



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 Ciudad Rodrigo (Salamanca) el día 30 de noviembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxxxx*, 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 8 de noviembre 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. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de noviembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1053/2006, 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.-** D. xxxxx, de 52 años de edad, con antecedentes de intervención por catarata congénita en ambos ojos a los 12 años, acude a consulta de oftalmología del Hospital hhhhh, el 11 de noviembre de 2000, para valorar implante secundario de lente intraocular.



El 17 de septiembre de 2002, el paciente acude de nuevo a consulta y solicita que se le realice el citado implante. Firma la hoja de consentimiento informado, expresándole los riesgos personales de la intervención quirúrgica.

El 7 de noviembre de 2002 se valora en consulta el estudio preoperatorio y de nuevo firma la hoja de consentimiento informado para intervención quirúrgica.

El 15 de noviembre de 2002 se realiza la operación. Se implanta una lente intraocular en la cámara anterior de su ojo derecho, con anestesia tópica. Consta en la historia clínica que la operación se desarrolla sin complicaciones y que se pauta el tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio que el Servicio de Oftalmología tiene protocolizado con el Servicio de Medicina Preventiva. Dicho protocolo establece tratamiento antibiótico preoperatorio y postoperatorio, tratamiento antiinflamatorio y aplicación de povidona yodada diluida para limpiar la zona de intervención. El paciente es dado de alta ese mismo día ante la normalidad de su situación. Al día siguiente es revisado, apreciándose una buena evolución postoperatoria, cursando con normalidad.

El 19 de noviembre de 2002, el paciente ingresa en Urgencias del Hospital hhhhh, donde le diagnostican endoftalmitis aguda. Se le aplica tratamiento general con antibioterapia intravenosa, tópica e intravítrea y corticoides. Se toman muestras para cultivo y se realiza antibiograma, siendo los resultados negativos. El paciente evoluciona favorablemente a pesar de mantener vitritis y una reacción inflamatoria de la cámara anterior.

El día 28 de noviembre, ante la mejoría percibida, se le da de alta pautándosele tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Se le cita para revisión los días 11 y 19 de diciembre. Asimismo se le indica que, en el caso de que empeore su estado, acuda a urgencias. El paciente evoluciona adecuadamente, pero mantiene una leve inflamación, hipertensión ocular y pérdida de la agudeza visual, por lo que es derivado al bbbbb, de xxxxx.

El 21 de enero de 2003 el paciente acude al bbbbb donde se valora la posibilidad de realizar vitrectomía vía pars plana, ya que presenta vítreo organizado tras endoftalmitis aguda. Previamente a la intervención se le aplica tratamiento antibiótico, hipotensor y antiinflamatorio para alcanzar las condiciones que hagan posible realizar la cirugía.



El 17 de febrero se opera al paciente mediante vitrectomía más extirpación de fibrina sobre LIO e inyección de vancomicina intravítrea. Se toman muestras para cultivo que dan resultados negativos.

Durante el postoperatorio el paciente sufre varios brotes inflamatorios. Sospechándose una infección por gérmenes lentos, se decide reintervenir y extraer LIO y cápsula. Igualmente, se toman muestras para cultivo con resultado negativo.

En el postoperatorio de esta intervención el paciente presenta una descompensación corneal endotelial del cuadrante temporal superior de la córnea, que no se resuelve a pesar del tratamiento médico.

El día 14 de octubre de 2003 el paciente es dado de alta en el bbbbb, presentado una agudeza visual de 0,05 (5% de la normalidad) y sinequias anteriores y posteriores en el cuadrante temporosuperior de la córnea, que producen descompensación endotelial con microbullas en esa zona. La tensión ocular está dentro de la normalidad, controlada con tratamiento médico, y tiene un edema macular difuso que no ha respondido al tratamiento farmacológico.

El 27 de noviembre de 2003 el paciente acude a la consulta de oftalmología del Hospital hhhhh donde se confirman las lesiones apreciadas en el bbbbb. Se deriva al paciente al Hospital qqqqq de xxxxx.

