



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 26 de abril de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de 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 26 de marzo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. zzzzz, en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 29 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 291/2007, 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. Pérez Solano.

Primero.- Mediante escrito presentado el 24 de enero de 2006, Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, formula una reclamación de daños y perjuicios ocasionados por el servicio sanitario prestado por el Hospital hhhhh de xxxxx a su esposo. Señala lo siguiente:



“(...) El tratamiento nunca fue el adecuado, al contrario, había medicación contraproducente como la heparina que es hemorrágica. Era un hombre normal, vital y sano, con vida relajada y tranquila que le gustaba beber habitualmente y que aunque su destino fuera ese no le vieron el derrame a tiempo, porque seguramente ya traía el trombo desde el pueblo, pero se obsesionaron con el abdomen y la cabeza que no la tuvo bien, no la miraron...

»El paciente pasó diez días ingresado y nadie dio con el verdadero problema que sufría, a pesar de sus síntomas y de las reiteradas manifestaciones de la familia en tal sentido. No queremos que se nos pague por una enfermedad pero sí por una mala asistencia al enfermo, por no emplear todos los medios adecuados, lo cual podía haber evitado o demorado el hecho fatal acaecido.

»Se reclama además porque mi cliente pidió la historia clínica (...) y se le negó alegando la supuesta confidencialidad del historial, lo cual viola de forma flagrante la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente...

»Nos reservamos la valoración económica de los daños, por cuanto todavía han de ser cifrados, sin perjuicio de que, en su momento, sea determinada, cuando se disponga de más información, una vez practicadas las pruebas oportunas...”.

Junto a su escrito de reclamación aporta una copia del escrito de apoderamiento, de los informes de urgencias y de alta del paciente emitidos por el referido hospital, del escrito por el que la interesada solicita el 21 de diciembre de 2005 la historia clínica de su marido, así como del escrito por el que el Servicio de Atención al Paciente del centro hospitalario remite “los informes que nos ha solicitado, y los que se puede enviar una vez fallecido el paciente”, y señala que “el resto del historial, sólo puede ser facilitado por orden judicial. Tenemos la obligación de preservar la intimidad de D. zzzzz”.

Segundo.- D. zzzzz, paciente de 77 años de edad, acude el 14 de noviembre de 2005 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, remitido por su médico de familia, por presentar un cuadro de epilgastria, vómitos y desorientación temporo-espacial. Ingresado en el citado servicio, se solicita la valoración del Dr. vvvvv, que realizaba la guardia de cirugía general.



En la exploración el paciente está consciente, desorientado, con dolor y defensa a la palpación abdominal de forma generalizada, aunque de forma más llamativa en epigastrio e hipocondrio derecho, presentando fiebre de 38.2°. En la analítica realizada destaca leucocitosis con neutrofilia, un aumento de la bilirrubina total y directa, así como las transaminasas. La rx de abdomen no muestra datos dignos de mención y en la ecografía se aprecia una vesícula distendida, con barro biliar sin engrosamiento parietal ni líquido libre peritoneal ni masas abdominales.

Con el fin de descartar un cuadro de abdomen agudo secundario a isquemia intestinal, se solicita un TAC urgente, en el que no se aprecia neumoperitoneo, líquido libre peritoneal ni claros defectos de repleción sugestivos de isquemia intestinal y se confirma una vesícula biliar distendida con barro biliar en su interior, apreciándose divertículos en el colon.

Con estos datos, el paciente ingresa en el Servicio de Cirugía General con el diagnóstico de abdominalgia en estudio, probablemente originada por una colangitis secundaria a un cuadro de colestasis, la cual, a su vez, podría estar originada por una obstrucción de la vía biliar causada por una microlitiasis, dado que tanto en la ecografía como en el TAC se había detectado la presencia de barro biliar en la vesícula.

Tras valorar al paciente y realizarle una exploración neurológica reflejada como normal, el médico de guardia de medicina interna cataloga el cuadro como una infección de origen abdominal, siendo la desorientación secundaria al cuadro febril. Valorado el paciente por el médico de guardia de psiquiatría, establece el juicio clínico de dependencia del alcohol –síndrome de abstinencia–delirium, probablemente multifactorial, estableciendo tratamiento para el mismo.

