CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero y Ponente
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 27 de diciembre de 2013, ha examinado el *procedimiento 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 4 de diciembre de 2013 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento 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.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 5 de diciembre de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 840/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Rey Martínez.

Primero.- El 26 de septiembre de 2012 Dña. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en distintos centros sanitarios del Sacyl.

A la vista de la reclamación, historia clínica e informes médicos obrantes en el expediente la secuencia de hechos puede sintetizarse de la manera siguiente:

- Durante el mes de julio de 2008 la reclamante fue valorada en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1, ya que desde hacía una semana sufría episodio de picor, escozor y lagrimeo en ojo derecho con disminución progresiva de visión, dolor ocular que había ido aumentando y sensación de cuerpo extraño. No sufre traumatismo ni recuerda cuerpo extraño. El juicio diagnóstico es de queratoconjuntivitis dudosa en ojo derecho. Se solicita interconsulta con oftalmólogo de guardia para valoración al día siguiente a primera hora en consulta y se pauta tratamiento.

Los días 2 y 7 dos de julio la ve el oftalmólogo de guardia con diagnóstico de ulceración muy seria y preocupante en el ojo con diagnóstico de queratitis ulcerativa periférica en ojo derecho que se relaciona con enfermedad injerto contra huésped (entre los antecedentes médicos de la paciente consta transplante alogénico de médula ósea en 1999); prescribe: Medrivás, Tobradex, Ciclopléjico.

Es vista en el Hospital hhhh2 de xxxx2 el 10 de julio, donde se descarta la posibilidad de enfermedad injerto contra huésped.

Los días 11, 18 y 25 de julio es vista de nuevo por el Servicio de Oftalmología, se le coloca una lentilla pero, a pesar de la mejoría de la úlcera, el dolor persiste; se le pauta tratamiento con suero autológico (desaconsejado por la hepatitis contagiada tras una intervención quirúrigca).

Durante los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre el dolor se hace insoportable, extendiéndose al nervio trigémino. Es atendida varias veces en el Servicio de Oftalmología y en el de Urgencias, donde se le retiran varias pestañas, se le pauta lágrima, óculo epitalizante, vendaje oclusivo, de nuevo suero autológico, sedantes, tratamiento con corticoides, etc.

- En el año 2009 los dolores persisten y el diagnóstico continúa siendo queratitis ulcerativa de origen desconocido, se le pauta Dacortin y se le queman varias pestañas.

En el mes de abril se le interviene para intentar desobstruir el conducto lacrimal del ojo izquierdo, con complicaciones, entre ellas, infección de los senos nasales.

Los dolores aumentan en el ojo y en la zona del trigémino hasta hacerse insoportable.

En el mes de mayo es tratada por el Servicio de Neurología, se le pauta Lyrica y se le presentan complicaciones.

Continúan las consultas en el mes de agosto y se le sugiere transplante de córnea.

Relata asimismo varios episodios de dolor con negativa por parte del oftalmólogo que la expulsa de su consulta, así como negativa a seguir tratada por el Servicio.

Acude al Servicio del Hospital hhhh2 de xxxx2 donde se le indica que las lesiones en el ojo sólo pueden ser debidas al herpes zoster, que por no haber sido tratado correctamente el daño causado era irreversible (no se ha podido localizar la hoja interconsulta del 21 de agosto de 2009 en el expediente remitido).

De nuevo en el Hospital hhhh1 se le pauta un colirio contraindicado para el herpes zoster según versión de la reclamante y se le deriva por el neurólogo a la Unidad del Dolor en el Hospital hhhh3.

Consultado el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhh3 coincide con el diagnóstico del Hospital de xxxx2: queratitis herpética grave, con daño irreversible y con tratamiento que presentaba mejoría.

Solicita, sin éxito, traslado al Hospital hhhh3.

- Año 2010: Relata nuevos dolores y dejación por parte del Servicio de Oftalmología del Hospital hhhh1, presenta reclamación en Atención al Paciente y se le deniega la asistencia en el Hospital hhhh3.

Acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh3, donde se le pauta tratamiento para el herpes.

El 18 de enero acude a un centro privado de xxxx4 con idéntico diagnóstico, herpes zoster e idéntico tratamiento, aunque se le indica que por el largo tiempo transcurrido sólo podía solventarse con un transplante de córnea.

El 28 de enero se le indica en el Hospital hhhh3 que, debido al extremo adelgazamiento del tejido estronal, la úlcera se había abierto de nuevo y llegaba a afectar al nervio óptico; además, la herida estaba infectada. Se le coloca de nuevo una lentilla para evitar el roce del párpado y proteger el ojo se le pauta Aciclovir y se retira la cortisona.

Ese mismo día se le realiza radio frecuencia pulsada (RFP), técnica extremadamente dolorosa.