En dicho hospital el paciente es visto por los especialistas en tres ocasiones durante el mes de febrero, sin que se le considere candidato para realizar un transplante de córnea.

El paciente acude durante el año 2004 en varias ocasiones a las consultas del Hospital hhhhh sin que se aprecien cambios y manteniéndose estable el edema corneal y edema macular quístico, permaneciendo la tensión ocular controlada mediante tratamiento médico.

Con fecha 20 de mayo de 2004 se emite un informe por parte de facultativo que indica que el paciente sufrió una endoftalmitis por gérmenes lentos con posterioridad al implante de LIO, quedando como secuelas edema corneal y edema macular quístico, lo que le provoca en el ojo derecho una baja visión.



**Segundo.-** El día 13 de octubre de 2004, D. xxxxx formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que la endoftalmitis sufrida tras la intervención de cataratas se debió a la mala praxis de los facultativos del Hospital hhhhh de xxxxx. Reclama como indemnización 250.000 euros.

Adjunta a su reclamación el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital General hhhhh de xxxxx, fechado el 20 de mayo de 2004.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.
- Historia clínica del paciente remitida por el Hospital hhhhh de xxxxx.
- Informe del Servicio de Oftalmología del citado hospital, de fecha 10 de diciembre de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, de 24 de enero de 2005.
- Dictamen pericial emitido a petición de la compañía aseguradora el 7 de junio de 2005.

**Cuarto.-** El 29 de junio de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

**Quinto.-** Durante el trámite de audiencia, el interesado presenta, con fecha 22 de julio de 2005, un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su pretensión inicial, considera que el consentimiento informado que firmó es un mero trámite obligatorio para cualquier intervención, y cuestiona la parcialidad del dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora, reservándose la facultad de aportar informe pericial contradictorio. No obra en el expediente la aportación de tal documento.



**Sexto.-** Consta en el expediente la interposición por parte del interesado de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, cuyo expediente es objeto del presente dictamen, y la remisión de dicho expediente al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León con fecha 10 de abril de 2006.

**Séptimo.-** Con fecha 22 de septiembre de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario formula informe-propuesta desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

**Octavo.-** El 6 de octubre de 2006 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

**Noveno.-** El 18 de octubre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria 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 de acuerdo con 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que el interesado presenta la solicitud de indemnización (el 13 de octubre de 2004) hasta que se formula la propuesta de orden (el 6 de octubre de 2006). 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos. Asimismo hay que recordar que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, ya citada.

Por último, debe recordarse que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.

**3ª.-** Concurren en la parte 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.

**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, 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.

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 ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, 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 responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

El interesado 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, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

Si bien la intervención quirúrgica que desencadenó los hechos se realizó el 15 de noviembre de 2002, obra en el expediente un informe médico que determina el alcance de las secuelas, de fecha 20 de mayo de 2004, siendo esa fecha el *dies a quo* para el cómputo del plazo.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y de 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 la de prestar la debida asistencia médica y no la 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.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo, en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "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 igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala:

“Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun



aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc*, respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

**7ª.-** En el caso que nos ocupa, es necesario valorar si la asistencia médica prestada al reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis*



*ad hoc*, debiendo ponderarse para ello si las actuaciones llevadas a cabo fueron o no las adecuadas.

El reclamante afirma que la endoftalmitis puede deberse a diferentes factores, como puede ser la mala praxis en la realización material de la intervención quirúrgica, la falta de la adecuada y debida asepsia en las instalaciones y/o en el material médico y quirúrgico empleado en este tipo de operaciones o la falta de diligencia preoperatorio y postoperatoria.

Respecto a la alegación del reclamante de que la endoftalmitis pudiera tener su origen en la falta de asepsia de las instalaciones o del material quirúrgico, el informe de la Inspección Médica señala que el Servicio de Medicina Preventiva realizó un estudio del quirófano, siendo negativo el resultado obtenido.