En los días posteriores se observa una mejoría en la orientación temporo-espacial del paciente, apreciándose en él una somnolencia que se considera inicialmente secundaria a la medicación pautaada por el Servicio de Psiquiatría, procediéndose a su disminución.

El 16 de noviembre de 2005 se solicita una nueva ecografía abdominal para descartar una obstrucción de la vía biliar que hubiera podido pasar desapercibida en las pruebas anteriores. En ella se informa de la presencia de



una vesícula distendida con barro biliar en su interior, dilatación de radicales intra-hepáticos con vía biliar principal no dilatada, cabeza de páncreas homogénea y ligera cantidad de líquido peri-duodenal. Ante dichos hallazgos se solicita CPRE con el fin de estudiar la vía biliar con mayor precisión y descartar patología a dicho nivel que pudiera originar la dilatación de los radicales intra-hepáticos.

Dada la persistencia de la somnolencia en los días siguientes a pesar de la suspensión del Tiaprizal, se cursan hojas de interconsulta a los Servicios de Medicina Interna, Nefrología y Neurología. Se diagnostica mediante TAC craneal una hemorragia intra-parenquimatosa frontal dcha. de 6,5x4,3 cm, abierta a subaranoideo difuso y antiguo infarto parietal izdo. Se informa a la familia del mal pronóstico del paciente, cuyo fallecimiento se produce el 23 de noviembre de 2005.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica del paciente, los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe emitido el 16 de febrero de 2006 por el médico adjunto que se encontraba de guardia en cirugía general el día en el que el esposo de la reclamante ingresó de urgencia en el Hospital hhhhh de xxxxx, en el que se describe la secuencia de los hechos, relatando las distintas pruebas a las que fue sometido el paciente, y se señala:

“En la valoración clínica hecha del paciente a su ingreso y realizada por diferentes facultativos... queda reflejada la existencia de dolor, fiebre y escalofríos. Si bien no aparece reflejado el dato de ictericia, éste es un signo cuya valoración puede variar tanto en función de la coloración cutánea del paciente, como de las condiciones de luminosidad. Lo que sí puede objetivarse en este caso es una marcada elevación de los valores de Bilirrubina (9 veces por encima de lo normal), lo cual viene a tener el mismo valor clínico que la ictericia... En base a todo lo anteriormente referido, considero que el paciente reunía criterios suficientes para ingresar en el Servicio de Cirugía General.

»Con respecto a la alegación reflejada en la reclamación sobre la indicación del tratamiento con Heparina, cabe reseñar que en ninguna de las pruebas diagnósticas realizadas inicialmente (tanto radiológicas como



analíticas) se encontraron hallazgos sugestivos de cualquier tipo de hemorragia. Dado que el paciente por su edad y la disminución de actividad física secundaria al encajamiento se consideraba de riesgo para la aparición de enfermedad tromboembólica, se procedió a instaurar tratamiento profiláctico para dicha patología con Heparina de bajo peso molecular”.

- Informe de la Inspección Médica de fecha 18 de abril de 2006, en el que se concluye que “no se detecta actuación incorrecta en la asistencia médica prestada a D. zzzzz”.

- Comunicación de la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil sobre la improcedencia de acceder a la solicitud indemnizatoria de la reclamación, junto al informe emitido por varios médicos de la compañía de seguros sssss, S.A., en el que destacan las siguientes conclusiones:

“1.- (...).

»2.- En ningún momento refiere cefalea y no presenta localización neurológica, por lo que no hay sospecha de HIP, es probable que no la presentara desde el inicio y, dado el deterioro que mantiene desde su ingreso, es difícil establecer cuando se produce el evento.

»3.- Presenta un cuadro clínico característico de colangitis, por lo que es correctamente tratado.

»4.- El paciente es evaluado de forma completa por los servicios de Cirugía, Medicina Interna y Psiquiatría desde su llegada a la Urgencia.

»5.- Por la sintomatología que presenta, la exploración y sus antecedentes se sospecha origen enólico y metabólico del cuadro de desorientación.

