



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 Valladolid el día 23 de marzo de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. 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 febrero 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 derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de febrero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 242/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de 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 acude el 28 de noviembre de 2002 a su médico de cabecera, en el Hospital hhhhh de xxxxx, debido a un cuadro de lumbalgia crónica de cuatro meses de evolución. Se le remite al especialista en traumatología para descartar cualquier patología de la columna vertebral.



El 4 de febrero de 2002 es valorado en consulta externa del Servicio de Traumatología donde se le realizan estudios de radiografías y resonancia magnética (RM) lumbosacra, que dan lugar a un diagnóstico de lumbalgia crónica mecánica por discopatía degenerativa descartando el tratamiento quirúrgico en ese momento, y pautando un tratamiento conservador, consistente en rehabilitación, fisioterapia, faja lumbosacra en fases agudas y medidas higiénico-dietéticas, volviendo a ser revisado el 4 de marzo.

El 14 de abril de 2003 el paciente es remitido desde consulta de cirugía general del ambulatorio a consulta de neurocirugía del Hospital hhhhh de xxxxx, siendo valorado en consulta el día 16 de abril. El estudio de RM lumbosacra que se le realiza no muestra ninguna alteración que explique los síntomas radiculares, ni ningún signo de compromiso radicular en ningún nivel, por lo que se desestima el tratamiento quirúrgico, explicándole al paciente la conveniencia de agotar las vías terapéuticas, indicándole que si la evolución no fuera favorable sería aconsejable realizar otra resonancia magnética y valorar nuevamente la situación.

En el mes de mayo de 2003 el paciente acude por decisión propia a un centro privado, una Clínica de Ortopedia y Traumatología de xxxxx, en la que es intervenido el 6 de mayo de 2003 de una hernia discal L4-L5 izquierda con estenosis foraminal L5-S1 izquierda, "realizándosele una discectomía L4-L5 con liberación de raíz y foraminectomía L5-S1".

Segundo.- El 26 de agosto de 2003 el interesado presenta un escrito por el que reclama la indemnización de los daños y perjuicios que le fueron causados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Hospital Universitario de xxxxx, en el que expone lo siguiente:

"Con fecha 23.01.2003 fui dado de baja a causa de incapacidad laboral transitoria ocasionada por problemas derivados de lesión en columna lumbar, hernia discal.

»(...) después de varios estudios médicos, que aconsejaban la intervención quirúrgica y ante la pasividad y demora de la Seguridad Social en poner remedio, acudí a un centro privado (ppppp), el cual me realizó la intervención quirúrgica de la cual me recupero en la actualidad.



»(...) los gastos ocasionados por la mencionada intervención han ascendido a seis mil quinientos euros”.

Junto a su escrito, el interesado presenta distintos informes médicos, entre los que destaca el emitido el 16 de abril de 2003 por el Dr. mmmmm, del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de xxxxx, en el que se señala que “el estudio RM descarta en principio que exista una patología (...) que fuera actualmente tributaria de un tratamiento quirúrgico”. También adjunta citas a su nombre para el reconocimiento y control de su situación de incapacidad transitoria emitidas por el INSS, el informe de alta del paciente de la Clínica eeeee de xxxxx, de fecha 6 de mayo de 2003, y facturas de los gastos ocasionados como consecuencia de la asistencia prestada por la medicina privada, así como de transporte.

Tras la presentación del escrito de reclamación, el interesado presenta como complicación una discitis hematógena (es decir, un cuadro infeccioso e inflamatorio que afecta al disco), que le obliga a someterse a una nueva intervención quirúrgica en una clínica privada en diciembre de 2003.

El 26 de abril de 2004 el paciente acude a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario de xxxxx debido a un cuadro de lumbociatalgia.

El 4 de mayo de 2004 es revisado de nuevo en la consulta externa de traumatología del Hospital Universitario de xxxxx, donde se le diagnostica una lumbalgia crónica sin ciatalgia desde la segunda intervención quirúrgica por discitis, igual a la que tenía con anterioridad al tratamiento quirúrgico practicado por la medicina privada, siendo dado de alta con tratamiento analgésico y reposo.

