CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

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 xxxxx el día 11 de mayo de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxx,* 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 7 de abril 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 por D. xxxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. zzzzzz.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de abril de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 386/2006, 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 los doctores mmmmm y sssss se contiene el siguiente “resumen de los hechos”:

"Paciente de 89 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento insulínico y colecistectomizada.

»El día 1 de abril de 2003, es trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh por una ambulancia convencional al haber sufrido una caída con traumatismo craneoencefálico sin sufrir pérdida de conocimiento. La paciente se encuentra con buen nivel de consciencia, de pie en la vía pública y es trasladada sentada en la propia ambulancia por petición de la propia paciente (folio 8).

»Llega al hospital a las 9:56 donde la paciente refiere que encontrándose previamente bien mientras caminaba sufre un desvanecimiento con mareo subjetivo y caída al suelo, sin pérdida de conocimiento ni otra sintomatología acompañante. Presenta cefalea occipital. La familia refiere que desde hace un año presenta episodios de desorientación temporoespacial y que las pastillas para dormir las toma sin control. A la exploración física está consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora y con leve amnesia postraumática. Memoria reciente conservada. Presenta borramiento del surco nasogeniano izquierdo y desviación de la comisura bucal hacia la derecha, siendo el resto de la exploración neurológica normal. A la auscultación cardiaca presenta un tercer ruido y un soplo I/VI. A la auscultación pulmonar roncus inspiratorios, sibilancias y alargamiento de la espiración. El resto de la exploración física es normal. La tensión arterial es de 140/67, la frecuencia del pulso de 69 y se encuentra afebril.

»Se solicitan análisis en los que no se aprecian alteraciones valorables, electrocardiograma en el que presenta un bloqueo completo de rama izquierda y un TC cerebral, así como al parecer una radiografía de tórax.

»Se realizó TC cerebral, en el que no parece que se apreciaran hallazgos relevantes, y con posterioridad se la trasladó para la realización de una radiografía de tórax. La paciente iba en camilla por lo que se procedió a colocar el chasis de la placa en la misma camilla, y tanto la técnico de rayos como el celador procedieron a abandonar el lugar para realizar la radiografía desde la sala contigua, presentando en ese momento la paciente caída al suelo.

»Se comprobó la presencia de una fractura espiroidea del tercio proximal-medio de la diáfisis del fémur derecho. Se coloca tracción trancondílea

e ingresa en el Servicio de Traumatología. Es valorada en la planta por Psiquiatría que recoge que la paciente no tiene antecedentes psiquiátricos. A la exploración la paciente está consciente, orientada en persona y parcialmente en tiempo, estando desorientada en espacio, presenta ligera inquietud psicomotriz y ansiedad leve, sin alteraciones sensoperceptivas ni del curso o contenido del pensamiento. Con el diagnóstico de pre-delirium se pauta tratamiento con 2 ampollas de tiaprizal, acompañamiento permanente y sujeción mecánica si precisa. Esa noche presenta agitación psicomotriz por lo que se le administran neurolépticos y se procede a aplicar la sujeción mecánica. Desde ese momento no se vuelve a referir en la documentación aportada la presencia de nuevos episodios de agitación, siendo pautado por parte de Psiquiatría tratamiento con Somazina y Seroquel, que se mantuvo durante todo el ingreso, pudiendo bajar la dosis del Seroquel el 15 de mayo.

»Es intervenida el 3 de abril de 2003, encontrando una fractura persubtrocantérea del fémur derecho con arrancamiento del trocánter menor, con conminución del foco subtrocantéreo. Se realiza enclavado endomedular con clavo PFN largo, tornillo antirrotatorio y tornillo de cuello. En el posoperatorio presenta:

»- Anemia postoperatoria que requirió transfusión de concentrados de hematíes.

»- Episodio de disnea con datos de broncoespasmo el día 5 de abril. La paciente mejoró con tratamiento broncodilatador. Dada la cirugía practicada se sospechó la presencia de un tromboembolismo pulmonar realizándose gammagrafía que no confirmó dicho diagnóstico (folio 13).

»- Episodio de angina de reposo con cambios electrocardiográficos y sin movimiento enzimático (troponina máxima de 0.171). Fue valorada el 7 de abril por cardiología. En ese momento la cifra de hemoglobina era de 12,6 g/dL. Se inició tratamiento antianginoso y antiagregante presentando la paciente una evolución favorable con adecuado control sintomático y sin presentar nuevos episodios de dolor anginoso.

