara los tratamientos prescritos por los especialistas y acudiera periódicamente a las revisiones indicadas por aquellos. Indudablemente la persistencia en el tiempo del hábito tabáquico es un factor de riesgo conocido (...).

»4.3.- Desde la última determinación analítica solicitada al paciente, el 26-1-02 no existe ninguna referencia de que D. zzzzz2 acudiera a la consulta de D^a ccccc en demanda de atención sanitaria, ya que para lo único que al parecer acudió de forma esporádica fue para solicitar las recetas de su tratamiento. Teniendo en cuenta la atención médica que desde el principio queda reflejada en la historia clínica no parece razonable pensar que no fuera a atenderse en los inicios de su última enfermedad, ni es razonable pensar tampoco que si el enfermo hubiera puesto de manifiesto los síntomas a la médico de cabecera al menos en alguna ocasión a lo largo del año 2002, aunque no se le hubiera dado importancia, habría quedado alguna anotación al



respecto en la historia clínica. Por lo que cabe deducir que tales síntomas nunca fueron manifestados ante la médico de cabecera, ni por el paciente ni por sus familiares (...). Por todo ello no es posible atribuir a la médico de cabecera ninguna responsabilidad en la asistencia sanitaria del paciente, en su última enfermedad, si éste no le consultó la existencia de sintomatología alguna.

»4.4.- La patología neoplásica de D. zzzzz2 se reveló mediante un episodio neurológico agudo por metástasis cerebrales múltiples que originaron un cuadro de hipertensión intracraneal y una hemiparesia izquierda, presentándose las primeras manifestaciones del mismo tres días antes de acudir al servicio de urgencias (PAC) de su Centro de Salud”.

Como conclusión, la Inspección Médica señala: “Por todo lo anteriormente expuesto se concluye que en el proceso de enfermedad de D. zzzzz2 no puede demostrarse ninguna deficiencia en la asistencia sanitaria prestada, existiendo en todo momento una correcta actuación facultativa, tanto en el seguimiento y atención de la médico de cabecera D^a ccccc y de los especialistas hospitalarios correspondientes, como en la asistencia prestada por el PAC del Centro de Salud de xxxxx y el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh1”.

- Dictamen médico de los especialistas en medicina interna, Dres. aaaaa e iiiii, en el que se determina:

“(...) fue valorado de forma correcta por su médico de cabecera, realizando un seguimiento adecuado de las distintas patologías del paciente pese a la actitud poco colaboradora, incumplidora del tratamiento y las distintas recomendaciones que se le fueron realizando, y en ocasiones amenazante que el mismo adoptó en su relación con la facultativa.

»No consta que el paciente refiriese en ningún momento de su seguimiento, ni por parte de la médico de primaria ni de los distintos especialistas que le valoraron, sintomatología que pudiera relacionarse con el diagnóstico final de cáncer de pulmón metastático que se realizó en diciembre de 2002.

»Una vez realizado el diagnóstico la valoración del paciente y la posterior decisión de tratamiento paliativo es correcta y adecuada a las recomendaciones de la literatura.



»Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis”.

- Acuerdo de 2 de septiembre de 2003, del Gerente de Salud de xxxxx, en relación con la información previa sobre procedencia de apertura de expediente disciplinario a la facultativo de Atención Primaria del Centro de Salud de xxxxx, llevada a cabo por la Inspección de Área, ordenando el archivo y sobreseimiento de las actuaciones por no detectar falta tipificada en el vigente estatuto de personal médico de la Seguridad Social.

Quinto.- Concluida la instrucción del expediente, se da trámite de audiencia a la parte interesada, de conformidad con lo dispuesto en 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, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

Notificado a los reclamantes con fecha 1 de octubre de 2004, no consta que hayan presentado alegaciones.

Sexto.- Con fecha 22 de marzo de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Séptimo.- El 3 de abril de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden citada, por considerarla ajustada a derecho.

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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el



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

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso poner de manifiesto la excesiva tardanza empleada en la tramitación del expediente, dado que no es hasta el 22 de marzo de 2007 cuando se elabora la correspondiente propuesta de resolución. Es decir, transcurren más de tres años desde que se inicia con fecha de 18 de junio de 2003. Ello vulnera el principio de eficacia que debe presidir la actuación de la Administración, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, así como el criterio de celeridad en la tramitación del procedimiento (artículo 74 de la misma Ley).