Además, el dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora manifiesta que actualmente se entiende que la técnica quirúrgica es una técnica estéril en todos los casos, lo que limita el origen de la infección a los párpados, lágrima y superficie ocular del propio paciente, siendo aquí donde se enfatiza la profilaxis infecciosa, puesto que “la mayoría de las veces el germen que infecta al paciente procede de su propio organismo, y no de factores relaciones con la técnica quirúrgica ni con el quirófano en sí mismos”.

Pues bien, considerando que el agente infeccioso provenía del propio paciente, también es preciso entrar a determinar si existió, tal y como sostiene el reclamante, algún fallo en la preparación para la intervención o en la actuación de los facultativos, una vez evidenciada la infección.

Los informes médicos ponen de manifiesto que el reclamante fue objeto de valoración preoperatoria sin que de ella se revelase contraindicación alguna para la intervención y que se pautó tratamiento preoperatorio con antiinflamatorios y antibióticos previos para evitar la incidencia de inflamación e infección postoperatorias, según el protocolo de actuación del hospital. Así, consta en el expediente que se siguieron las normas recomendadas para disminuir en lo posible el riesgo de infección intraocular (endoftalmitis) ya que se realizó en la unidad de cirugía mayor ambulatoria limpieza de la zona quirúrgica que se repite en quirófano, que se aplicó povidona iodada cutánea, diluida al 5% sobre el globo ocular –como consta en el parte de quirófano– y



que se utilizaron otras medidas adicionales como aplicar antibióticos preoperatorios.

Asimismo, la intervención se realizó sin complicaciones y la evolución postoperatoria fue correcta, dándole al alta con tratamiento de antiinflamatorios y antibióticos tópicos.

Finalmente, ante la aparición, cuatro días después de la intervención, de un cuadro compatible con endoftalmitis aguda postquirúrgica, se adoptaron todas las medidas previstas. Se realizaron reiterados cultivos –no encontrándose ningún germen– y se le trató con antibióticos intravítreos, tópicos e intravenosos.

Ello permite concluir, de acuerdo con los informes médicos, que los tratamientos preoperatorio y postoperatorio pautados al paciente, así como el seguimiento realizado tras la intervención quirúrgica fueron adecuados, según los conocimientos actuales de la medicina, y que el tratamiento de las complicaciones aparecidas fue asimismo correcto.

En cualquier caso, y como señala el dictamen médico realizado a propuesta de la compañía aseguradora, las “complicaciones pueden ocurrir a pesar de una técnica quirúrgica adecuada, un mantenimiento adecuado de la esterilidad del quirófano y del material quirúrgico y un tratamiento y seguimiento pre y postoperatorio adecuados”.

Ello obliga a analizar si el riesgo de infección intraocular que, aunque de forma inusual, conlleva la propia intervención de cataratas era conocido por el paciente. La respuesta debe ser afirmativa según se desprende del documento de consentimiento informado que él mismo firmó en dos ocasiones. Así, consta en el expediente dicho documento en el que, entre otros, se le advierte del riesgo de “pérdida ocular por hemorragia expulsiva o por infección grave o panoftalmía, ocurriendo estadísticamente estas complicaciones en menos del 1% de las intervenciones”.

Por tanto, en virtud de lo expuesto, podemos concluir que en el caso que nos ocupa falta, por una parte, la relación de causalidad entre el daño sufrido por el reclamante y la actuación de los servicios sanitarios, al no haberse acreditado por el reclamante ni que se haya actuado en contra de los criterios



marcados por la *lex artis ad hoc*, ni que, de haber obrado de otro modo, se habría evitado la infección producida. Por otra parte, existiendo el documento del consentimiento informado, también falta la nota de antijuridicidad del daño y, con ello, el título de imputación a la Administración del resultado lesivo producido.

Por todo ello, procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.

**8ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación –la desestimación se produce por silencio administrativo–, ha llevado al interesado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que el interesado acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

### **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



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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