



Sr. Madrid López, Presidente  
en funciones

Sr. Estella Hoyos, Consejero  
Sr. Pérez Solano, Consejero  
Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 6 de noviembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de mayo de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital "hhhh1", de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de mayo de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 486/2008, 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su Ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** Con fecha 8 de marzo de 2006, tiene entrada en el registro de la Gerencia de Salud de Área de xxxx1, escrito de reclamación de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1 "hhhh1", por haberse producido un error y



retraso en el diagnóstico de la esclerosis múltiple que padece. Reclama por ello 180.000 euros.

Relata en su escrito los resultados de los diferentes episodios de la asistencia sanitaria recibida, adjuntando a su relato los pertinentes informes. Los hechos pueden resumirse en los siguientes términos:

- En el año 1991 padece traumatismo en el pie izquierdo, siendo atendida en el referido Hospital.

- En el año 1994 es atendida en el Servicio de Medicina Interna por diferentes episodios de mareos, inestabilidad, insomnio, etc., que sufre desde octubre de 1993, concluyéndose, en informe de 18 de abril de 1994, que no se detecta ninguna anomalía.

- En marzo de 1997 acude al Servicio de Traumatología por padecer dolores en el pie derecho, el cual propone intervención correctora de Hallux Valgus.

- Ese mismo año acude el servicio de Reumatología por referir dolor en las rodillas y molestias en codos, muñecas, nalgas y tobillos. Consta en informe de 15 de abril de 1997 que se le practica exploración, analítica y radiografía, con juicio clínico de artrosis fémoro rotuliana inicial y artrosis dorsal leve.

- En informe de Urgencias de 2 de enero de 1999, se refleja la atención recibida como consecuencia de los dolores que sufre en su rodilla izquierda por un aparente traumatismo, diagnosticándose una posible meniscopatía interna.

- El día 9 de abril de 1999 es atendida en el Servicio de Neurofisiología, en el que tras exploración, analítica, EMG, estudio de conducción motora y sensitiva, se consigna como juicio diagnóstico "Cuadro compatible con Miopatía generalizada aparentemente esporádica", solicitándose estudio de biopsia en el Hospital hhhh2 de xxxx2. El día 8 de julio de 1999 se informa que la paciente presenta "músculo con irregularidades mitocondriales, que exigen su confirmación en el estudio de la cadena respiratoria". Dicho estudio se realiza y se documenta en informe de 19 de octubre de 1999, con



resultado de cadena respiratoria normal. Denuncia en su escrito no haberse practicado TAC o RM, destacando la importancia de los mismos para realizar un diagnóstico completo.

- El 28 de octubre de 1999, el Servicio de Neurología emite nuevo informe con el siguiente diagnóstico: "Miopatía mitocondrial esporádica sin alteraciones cuantificables en la cadena respiratoria". Consta nota manuscrita donde se lee "mandar volver en noviembre".

- El 28 de noviembre de 2000 el médico de Neurología emite informe en el que se diagnostica "Miopatía mitocondrial en situación clínica de estabilidad".

- El 14 de febrero de 2001 es atendida por contractura cervical.

- El 1 de julio de 2002 se informa nuevamente sobre la situación de la paciente, ante la mayor debilidad muscular y mialgias que refiere durante el último trimestre. En la nueva exploración neurológica no se aprecian cambios significativos.

- El 21 de noviembre de 2002 se emite nuevo informe, tras solicitarse revisión por su médico de Atención Primaria al sufrir pérdida de conciencia, ansiedad, fatiga y disminución de fuerza. En el informe referido se hace constar que la "miopatía mitocondrial desde el punto de vista funcional motor sigue la evolución esperable", derivándose consulta ante el Servicio de Cardiología y, tras exploración, ECG, Holter y Ecocardiograma, se informa que "sin trastornos de la conducción intraventricular ni nodal ni enfermedad del músculo cardiaco. Síndrome posiblemente vasovagal".

- Tras nuevo Ecocardiograma se informa, con fecha de 18 de febrero de 2003, como "espesor del SIV limite VI por lo demás normal. Prolapso de válvulas A-V más marcado en la tricúspide con ligero engrosamiento de las mismas. ¿mixomatosas? e insuficiencias ligeros. Aneurisma del septo interauricular ligero. Resto sin hallazgos de interés".

- Es asistida por traumatismo en un dedo de su mano.

- Refiere asimismo en su escrito recibir tratamiento psiquiátrico.



- El 30 de abril de 2001 se reconoce un grado de minusvalía del 40%, que en noviembre de 2004 se declara del 70 %, en virtud de Sentencia del Juzgado de lo Social N° 1 de xxxx1.

- El 12 de junio de 2005, la reclamante es ingresada en el Hospital hhhh1, constando como diagnóstico en el informe de alta de 18 de junio "enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central, de probable origen autoinmune, parapesia espástica en relación con dicha enfermedad Diagnosticada de Miopatía Mitocondrial". Igualmente, se le cita para revisión el 24 de agosto de 2005.

- Los días 24 de agosto y 11 de noviembre de 2005, el juicio clínico es de esclerosis múltiple primaria progresiva, y se inicia el tratamiento.