3ª.- Concurren en los interesados 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, 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), la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por D. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y Dña. zzzzz1 debido a la defectuosa asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano respectivamente, D. zzzzz2, motivada en que no se diagnosticó a tiempo el cáncer que padecía, pese a los síntomas que presentaba y a los antecedentes en la familia.

Los interesados han 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 la reclamación se presentó el 18 de junio de 2003, antes de transcurrir el plazo de un año desde el fallecimiento del paciente, que ocurrió el 17 de enero de 2003.

A la vista de éste y 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 de prestar la debida asistencia médica y no 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. Es esa misma diligencia y corrección del acto médico la que hace que los profesionales valoren con criterios de racionalidad la oportunidad o conveniencia de administrar un tratamiento u otro o simplemente esperar.

El Tribunal Supremo, en Sentencia de 26 de mayo de 1986, marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer que “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 ese mismo sentido se han pronunciado otras Sentencias del Tribunal Supremo tales como la de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, la de 9 de mayo de 1999, 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002; el Consejo Consultivo de Castilla y León, por todos 353/2006, de 20 de abril, así como la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

A la luz de este criterio se puede concluir que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.

Precisamente, actuar con corrección en la actuación médica es el parámetro para determinar si ha existido desatención, inasistencia o un diagnóstico erróneo, razones que motivarían la asistencia a la medicina privada.



Entrando al examen del fondo del asunto, el principal problema que suscita el expediente se refiere a la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y el daño alegado; extremo que corresponde acreditar al interesado, de acuerdo con el principio general sobre carga de la prueba contenido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y con lo que, más específicamente para el régimen de la responsabilidad objetiva de la Administración, dispone el artículo 6.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial. En efecto, este último precepto establece:

“En la reclamación se deberán especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”.

Quiere ello decir que los reclamantes han debido probar los hechos constitutivos de su pretensión indemnizatoria, mientras que a la Administración corresponde, en su caso, la prueba de los hechos que excluirían la existencia de responsabilidad.

El Consejo Consultivo viene destacando que, siendo la relación de causalidad requisito esencial y soporte lógico de la responsabilidad patrimonial, los interesados tienen la carga de acreditarla, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*. De todo ello se deduce que la Administración, en un correcto entendimiento de la distribución del *onus probandi* acorde con el principio general de buena fe, debe adoptar una postura colaboradora que facilite el esclarecimiento de los hechos relevantes para la decisión del procedimiento.

A pesar de que se hayan rebajado en cierta medida las exigencias de la acreditación por parte del administrado de la existencia de nexo causal, lo cierto es que no es suficiente alegar simplemente su concurrencia, sino que es preciso exigir al reclamante que aporte, al menos, un indicio de prueba.

En este sentido el Tribunal Supremo, en Sentencia de 11 de noviembre de 2004, indica:



“(…) el motivo ha de ser rechazado ya que se fundamenta exclusivamente en la responsabilidad objetiva de la Administración, sin tener en cuenta que, como correctamente la Sala de instancia precisa, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el daño padecido y la actuación administrativa excluyéndose, por tanto, de indemnización los casos en que, como en el de autos, la lesión padecida obedezca a causas endógenas del paciente y no a la actuación hospitalaria, pues ello determina la inexistencia de la relación causal exigible, conforme al artículo 139 de la Ley 30/92 (...)”.

Trasladando las anteriores consideraciones al expediente ahora examinado, y teniendo en cuenta los informes médicos coincidentes, se puede concluir que no ha quedado acreditado por la parte interesada la defectuosa asistencia sanitaria.

En el caso que nos ocupa, no hay prueba suficiente para considerar que hubo una mínima desatención que pudiera devenir en responsabilidad por el resultado o por la pérdida de oportunidades asistenciales. Los informes de la Inspección Médica y de los diferentes doctores no permiten sustentar que el paciente fuera atendido de forma incorrecta o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*.

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 D. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y Dña. zzzzz1 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. zzzzz2.

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