»- Dehiscencia de la herida con presencia de esfacelos que obligaron a realizar Friedreich de la misma en quirófano el 14 de mayo. Fue valorada por infecciosas constando la presencia en diversos cultivos de

exudados de la misma de diversos gérmenes (Staphylococcus áereus meticilin resistente, Corynegacterium y Streptococcus mitis). Por parte de Infecciosas no se encuentran claros datos de infección en la herida quirúrgica, por lo que podría tratarse de una colonización de la misma, por lo que se recomienda seguir con ciprofloxacino y solicitar gammagrafía con leucocitos marcados.

»Pese a estas complicaciones la evolución de la paciente fue favorable siendo dada de alta el 23 de mayo, aunque se indica que la paciente permanecerá en el Hospital hasta el 26 de mayo al no disponer de camas en la residencia a donde se traslada a la paciente. Se indica además que se adjunta informe de psiquiatría y tratamiento puesto por el Servicio de Cardiología (folio 11). Durante los días 23 al 26 de mayo se refleja que la paciente se encuentra bien y no presenta ninguna incidencia (folio 38).

»El 26 de mayo es trasladada a la Residencia `ccccc´ donde ingresa a las 13:00 en la enfermería del centro. El 27 de mayo a las 17:30 se certifica el fallecimiento de la paciente por infarto de miocardio sin que conste la realización de autopsia, ni que se solicitase asistencia sanitaria previa distinta de la que se dispensó en la residencia y que desconocemos".

Segundo.- El 9 de febrero de 2004 D. xxxxxx formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios, que valora en 300.000 euros, derivados de la asistencia sanitaria prestada a su madre, en la que concluye solicitando una indemnización por dicha cuantía "por las gravísimas y fatales consecuencias derivadas de la intervención quirúrgica a que fue sometida mi madre como consecuencia de la caída sufrida en el Hospital hhhhhh de xxxxx, producto de una falta de asistencia y control adecuados a una paciente aquejada de demencia senil, así como por el daño moral causado a la familia, hechos acaecidos todos ellos en el ámbito de la prestación de asistencia sanitaria a beneficiarios de la Seguridad Social responsabilidad de la Junta de Castilla y León a través de su Servicio Público de Salud (SACYL)".

Acompaña a la reclamación los siguientes documentos:

- Diversa documentación médica relativa a la asistencia prestada a Dña. zzzzzz en el Hospital hhhhhh de xxxxx y por el Servicio de Urgencias Sanitarias (061).

- Informe del director de la Residencia ccccc de xxxxx relativo al ingreso de Dña. xxxxx, el día 26 de mayo de 2003, en la Unidad de Enfermería del Centro.

- Certificado médico de defunción de Dña. zzzzzz en xxxxx el 27 de mayo de 2003 a las 17:30 horas.

- Copia del Auto de 11 de agosto de 2003 del Juzgado de Instrucción nº 3 de xxxxx recaído en las diligencias previas 2242/03.

Posteriormente, con fecha 1 de marzo de 2004 el reclamante aporta, a requerimiento de la Administración, certificación del Registro Civil de xxxxx de la inscripción del nacimiento de D. xxxxxx en la que consta que éste es hijo de Dña. zzzzzz.

Tercero.- Consta en el expediente la siguiente documentación:

- Escritos de D. Ángel Luis Ortega Fernández y de Dña. Mª del Carmen Santos Hernández, celador y técnico especialista de radiodiagnóstico, respectivamente, del Hospital hhhhhh de xxxxx, a los que acompañan copia del Auto nº 323/03, de 10 de diciembre, de la Audiencia Provincial, Sección nº 4, de xxxxx, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto por el interesado.

- Informe de 19 de abril de 2004 de D. Enrique Alonso Domínguez supervisor de radiodiagnóstico del Hospital hhhhhh de xxxxx.

- Informe de la Inspección Médica, emitido el 9 de julio de 2004 por D. Emilio Quintana García.

- Informe pericial realizado a instancia de la empresa aseguradora Zurich España por los doctores mmmmm y sssss, de fecha 30 de agosto de 2004.

- Historia clínica de Dña. zzzzzz en el Hospital hhhhhh de xxxxx.

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 xxxxx 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 17 de noviembre de 2004, 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, personándose el interesado el día 24 de noviembre de 2004 en la Gerencia de Salud del Área de xxxxx.

El 10 de diciembre de 2004 la parte reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que concluye reiterando lo manifestado en su escrito inicial.

Sexto.- El 20 de enero de 2005 se recibe una comunicación del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León advirtiendo de la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación del interesado y requiriendo la remisión del expediente, la cual se efectúa el 27 de enero de 2005.