- Tras el relato de los hechos se denuncia la falta y el error de diagnóstico desde el año 1999 hasta el año 2005, con la consiguiente imposibilidad de recibir un tratamiento adecuado a su enfermedad, así como la ausencia de exámenes necesarios para poder detectarse, tales como un TAC o una RM.

**Segundo.-** Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

I.- Informe médico del Servicio de Neurología de 21 de marzo de 2006.

II.- Informe de la Inspección Médica de 19 de mayo de 2006.

III.- Informe de 26 de junio de 2006, emitido por la Compañía aseguradora del Sacyl.

IV.- Historia clínica.

V.- Bibliografía.

**Tercero.-** Tras la concesión del preceptivo trámite de audiencia, el día 6 de octubre de 2006 tiene entrada escrito de alegaciones en el que la interesada se ratifica en su escrito de reclamación inicial.



**Cuarto.-** El 28 de marzo de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, por entender que no es posible apreciar la relación de causalidad, ni la antijuridicidad del daño, manteniendo que los servicios sanitarios han actuado de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

**Quinto.-** El 15 de abril de 2008, 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 dictamen.

**Sexto.-** Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León de fecha 16 de junio de 2008, se acuerda recabar un informe escrito de institución, entidad o persona con notoria competencia técnica en la materia, sobre aspectos concretos del expediente, suspendiéndose el plazo para la emisión del dictamen.

**Séptimo.-** El 10 de octubre de 2008, se recibe un informe de la facultativa especialista de Neurología del Hospital hhhh3 de xxxx3 y profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxx3, fechado el 8 de octubre de 2008, en relación con los aspectos concretos del expediente cuya aclaración se solicitó.

Recibida dicha documentación, se reanuda el plazo para emitir el 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la reclamación (el 8 de marzo de 2006) hasta que se formula la propuesta de resolución (el 28 de marzo de 2008). 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 interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida 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 los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 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 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, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

**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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre,



a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

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, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, 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 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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso



acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica concreta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación, en los términos y por las razones que se exponen a continuación.

Es necesario destacar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados; ello supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso, la parte reclamante alega en su escrito de reclamación que ha existido un retraso en el diagnóstico y consiguiente tratamiento. Considera que no se le han practicado la totalidad de las pruebas y medios necesarios a la hora de descartar cualquier lesión.

Hay que tener en cuenta que, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, sentada, entre otras, en Sentencias de 5 de junio, 7 de julio, 20 de octubre y 16 de diciembre de 1997 y 10 de febrero de 1998, "la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización. El hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado".





Asimismo, ha de precisarse que el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Así como, conforme mantiene nuestro Tribunal Supremo, en sentencias como la de 5 de junio de 1998, “el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo -y así ocurre en el presente caso- se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final”.

Continúa diciendo la referida Sentencia: “De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada. La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una «*conditio sine qua non*», esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño («*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*»). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de fuerza mayor”.



La cuestión se centra en determinar si la asistencia sanitaria prestada a la interesada ha sido la adecuada.

La parte reclamante alega un error o falta de diagnóstico, que se podría haber impedido con la realización de pruebas como un TAC o una RM, ocasionando todo ello la imposibilidad de recibir un tratamiento adecuado que hubiera frenado o paliado su enfermedad.

Por tanto, la base de su reclamación se centra en la existencia de retraso en el diagnóstico de esclerosis múltiple, imputable a la Administración Sanitaria.

Debe por ello analizarse, en primer término, si se puede hablar o no de error y/o de retraso en el diagnóstico.

En primer lugar, la Inspección Médica, en su informe de 19 de mayo de 2006, señala que " Desde el año 1999 los síntomas y signos de la paciente llevan a la sospecha diagnóstica de enfermedad muscular que se confirma por biopsia, resultando: padecer una Miopatía mitocondrial, de la que es tratada hasta el 2005, fecha en que aparecen otros signos exploratorios como la hiperreflexia y espasticidad de miembros inferiores, lo que obliga a practicar nuevas pruebas como un TAC y una RM, que concluyen con el diagnóstico de esclerosis múltiple.

»Queda claro que la paciente sufre dos procesos: una Miopatía mitocondrial y con posterioridad aparece una patología de hiperreflexia y espasticidad que es diagnosticada de esclerosis múltiple. De ambos procesos es tratada médicamente".

Por otra parte, el informe emitido por la aseguradora del Sacyl el 26 de junio de 2006, pone de manifiesto:

"En las primeras valoraciones médicas en 1997 no se objetiva ninguna alteración en la exploración, a pesar de haber sido valorada por Medicina Interna, Traumatología y Reumatología.

»Al ser valorada en Neurología en 1999 se objetiva debilidad discreta de extremidades, amiotrofia facial y alteraciones de la marcha, por lo que se inicia estudio complementario que concluye con la realización de una



biopsia muscular que permite diagnosticar un proceso con afectación mitocondrial, sin que se encuentre ninguna de las alteraciones más frecuentes que conllevan el diagnóstico de un síndrome más definido. (...)