Tercero.- Se incorpora al expediente, además de la historia clínica del paciente, los siguientes informes:

- El emitido por el Jefe de Admisión del Hospital Universitario de xxxxx el 18 de septiembre de 2003, en el que se señala:

“Según consta en los registros de Admisión-Citaciones, el paciente ha tenido los siguientes episodios:



»1. El 4 de febrero de 2003 una consulta externa nueva, en el Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh, solicitada desde su Centro de Salud. Se hizo una Libre Elección de Especialista para el Dr. rrrrr.

»2. El 4 de marzo de 2003 una revisión con el mismo Servicio y el mismo facultativo que remite al paciente a su médico de cabecera (con el informe que aporta el reclamante).

»3. El 16 de abril de 2003 una consulta nueva en el Servicio de Neurocirugía donde fue atendido por el Dr. mmmmm y emitió el informe que aporta el reclamante.

»El paciente no ha figurado nunca ni figura actualmente en Lista de Espera Quirúrgica ya que nunca se ha indicado dicha intervención en este Centro.

»En el momento actual no existe registro de que el paciente esté pendiente en este Centro de ninguna consulta externa, prueba diagnóstica ni intervención quirúrgica”.

- El del Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital de xxxxx, de fecha 19 de septiembre de 2003, en el que pone de manifiesto:

“Nos llama la atención que el paciente no ha vuelto a aparecer en nuestra consulta y que voluntaria y libremente ha decidido otra vía de asistencia. Pero en cualquiera de los casos no estamos de acuerdo con uno de los párrafos de su reclamación en que dice que aconsejaban la intervención quirúrgica y que ante la pasividad y demora en poner remedio acudió a un centro privado. Nosotros al menos no vimos en ese momento que hubiera una clara indicación de cirugía y así se lo hicimos constar al propio paciente. Por ello aconsejábamos agotar las posibilidades de tratamiento conservador y, en cualquiera de los casos le explicamos que si no mejoraba sería conveniente revalorar la situación clínica y repetir un control de imagen. Esta última opción el paciente no la ha valorado”.

- El del Jefe de Sección responsable del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, de 30 de octubre de 2003, que concluye que “inicialmente no estaba aconsejado el tratamiento quirúrgico... aconsejando asimismo repetir



RMN si se produce empeoramiento (...) el paciente no ha sido desatendido en tiempo y atención por parte del Sacyl y por su cuenta ha procedido a que se realizara la intervención quirúrgica en un centro ajeno a la Sanidad Pública, cuando si se hubiera considerado necesario se hubiera realizado aquí... pensamos que no procede la ejecución de la remuneración patrimonial que demanda”.

- El informe emitido por la Inspección Médica el 4 de junio de 2004, en el que se concluye que “se deduce que D. xxxxx estuvo en todo momento correctamente atendido en el Hospital hhhhh de xxxxx, tanto en las consultas externas de Traumatología y Neurocirugía, como en el Servicio de Urgencias, por lo que no se justifica el desistimiento del paciente a seguir siendo atendido en dicho hospital, acudiendo de forma libre y voluntaria a los servicios de una clínica traumatológica privada, sobre todo cuando a la vista de su evolución un año después de la intervención quirúrgica a la que fue sometido en dicho centro privado no evitó los episodios de lumbociatalgia de los que precisamente el paciente era tratado en el Hospital hhhhh de xxxxx. Por lo que no está justificado el reintegro de los gastos médicos solicitado por el paciente”.

- El informe emitido por los doctores D. eeeee y D. jjjjj el 2 de julio de 2004, que sirve de base para la decisión de la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil de no acceder a la solicitud indemnizatoria, en el que se concluye:

“1. El paciente (...) fue valorado correctamente (...) por los especialistas de Medicina General, Traumatología y Neurocirugía de la Seguridad Social.

»2. (...) la opinión de todos los especialistas coincidió en prescribir tratamiento médico conservador y no indicar tratamiento quirúrgico.

»3. (...). Con este diagnóstico la indicación de tratamiento médico y no quirúrgico es la más apropiada (...).

»4. La decisión del paciente de someterse a una intervención quirúrgica en un centro privado fue personal y no justificada por ninguna demora ni pasividad por parte de los facultativos de la Seguridad



Social. Por otro lado era una decisión contraria a las indicaciones de dichos facultativos.

»5. (...).

»6. No existe ninguna razón que fundamente la reclamación del paciente de reintegro de los gastos médicos de la intervención (...)".