»6.- Cuando se constata mejoría del cuadro abdominal y deterioro neurológico progresivo es valorado por Neurología, alcanzándose el diagnóstico de HIP mediante TAC craneal (no con una linterna). En ese momento sí presenta localización neurológica.



»7.- Por las características de la HIP, la edad del paciente y el importante deterioro neurológico no es susceptible de tratamiento quirúrgico, siendo el pronóstico tremendamente malo.

»8.- El paciente es visitado por diferentes especialistas todos los días durante su ingreso, incluso en repetidas ocasiones.

»9.- La familia es informada en todo momento del mal pronóstico del cuadro”.

Cuarto.- Notificado el correspondiente trámite de audiencia, el representante de la reclamante tiene vista del expediente mediante comparecencia personal celebrada el 26 de septiembre de 2006, sin que conste en el expediente que haya presentado escrito de alegación alguno.

Quinto.- Con fecha 17 de enero de 2007, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León con sede en xxxxx admite el recurso planteado por la interesada contra la desestimación presunta de la reclamación por responsabilidad patrimonial, notificándolo a la Consejería de Sanidad, a la que solicita una copia del expediente.

Sexto.- El 7 de febrero de 2007 se formula la propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad formulada.

Séptimo.- El 27 de febrero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución 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 interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la 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 (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.

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

La 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. Así, el fallecimiento del esposo de la reclamante tuvo lugar el 23 de noviembre de 2005, por lo que se ha de considerar que el escrito de reclamación, presentado el 24 de enero de 2006, lo fue dentro del plazo legal para reclamar.

6ª.- Expuesto lo anterior, y entrando ya al examen del fondo del asunto, el principal problema que suscita el expediente se refiere a la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y el daño alegado; extremo que corresponde acreditar a los interesados, de acuerdo con el principio general sobre la carga de la prueba contenido en los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, en el artículo 217



de la Ley de Enjuiciamiento Civil y con lo que, más específicamente para el régimen de la responsabilidad objetiva de la Administración, dispone el artículo 6.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial. En efecto, dicho precepto establece:

“En la reclamación se deberán especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”.

Ello determina que la reclamante ha debido probar los hechos constitutivos de su pretensión indemnizatoria, mientras que a la Administración corresponde, en su caso, la prueba de los hechos que excluirían la existencia de responsabilidad.

Previamente a cualquier otra consideración, es necesario recordar que el paciente no puede exigir (ni la medicina ofrecer) un resultado. A lo que el paciente tiene derecho es a que se le preste una atención sanitaria –también en la fase de diagnóstico– adecuada a la *lex artis ad hoc*, en función de las circunstancias concurrentes y conocimientos científicos del momento. “Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios” (Dictamen 78/2002, de 14 de febrero, del Consejo de Estado).

En el caso que nos ocupa la interesada ha demostrado que ha existido un daño, pero para verse resarcida en su pretensión indemnizatoria es preciso que demuestre que ese daño ha sido debido al funcionamiento del servicio público y que entre ellos concurre el citado nexo causal. Centra su reclamación, tal y como señala la propuesta de resolución, en tres aspectos:



- Que el diagnóstico fue incompleto al no tomar en consideración los síntomas neurológicos que presentaba el paciente, lo que derivó en la pérdida de oportunidad de diagnosticar a tiempo y tratar la hemorragia.
- Que el tratamiento fue equivocado e, incluso, contraproducente.
- Que se vulneró el derecho de la reclamante a tener acceso a la historia clínica del paciente.

Sobre el primero de los aspectos señalados, el de diagnóstico incompleto, tal y como señala la propuesta de resolución, carece de fundamento la imputación de defectuosa asistencia sanitaria, pues se prestó la asistencia sanitaria que el paciente exigía en todo momento.

Así, tal y como ponen de manifiesto los distintos informes médicos que obran en el expediente, la sintomatología que hizo precisa la asistencia sanitaria urgente, así como la exploración y las diversas pruebas diagnósticas practicadas (que pusieron de manifiesto desorientación, fiebre, bilirrubina elevada y barro biliar en la ecografía) orientaron hacia una patología abdominal de tipo infeccioso, estableciéndose así una sospecha clínica de colangitis, ingresando el paciente para estudio y tratamiento antibiótico. Posteriormente es visto por los Servicios de Medicina Interna y de Psiquiatría, con el fin de valorar la existencia de otro posible foco infeccioso, además de la colangitis, y para evaluar el cuadro de desorientación (informe del facultativo del Servicio de Cirugía General).