»(...) No es justificable hacer al paciente acudir a nuevas pruebas que pueden causarle molestias cuando la evolución está justificada por el diagnóstico ya establecido y que no olvidemos estaba confirmado con la biopsia muscular. (...)

»No se solicitan pruebas diagnósticas complementarias que no guardan relación directa con patologías que puedan justificar el caso clínico (...).

»Cuando la paciente presenta posteriormente unos cuadros de pérdida de conocimiento, se la remita para ser valorada por cardiología dado que dicho síntoma no guarda relación con su diagnóstico neurológico”.

»El 12 de junio de 2005 la paciente presenta un cuadro clínico de difícil catalogación,(...), y por el que la paciente es atendida primero en su domicilio y posteriormente en Urgencias. En la exploración física se aprecian datos que se relacionan con patología del sistema nervioso central y que no se explican con una afectación muscular, y se decide ingreso para estudio. Durante dicho ingreso se llega al diagnóstico de enfermedad desmielinizante, que posteriormente se etiquetará como esclerosis múltiple primaria progresiva.

»Conviene recordar que la evolución lenta y la sintomatología asociada a esta patología, como se ha descrito anteriormente, dificultan el diagnóstico. En este caso se dispone de exploración clínica previa, cuando se alcanza el diagnóstico de miopatía mitocondrial, en la que no estaban presentes los signos que se encuentran en 2005, por lo que se puede afirmar que la esclerosis múltiple no era la responsable de la sintomatología existente previamente. Además, el cuadro de dolores generalizados de tantos años de evolución no es sintomatología propia de una esclerosis múltiple”.

En el informe emitido por la facultativa especialista de Neurología del Hospital hhhh3 de xxxx3 y profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxx3, fechado el 8 de octubre de 2008, se recoge que “la esclerosis múltiple, en su forma primaria progresiva es una enfermedad de



lenta evolución y aparición insidiosa, por lo tanto, es difícil de precisar el momento exacto en el que la paciente comenzó a mostrar signos o síntomas que pudieran hacer sospechar la enfermedad. Revisando detenidamente todo el historial es cierto que la aparición de debilidad en las extremidades pudieran hacer sospechar el cuadro clínico, pero no es menos cierto, que esta debilidad se puede justificar también en el contexto de una miopatía, (...), por otro lado, la ausencia de hiperreflexia tendinosa, espasticidad o signo de Babinski muy frecuentes en los pacientes con esclerosis múltiple hacen pensar también como más probable el diagnóstico de miopatía”.

En este sentido, ha de partirse de lo mantenido en la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1996, en la que se establece -respecto a un posible error de diagnóstico- que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, (...) se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

Por tanto, a la vista de lo expuesto, no puede considerarse la ausencia de la diligencia médica debida en cuanto al diagnóstico de la enfermedad.

Otra de las cuestiones planteadas por la reclamante se refiere a que la práctica de un TAC o una RM, que debería haberse practicado en un momento anterior en el tiempo, permitiría un diagnóstico y un tratamiento previo de su enfermedad.

En este punto y acudiendo de nuevo al informe emitido a instancia de este Consejo Consultivo, la alegación no puede tener favorable acogida, toda vez que se considera que “la TC tiene una mínima sensibilidad para detectar lesiones desmielinizantes que aparecen sólo cuando son lo suficientemente grandes como áreas hipodensas en los hemisferios cerebrales. La RM es mucho más sensible para ver lesiones desmielinizantes en el sistema nervioso central. No obstante, se estima que sólo una de cada 10 lesiones desmielinizantes produce clínica, esto quiere decir que cierto porcentaje de la población que nunca ha tenido síntomas, tendrá lesiones desmielinizantes en la sustancia blanca cerebral si se practicara una RM. Esto no justifica la realización del estudio a toda la población.



»En el caso que nos ocupa posiblemente estas lesiones se pudieran haber visto con anterioridad al año 2005 en el caso de haberse realizado una RM, pero en sus circunstancias la solicitud de la prueba tendría escasa justificación”.

Por último, en cuanto a la posibilidad de tratamiento adecuado que frenase la evolución de la misma o hubiera paliado o aliviado a la paciente, la conclusión es prácticamente la misma en los informes incorporados al expediente. Así, en el último de los citados, se determina, gráficamente, que “independientemente del momento del diagnóstico, la evolución clínica no habría cambiado. Ninguno de los fármacos ensayados hasta el momento ha conseguido mejorar ni siquiera estabilizar el deterioro neurológico en los casos de esclerosis múltiple primaria progresiva. Sólo la fisioterapia puede mejorar la movilidad y calidad de vida de estos pacientes, y la paciente que nos ocupa recibió este tratamiento en todo caso”.

Por todo lo expuesto, ha de considerarse que el diagnóstico realizado inicialmente fue conforme a la *lex artis ad hoc*. El reclamante recibió una asistencia sanitaria adecuada, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, sin que quepa apreciar error o retraso en el diagnóstico, ni en el tratamiento pautado, considerando que la actuación de los servicios sanitarios fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital “hhhh1”, de xxxx1.

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