Cuarto.- Habiéndose puesto en conocimiento del interesado que su reclamación seguirá los trámites previstos en 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, así como habiéndosele ofrecido el correspondiente trámite de audiencia con fecha 1 de octubre de 2004, no consta en el expediente escrito de alegaciones alguno.

Quinto.- Con fecha 11 de noviembre de 2005, el Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación.

Sexto.- El 19 de enero de 2006 el Director General de Administración e Infraestructura firma propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación.

Séptimo.- El 1 de febrero 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.

No obstante, cabe hacer al respecto un único reproche en la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en la misma, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por 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, sin olvidar el incremento que conllevaría necesariamente en la cantidad que, en su caso, concediera la Administración como indemnización mediante la oportuna resolución.

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, 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.

5ª.- Es preciso señalar, en primer lugar, que 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, puesto



que, tratándose de daños de carácter físico, “el plazo empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

El Tribunal Supremo sigue al respecto el principio de la *actio nata*, en virtud del cual se ha de estar al momento en que es posible ejercitar la acción por conocerse en sus dimensiones fácticas y jurídicas el alcance de los perjuicios producidos, es decir el daño y la comprobación de su ilegitimidad (Sentencias de 19 de septiembre de 1989, 4 de julio de 1990, 21 de enero de 1991, 26 de mayo de 1999).

En esta línea el Alto Tribunal, en Sentencia de 6 de mayo de 2000, con cita de las de 13 de junio de 1988, 30 de noviembre de 1990, 18 de noviembre de 1996 y 5 de noviembre de 1997, señala que el plazo de prescripción comienza “a partir del momento en que se conozca definitivamente el alcance de las secuelas” y en este sentido ya se pronuncia el último párrafo del artículo 142.5 de la Ley 30/1992, que no ha sido modificado por la Ley 4/1999, de 13 de enero, al establecer que “en caso de daños físicos (...) a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

Así, puesto que aún después de haber presentado la reclamación (por última vez, el 4 de mayo de 2004) el interesado sigue acudiendo al Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh de xxxxx, se ha de considerar que el escrito inicial, presentado el 26 de agosto de 2003, lo fue dentro del plazo legal para recurrir.

6ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

En este punto, cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica. Como es sabido, 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, 3657/2002 ó 3623/2003). La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia



en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* 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 (*lex artis*). Este criterio es fundamental, pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*; de exigirse solo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva, sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la *lex artis*.

El Tribunal Supremo en Sentencia de 7 de junio de 2001 (citando otras anteriores como las de fechas 3 y 10 de octubre de 2000) habla de que “el titulo de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por la actividad administrativa por funcionamiento normal o anormal de los servicios puede consistir no solo en la realización de una actividad de riesgo, como parece suponer la parte recurrente, sino que también puede radicar en otras circunstancias, como es, singularmente en el ámbito de la asistencia sanitaria el carácter inadecuado de la prestación medica llevada a cabo. Esta inadecuación, como veremos que sucede en este proceso, puede producirse no solo por la inexistencia de consentimiento informado, sino también por incumplimiento de la *lex artis ad hoc* o por defecto, insuficiencia o falta de coordinación objetiva del servicio, de donde se desprende que, en contra de lo que parece suponer la parte recurrente, la existencia de consentimiento informado no obliga al paciente a asumir cualesquiera riesgos derivados de una prestación asistencial inadecuada”.

Una más reciente sentencia, también de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, identifica el criterio de la *lex artis* con el de “estado del saber” y solo considera daño antijurídico aquel que no supera dicho parámetro de normalidad, entendiendo que la nueva redacción del artículo 141.1 de la Ley 30/1992 (procedente de la Ley 4/1999) ha tenido como único objeto consagrar legislativamente la línea jurisprudencial tradicional (así, también Sentencia de la Audiencia Nacional de 19 de mayo de 2004).



En el caso que nos ocupa, el reclamante considera que la asistencia sanitaria que le fue prestada por parte de los servicios médicos del Hospital hhhhh de xxxxx fue defectuosa, circunstancia que le obligó a acudir a una clínica privada.

Sin embargo, de los distintos informes que figuran en el expediente remitido a este Órgano Consultivo se deduce que la actuación de los facultativos fue, en todo momento, ajustada a la *lex artis*. En contra de lo que afirma el recurrente, sobre el que recae la carga de la prueba (artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), de los datos del expediente no se deduce en ningún caso que el tratamiento prescrito por los especialistas que atendieron al interesado fuera el de la intervención quirúrgica a la que finalmente, por decisión personal, se sometió.