No es hasta el momento en que aparece la sintomatología de afectación neurológica, el 19 de noviembre de 2005, cuando se diagnostica la hemorragia cerebral, al constatarse mejoría del cuadro abdominal y deterioro neurológico progresivo, presentando entonces focalidad neurológica, circunstancias todas ellas que son valoradas por neurología, diagnosticándosele HIP. Así, la respuesta que se da a la sintomatología señalada es la correcta, puesto que el paciente presentaba dos procesos patológicos conjuntos, uno de los cuales justificaba la clínica inicial del paciente.

El criterio de la *lex artis* anteriormente citado ha de traerse ahora a colación para recordar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es, en general, una obligación de medios –recordamos 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.

La teoría expuesta justifica que no se anude necesariamente a la falta de un diagnóstico precoz y acertado 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.

En el caso que nos ocupa, el paciente es sometido a varias pruebas y análisis y es analizado por distintos especialistas, siendo la misma clínica que presenta la que justifica el diagnóstico inicial. Tal y como pone de manifiesto el informe de los peritos del seguro en relación con el diagnóstico de la hemorragia cerebral intraparenquimatosa primaria, “la ausencia de cefalea y focalidad neurológica hace dudar de que el paciente presente este cuadro desde el primer momento, o se trata de una forma de presentación extraordinariamente rara”. Una vez diagnosticada, y tal y como pone de manifiesto el informe médico en el que se basa la decisión de la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil establece que “el pronóstico de la HIP es malo, con una mortalidad global entre el 35 y el 51%. Depende de varios factores como son la edad (peor por encima de los 75 años), tamaño del hematoma (los mayores de 5.5 cm tienen una mortalidad superior al 85%) y tiempo de evolución. Los pacientes que sobreviven suelen tener importante deterioro neurológico... En el momento del diagnóstico este paciente no es susceptible de tratamiento quirúrgico”.



Este informe de los peritos del seguro, reiteradamente citado, así como el resto de los incorporados al expediente, incluso el de la Inspección Médica –extraordinariamente parco–, parecen avalar la conclusión de que ni se produjo retraso en el diagnóstico, ni la pérdida de oportunidad terapéutica a la que se refiere la reclamante.

En relación con la alegación de que el tratamiento facilitado perjudicó al paciente, la propuesta de resolución pone de manifiesto que, a la vista de los datos que obran en el expediente, la medicación a base de Heparina fue adecuada, dado que ninguna de las pruebas practicadas mostraron hallazgos que sugirieran algún tipo de hemorragia, sin que la reclamante, sobre quien recae la carga de la prueba, haya acreditado el perjuicio que para el paciente supuso este tipo de tratamiento.

Finalmente, en cuanto a la alegación de que la falta de remisión de la historia clínica completa del paciente supuso una vulneración de los derechos reconocidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es preciso señalar que el artículo 18.4 de la citada ley establece que “los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite”, especificando que “no se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”.

Por parte del Servicio de Atención al Paciente se reenvía a la interesada, según el escrito de remisión que ella misma aporta con su escrito de reclamación inicial, “los informes que nos ha solicitado, y los que se puede enviar una vez fallecido el paciente”. Teniendo en cuenta que durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial de referencia la interesada ha tenido acceso a la totalidad de la historia clínica del paciente, los derechos de acceso a esta última que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, recoge han sido respetados, por lo que esta alegación también ha de ser desestimada.

En conclusión, y por todo lo expuesto, es preciso concluir que no tiene la Administración la obligación de indemnizar, en la medida en que no ha existido



la infracción de la *lex artis ad hoc*, que, tal y como manifiesta la consolidada línea jurisprudencial ya citada anteriormente, es el condicionante para que, en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, la Administración se vea obligada a responder.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de señalar que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial –no justificada, puesto que hemos de recordar que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver– trae consigo molestias y posibles perjuicios a la interesada.

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 a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. zzzzz, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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