Séptimo.- El 8 de febrero de 2006 el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de resolución del expediente, considerando que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Octavo.- El 2 de marzo de 2006 el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad en los términos de la propuesta anteriormente reseñada.

Noveno.- El 13 de marzo de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre 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 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, 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.

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 9 de febrero de 2004, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que la madre del reclamante falleció el día 27 de mayo de 2003.

5ª.- El fondo del asunto requiere analizar si en la asistencia sanitaria prestada a Dña. zzzzzz concurren los presupuestos reseñados para apreciar la responsabilidad de la Administración sanitaria.

La reclamación se fundamenta en considerar que el fallecimiento de Dña. zzzzz, producido por infarto de miocardio, sobrevino como consecuencia de las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica practicada por la fractura de fémur producida a causa de una caída en el propio hospital, que dicha caída se produjo por una atención sanitaria "negligente o reprochable" y que, en consecuencia, hay responsabilidad de la Administración sanitaria.

Así, la primera cuestión que debe analizarse es si concurre o no dicha premisa inicial, es decir, si el fallecimiento deriva de la cirugía practicada o puede considerarse secundaria a ésta. Al respecto, se manifiesta en la reclamación:

"El día 28 de mayo de 2003, sobre las 17,30 horas, mi madre, Dª zzzzzz, fallecía como consecuencia de un infarto de miocardio, debido a complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica a que fue sometida como consecuencia de la caída sufrida en el Hospital hhhhhh de xxxxx.

»Durante el largo periodo de ingreso hospitalario (56 días), y debido a los tratamientos recibidos por la fractura de fémur ya descrita, fue diagnosticada de sospecha de tromboembolismo pulmonar y angor inestable de reciente comienzo. Estas complicaciones derivadas del tratamiento médico, quirúrgico y el largo encamamiento de mi madre, llevaron finalmente al fallecimiento de la misma por infarto agudo de miocardio el día 27 de mayo de 2003".

Ahora bien, la argumentación y conclusión que se formulan no sólo carecen del más mínimo respaldo técnico sino que resultan contradichas por los diferentes informes médicos obrantes en el expediente, particularmente por el emitido por los doctores mmmmm y sssss, en el que se señala:

"Desconocemos la causa del fallecimiento, pues no se realizó autopsia, pero probablemente se relacione con su cardiopatía isquémica, derivada de la afectación coronaria por su enfermedad de base y no de la cirugía practicada, que evidentemente no produce afectación de las coronarias. Sí podría desencadenarse un cuadro anginoso en una paciente con afectación coronaria larvada como consecuencia de la anemia que aparece habitualmente en el contexto de una intervención traumatológica, sin embargo no parece ser

este el caso pues en el momento en el que debuta la angina presenta una cifra de hemoglobina normal.

»El cuadro de angina de reposo no se puede considerar secundario a la cirugía practicada sino que se relaciona con la más que probable afectación de sus arterias coronarias en el contexto de su diabetes mellitus".

Opiniones realizadas con el aval técnico de provenir de profesionales de la medicina especializados en la materia, que no han resultado contradichas, salvo por el reclamante, y que conducen a este Consejo a la conclusión de que no concurre la premisa inicial apuntada para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Dicha conclusión ya determina la procedencia de desestimar la reclamación, al no concurrir la precisa relación de causalidad entre el fallecimiento de Dña. zzzzz y el funcionamiento del servicio público sanitario, sin necesidad de abordar otros aspectos que el presente asunto plantea.

No obstante cabe señalar que de la documentación obrante en el expediente no queda acreditado que la conducta del personal que asistió a la paciente, al proceder a practicarle una placa de rayos X de tórax, fuera "negligente o reprochable".

El Auto de 10 de diciembre de 2003 de la Audiencia Provincial, Sección 4ª, de xxxxx, describe esta actuación en los siguientes términos:

"Se trataba de una persona de 89 años de edad, que se había caído en la calle, y fue trasladada al Hospital de xxxxx; le fue prescrito la realización de un scanner y una placa de rayos X de tórax, siendo bajada en una camilla por un celador al lugar donde se la realizó el scanner, sin que la paciente estuviera en modo alguno agitada (para la realización de tal prueba se precisa que el paciente se mantenga tranquilo, y en este caso no hubo problema alguno), y después fue llevada a la sala contigua, donde la técnico en rayos se dispuso a realizarla la placa sin moverla de la camilla; la técnico, ayudada por el celador, colocó el chasis en la espalda de la paciente e inmediatamente ambos se retiraron unos metros a fin de no padecer la

radicación, y en ese momento Doña zzzzz se cayó al suelo desde la camilla y ser rompió el fémur".