En concreto, el informe de la Inspección Médica señala que el interesado “fue diagnosticado en los Servicios de Traumatología y Neurocirugía del Hospital de xxxxx, de una lumbalgia crónica mecánica por discopatía degenerativa, donde tras valorar el cuadro clínico, los datos de exploración y los datos de imagen le explicaron al paciente que no estaba indicado en aquel momento el tratamiento quirúrgico, por lo que se le prescribió un tratamiento conservador con la indicación de que si la evolución no era favorable debería repetirse la RMN para valorar de nuevo”. Esta opción, como indica el propio informe, permite “conseguir resultados igualmente satisfactorios sin necesidad de intervención quirúrgica”.

Determinada la adecuación de la actuación de los servicios sanitarios a la *lex artis*, procede analizar la alegación del interesado acerca de “la pasividad y demora de la Seguridad Social en poner remedio”. El interesado no ha demostrado en ningún momento haber estado incluido en lista de espera alguna, y del expediente se deduce que, puesto que no se consideró necesario someterlo a ninguna operación, el paciente no tuvo que soportar demora quirúrgica alguna.

En cualquier caso, el abandono voluntario por parte del interesado de tratamiento prescrito por los especialistas del Hospital hhhhh de xxxxx se revela como un elemento que interviene necesariamente en el nexo causal que ha de existir entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.



El Tribunal Supremo, desde las Sentencias de 15 de noviembre de 1985 y 8 de octubre de 1986, ha exigido que entre el actuar de la Administración y los perjuicios originados exista “un enlace preciso y directo entre uno y otro” y ha insistido en que la relación de causalidad debe ser directa y exclusiva; así, en Sentencias de 10 de diciembre de 1992 o 21 de diciembre de 1990, se habla de que “la relación de causa a efecto debe producirse sin interferencias externas por parte del particular”.

La Sentencia de 19 de enero de 1987, dictada en sede de recurso de revisión, insistió en que la doctrina correcta es la que mantiene que “debe haber una relación directa, inmediata y exclusiva de causa a efecto entre el acto normal o anormal de la Administración Pública y el daño que ese acto ha producido, sin que intervengan elementos extraños que pudieran influir en la alteración del nexo causal”. La Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 1990 dice que “siendo esencial la nota de exclusividad para que se pueda apreciar la relación de causalidad o nexo causal directo e inmediato”.

El hecho de que –como pone de manifiesto el informe de la Inspección Médica– “el paciente sin justificación alguna, no volviera a consulta al Hospital de xxxxx para valorar su evolución y que desistiendo voluntariamente de ser atendido en dicho Centro, decidiera libremente acudir a los servicios de una clínica traumatológica privada de xxxxx (...)”. Tal y como señala el informe de los peritos del seguro, “la decisión del paciente de someterse a una intervención quirúrgica en un centro privado fue personal, y no justificada por ninguna demora ni pasividad por parte de los facultativos de la Seguridad Social. Por otro lado era una decisión contraria a las indicaciones de dichos facultativos”, comportamiento éste que, según la jurisprudencia ya citada, rompe el nexo causal que necesariamente ha de existir entre la actuación de la administración y el daño señalado.

En cuanto a los gastos derivados de la intervención realizada en el centro privado, como ya ha señalado este Órgano Consultivo (Dictamen 233/2004, de 20 de mayo), “la jurisprudencia ha entendido reiteradamente que, para exigir el reintegro de gastos ocasionados por asistencia sanitaria privada (...)” ésta debe venir “exigida por un proceso de urgencia vital inmediata en que no se hayan podido utilizar los servicios públicos oportunamente (supuesto que ha de interpretarse de manera estricta), de modo que se trate de un proceso morboso que entrañe un grave riesgo para la vida o integridad física del beneficiario, que



dicho riesgo sea inmediato y extremado, y que, precisamente en razón de esa perentoriedad en la asistencia, no pueda demandarse ésta de los servicios públicos por intensificarse el riesgo con la demora en acudir a estos últimos (Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de diciembre de 1988)", y es evidente, por lo ya expuesto, que estas circunstancias no concurren en el presente supuesto.

En conclusión, lo razonable es entender que no concurre responsabilidad patrimonial alguna por parte de la Administración demandada, por lo que la reclamación presentada no puede ser estimada.

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. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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