Continúan las consultas entre el Hospital hhhh1 y el hhhh3, con episodios extremos de dolor, y se somete a dos nuevos tratamientos de RFP, cambios de lentilla, tratamiento antidepresivo, etc.

- Año 2011: Los padecimientos continúan, con la córnea muy debilitada; se plantea la posibilidad de probar con suero autológico pero se desaconseja por la hepatitis. Ante la persistencia de los dolores se implantan dos membranas amnióticas con células madre, sin resultados satisfactorios. Se intenta infiltración retrobulbar de anestésico y alcohol, con lo cual se produciría una ceguera absoluta, acepta y se le practica los días 7 de junio y 16 de diciembre.

- Año 2012: Ante la persistencia de los dolores, el 29 de mayo se practica evisceración del globo ocular derecho y el 2 de noviembre se le coloca prótesis ocular.

Considera responsable a la Administración Autonómica por la pérdida de oportunidad en la salvación de su ojo derecho. Reclama por ello y por los gastos generados 89.624,76 euros.

Adjunta a su reclamación copia de la diferente documentación médica acreditativa de la asistencia sanitaria recibida e informe pericial.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informe de los diversos oftalmólogos que atendieron a la paciente, dictamen médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora y el informe de la Inspección Médica.

Tercero.- Obra también en el expediente escrito de 27 de junio de 2013 del Jefe de Servicio de Inspección, en el que se comunica inicialmente el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, el 30 de julio de 2013 presenta alegaciones en las que se reitera en su pretensión y añade que tiene reconocida un grado de discapacidad del 68% (acompaña documentación que los justifica).

Quinto.- El 15 de octubre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 11 de noviembre de 2013 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (26 de septiembre de 2012) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de octubre de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en el reclamante 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 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.

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.

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.

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, 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.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo disiente del criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada.

Como ya ha puesto de manifiesto este Órgano Consultivo en dictámenes emitidos en supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por la existencia de un diagnóstico erróneo (así, Dictámenes

653/2005, de 15 de noviembre, y 871/2005, de 13 de octubre), "la responsabilidad patrimonial de la Administración se configura como una responsabilidad de carácter objetivo en la que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso a dicho sistema. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3.657/2002 o 3.623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es, en general, una obligación de medios –recuérdese aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos.

De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico".

A su vez, según la doctrina del Consejo Estado, el cumplimiento de la *lex artis* en relación con las actuaciones de diagnóstico debe tomar en consideración, entre otras circunstancias, los síntomas manifestados por el paciente (Dictámenes números 1698/1999, 1012/2003 y 3044/2003), el carácter especializado o no de la asistencia médica que se prestó o debió prestarse (Dictamen número 394/2002), incluyendo en su caso la remisión a un facultativo especialista (Dictamen número 1012/2003), así como los medios materiales disponibles o cuya disponibilidad razonablemente cabe exigir (Dictámenes números 3049/1999, 394/2002 y 1012/2003).

Además, hay que tener en cuenta que la actuación médica debe ponerse en relación con el estándar de los servicios sanitarios exigible a la Administración, "conforme al estado tecnológico del arte o con servicios de carácter experimental cuyo costo sería tan elevado que harían insostenible

económicamente el sistema, sin perjuicio de los supuestos en los que la ley obliga a prestar el tratamiento en servicios especializados nacionales o extranjeros por tratarse de aquéllos en los que en un análisis coste-beneficio se opta por no incorporar provisional o definitivamente la mejor tecnología médica disponible" (Memoria del Consejo de Estado de 2005).

La teoría expuesta justifica que no se anude necesariamente a un diagnóstico equivocado la responsabilidad de la Administración, toda vez que también en estos casos lo que es exigible del personal sanitario -y a ello tiene derecho el paciente- es a que se realicen las actuaciones necesarias y razonables en función de los conocimientos técnicos de cada momento, dirigidas a intentar obtener un diagnóstico correcto, para aplicar posteriormente la terapia adecuada.

La dificultad de prueba del nexo causal en este tipo de procedimientos de responsabilidad patrimonial, en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino debidos a errores de diagnóstico, omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en tiempo adecuado.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina legal del Consejo de Estado, ha analizado supuestos de lo que se ha venido a denominar "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, partiendo de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

Así, el Consejo Consultivo se ha pronunciado sobre la pérdida de oportunidades terapéuticas, entre otros muchos, en los Dictámenes 672/2004,

842/2005, 194/2006, 388/2006, 561/2006, 93/2007, 148/2007, 510/2008, 358/2009, 105/2010 901/2011 y 546/2012 e indirectamente en otros muchos asuntos.