Y respecto de la cual, el propio Auto considera:

"Sólo cuando se trata de una persona que se encuentra agitada, alterada, y que se percibe un posible peligro de caída, es cuando se prescriben tales medidas de seguridad (entre las que están el levantar las barras laterales de las camillas para evitar precisamente las caídas y el suministrar al paciente un tranquilizante a fin de que se le puedan realizar las pruebas prescritas).

»En este caso no consta que la paciente presentara tales síntomas, (...) no siendo previsible que se fuera a producir la caída de esta persona".

Esto, en línea con lo ya manifestado por el Juzgado de Instrucción nº x de xxxxx en el Auto de 11 de agosto de 2003:

"No ha quedado acreditado que Doña zzzzz estuviera agitada en el sentido físico de la expresión, así ambos y la testigo Sra. xxxxx, manifiestan que estaba consciente y orientada, (...). Atendiendo a su situación, realizaron lo que les correspondía, es decir la técnico con ayuda del celador colocó el chasis en la espalda de la paciente para después dejarla sola, dado el nivel de radiación existente en la sala, a fin de ir a la consola y 'disparar' la placa. (...) no era previsible que se moviera y se cayera, y por esa razón en urgencias no se adoptó por personal facultativo, medida de seguridad alguna".

Dichas consideraciones encuentran respaldo técnico, además del vertido en el proceso, fundamento de las mismas, en el informe de los doctores mmmmm y sssss al señalar:

"La técnico de radiología y el celador deben dejar sola a la paciente en cumplimiento de las normas de radioprotección, realizándose el disparo de la placa desde una sala contigua desde la que se puede vigilar a la misma. Resultaba imprevisible que la paciente fuera a presentar una caída por todos los argumentos ya comentados con anterioridad y que resumimos en los siguientes: la paciente era autónoma, no presentaba alteraciones en su nivel de consciencia ni agitación, y se había realizado un TC previo sin que hubiera

presentado ninguna incidencia. Por otro lado debemos recordar que la efectividad, así como la ética de aplicación de las medidas de restricción y/o sujeción mecánica (barandillas en cama, cinchas de sujeción ventral, inmovilización con muñequeras o tobilleras) están cuestionadas a la luz de la literatura reciente, llegando incluso en algunos trabajos a demostrarse el aumento del riesgo de caída. Por tanto su utilización se debe individualizar y recurrir a ella únicamente como última alternativa y cuando se encuentren indicados. En el caso que nos ocupa queda claro que no se encontraba indicada la adopción de medidas de contención. (...).

»Es con posterioridad a esa fractura cuando la paciente desarrolla un cuadro de agitación compatible con un delirium, valorado y tratado por el servicio de Psiquiatría y evolucionando de forma favorable, no refiriéndose en la documentación aportada la persistencia de dicho cuadro durante su ingreso".

Así mismo ha de señalarse que tampoco cabe apreciar responsabilidad alguna de la Administración sanitaria como consecuencia de la información proporcionada el 23 de mayo de 2003 al conceder el alta a la paciente, según se desprende de los siguientes informes:

- Informe de los doctores mmmmm y sssss:

"En cuanto a la falta de informe de alta que refiere el reclamante, él mismo aporta un informe de alta emitido por el Servicio de Traumatología con fecha 23 de mayo de 2003 en el que se señala el tratamiento por parte de dicho servicio y señala que los tratamientos de Psiquiatría y Cardiología se encuentran en hoja adjunta (documento 5 de los presentados por el reclamante). Incluso parece que en el folio 96 del expediente se encuentra el informe psiquiátrico, aunque resulta ilegible por la calidad de la copia. Respecto al informe del Servicio de Cardiología realizado con fecha 28 de mayo de 2003, se trata de un informe definitivo, distinto de las recomendaciones de tratamiento que se debieron adjuntar al informe de alta de Traumatología".

- Informe de la Inspección Médica:

"En el folio 13 vemos el informe de alta firmado por el Dr. bbbbbb el 23.5.03, donde pauta como tratamiento: Clexane 40 mg. Vía

subcutánea 1/24h. hasta volver por consulta. Analgésicos habituales si precisa. Tratamientos de Psiquiatría y Cardiología según hoja adjunta.

»Y en el folio 11 de la historia clínica:

»23.5.03: se cura la herida, está bien. Se da de alta ante la buena evolución, la paciente se quedará hasta el 26.5.03 porque no tiene cama en Residencia.

»Se adjunta informe de Psiquiatría y tratamiento puesto por el Servicio de Cardiología".

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.

Por todo ello, ha de concluirse que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por el interesado debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. zzzzzz.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

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. xxxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. zzzzzz.

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