Los casos de pérdida de oportunidad pueden calificarse, en palabras del el Tribunal Supremo (Sentencia de 7 de julio de 2008) como «la privación de expectativas, (...) y constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio"». En el mismo sentido se expresa la Sentencia de 13 de julio de 2005: "sin que conste la relevancia causa- efecto de un diagnóstico precoz porque, como afirma la sentencia recurrida, para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios".

La teoría debe ser aplicada con precaución, teniendo presente la dificultad probatoria y la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos", antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(…) ésta es una doctrina no sólo incipiente sino muy susceptible de debate público, ya que en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que sólo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por

definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente".

6ª.- En el presente caso, este Consejo Consultivo considera que procede apreciar la concurrencia de esta pérdida de oportunidad. Si se examina el expediente administrativo, ante las reiteradas ocasiones en que la paciente acude a los servicios del Hospital hhhh1 por los fuertes dolores que presenta, no se valora la posibilidad de diagnóstico clínico de herpes. Sin embargo, cuando la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh3 el 13 de noviembre ya se apunta esta posibilidad (documento 10 adjunto al escrito de reclamación) de queratitis herpética. La reclamante refiere incluso que, con anterioridad, en el Hospital hhhh2 de xxxx2 en agosto de 2009 se le había advertido de esa posibilidad; y aunque no se ha localizado este informe en la historia clínica, sí se menciona en el informe de la Inspección Médica una interconsulta en esa fecha. La paciente solicita el 14 de diciembre de 2009, a través de Atención al Paciente, que se le permita acudir a otro centro, en concreto al Hospital hhhh3, por no estar conforme con la asistencia prestada en el Servicio de Oftalmología, y esta petición se le deniega en escrito de 26 de enero de 2010 sobre la base de un informe del mismo Servicio desde el que se incide en que presenta una "queratopatía neurotrófica 2ª a neuralgia del trigémino y una triquiasis palpebral sup".

El informe de la Inspección Médica, sin apenas consideraciones, sí recoge de manera expresa que "En este caso ante la evolución clínica que presentaba la paciente, se podría haber valorado realizar pruebas específicas para la detección del virus del herpes de la córnea (PCR), ya que en fecha 17/08/08 (valoración en urgencias) se planteó el diagnóstico de queratitis herpética, aunque posteriormente con fecha 20/08/08 la paciente presentaba una hipoestesia corneal en el ojo derecho respecto al contralateral,…". Y aunque el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhh1 advirtió que el diagnóstico de queratitis herpética es un diagnóstico clínico, sin que se utilicen de forma rutinaria pruebas analíticas específicas para la detección del virus, lo cierto es

que desde dos centros distintos (uno al menos acreditado), sí se apreció esa sospecha.

En resumen, de los datos expuestos se deriva que ha existido un retraso en el diagnóstico definitivo del paciente de queratitis herpética. Se trata, por consiguiente, de un retraso injustificado en el diagnostico definitivo de la paciente y por tanto en su tratamiento médico, circunstancias que han de tenerse en cuenta a la hora de fijar la indemnización.

7ª.- Determinada la concurrencia de los requisitos exigidos para que nazca la responsabilidad patrimonial, es necesario concretar la obligación reparadora que surge como consecuencia de ésta o, lo que es lo mismo, el *quantum* de la indemnización.

Como se indica en la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de febrero de 2012: "La denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo ".

Por ello, existió una infracción de la *lex artis* acreditada que no debió soportar la paciente, con independencia que no se haya podido acreditar que ante un diagnóstico precoz el resultado hubiera sido sustancialmente diferente.

En otras ocasiones (Dictámenes 135 y 136/2013, entre otros) este Consejo Consultivo ha determinado la cuantía indemnizatoria sobre la base de los informes médicos incorporados al expediente en donde se recoge, al menos indiciariamente, algún tipo de consideración o porcentaje de curación o prevención de las secuelas. En el presente caso, ninguno de los informes que obran en el expediente incorporan dato alguno que permitan a este Consejo fijar siquiera una cantidad a tanto alzado (como por ejemplo se realiza en el Dictamen 619/2013). Por ello, razones de prudencia aconsejan que la cuantía indemnizatoria se fije en expediente contradictorio en donde se tengan en cuenta las posibilidades si no de curación sí de evitar la pérdida del ojo y/o minorar así los padecimientos sufridos por la paciente, con especial hincapié en

el tiempo en que la dolencia podría haberse detectado, en particular, si la sospecha de herpes zoster se determinó ya en el Hospital hhhh2 de xxxx2 en agosto de 2009, tal y como se recoge en el escrito de reclamación –como se ha señalado anteriormente no consta en el expediente- o si esa sospecha surge en el Hospital hhhh3.

III
CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria, en los términos expuestos en el cuerpo de este dictamen, en el procedimiento 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.

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