



Sr. Pérez Solano, Presidente en funciones

Sr. Fernández Costales, Consejero y Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

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 2 de agosto 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 21 de junio 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 por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 25 de junio de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 599/2007, 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. Fernández Costales.

**Primero.-** Dña. xxxxx presenta una reclamación en el Hospital hhhh de xxxx, el 20 de septiembre de 2005, teniendo entrada en el registro de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx el 22 de septiembre, en la que solicita una indemnización por los daños y perjuicios causados por las graves consecuencias y secuelas derivadas de presuntas dilaciones y errores médicos, que le produjeron una situación de gran invalidez.



Según refiere la reclamante, los daños consisten en un ictus cerebral que atribuye a un retraso en el inicio de tratamiento con Sintrom, y en la imposibilidad de reparación quirúrgica del desplazamiento de su cadera derecha, debido al retraso en el diagnóstico de una fractura de cadera. Por ambos motivos, ha pasado a ser una mujer dependiente, que precisa de silla de ruedas y de ayuda de terceras personas para las actividades cotidianas.

No realiza valoración ni cuantificación alguna de la indemnización.

**Segundo.-** Dña. xxxxx, contando con 66 años de edad, ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh el día 21 de septiembre de 2004, trasladada por el 112, en estado de desorientación.

La paciente sufría descompensación diabética, con crisis de hiperglucemia, por lo que precisó la administración de 20 unidades de insulina rápida por el personal del 112 y fibrilación auricular paroxística, quedando ingresada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del hhhh.

En la valoración inicial de la paciente por el Servicio de Medicina Interna consta como motivo de ingreso haber sufrido un episodio de desorientación, descompensación de la diabetes por cuadro de hiperglucemia y caídas frecuentes en los días previos, sin otra sintomatología. A la exploración física la paciente está consciente, orientada, colaboradora, con buen estado general y buena coloración de piel y mucosas.

En el mismo Hospital se le realiza electrocardiograma, que varía con episodios en fibrilación auricular y otros en ritmo sinusal, interconsulta con el Servicio de Endocrinología, que diagnostica diabetes mellitus tipo 2 y ajusta el control de la glucemia con insulina, retirando los antidiabéticos orales. También se efectuó interconsulta con Cardiología, por los episodios repetidos de fibrilación auricular paroxística.

El ecocardiograma doppler evidencia cavidades cardíacas de dimensiones normales, VI de espesor normal y dudosa hipocinesia inferior. La FE está conservada, VM con insuficiencia leve, válvula aórtica fibrosa normofuncionante. Se aprecia insuficiencia tricúspide leve, HRP leve, pericardio normal. La impresión diagnóstica es de fibrilación auricular paroxística.



El TAC cerebral realizado al ingreso es también normal. Debido al deterioro de la paciente y a los episodios de desorientación, se realiza nuevo TAC cerebral el día 30 de septiembre, en el que se aprecia un área hipodensa de localización occipital izquierda en relación con infarto en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda, diagnosticándose accidente cerebrovascular.

Se le pauta un antiarrítmico y un anticoagulante, el ritmo sinusal revierte al día siguiente.

El día 23 de septiembre aparece nuevamente fibrilación auricular paroxística, por lo que se pide interconsulta a la Unidad de Arritmia, que instauro distinto tratamiento antiarrítmico y anticoagulante oral (Sintrom), manteniendo el anticoagulante subcutáneo (clexane) hasta instaurar la dosis terapéutica de Sintrom, conforme a protocolo de Hematología.

Durante el ingreso hospitalario la paciente presenta episodios de desorientación alternados con otros de agitación psicomotriz, llegando a precisar sujeción mecánica y tratamiento sedativo. En la historia clínica aparecen varias referencias a sus caídas frecuentes. La paciente tolera bien la alimentación oral y mantiene buena diuresis y buen ritmo intestinal. Se levanta diariamente al sillón y permanece apirética.

El alta hospitalaria se produce el día 15 de octubre de 2004, con diagnóstico de descompensación diabética, fibrilación auricular paroxística, desorientación, infarto cerebral occipital izquierdo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y bocio difuso multinodular normofuncionante.

El tratamiento prescrito incluye dieta de 1500 calorías, sosa y con restricción de azúcares, levantarse diariamente, insulina intramuscular y controles de glucemia capilar según pauta de Endocrinología, Sintrom y controles de coagulación según pauta de Hematología, Meleril, Tranxilium, Apocard, Emcorcor 5, controles por Endocrinología y Hematología y resto de medicación sintomática y seguimiento posterior a criterio de su médico de Atención Primaria y de su Especialista de Área.

Se indica a los familiares la conveniencia de que una persona cuide de la paciente y controle su tratamiento, una vez recibiera el alta.



El día 26 de abril de 2005, Dña. xxxx acude al Servicio de Urgencias del Hospital del hhhh por paresia en pierna derecha. Según consta en el parte de Urgencias, la paciente "no reconoce antecedente traumático. Está actualmente en rehabilitación y su Médico de Atención Primaria cree que tiene luxada la cadera derecha".

Vista por el Servicio de Traumatología, se le diagnostica una fractura subcapital muy desplazada con evolución de larga duración. No se le indicó tratamiento quirúrgico, dado que la paciente no caminaba a causa de tener una hemiparesia derecha por haber sufrido un accidente cerebro vascular. Se le prescribió un tratamiento rehabilitador para intentar un aprendizaje de la marcha.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora la historia clínica de la paciente, así como diversos informes clínicos, entre los que destaca:

- Informe del Dr. tttt, del Servicio de Traumatología del Hospital del hhhh, en el que se puede leer: "La paciente fue vista en la consulta de Traumatología el día 28/04/05 procedente de interconsulta hecha desde el Servicio de Urgencias, a donde había acudido el día 26/04/05.

»Fue diagnosticada de una fractura subcapital muy desplazada con evolución de larga duración.

»No se indicó tratamiento quirúrgico en ese momento, dado que la paciente no caminaba a causa de tener una hemiparesia derecha por haber sufrido una ACU con un ictus general.

»Se prescribió tratamiento de rehabilitación para intentar un aprendizaje de la marcha".

- Informe de la Inspectora Médica, Dra. Dña rrrr. En el mismo se realizan las siguientes consideraciones: "(...) La reclamante argumenta en su escrito de reclamación el retraso en el inicio del tratamiento anticoagulante con Sintrom, como causa del accidente cerebro vascular sufrido. La paciente ingresa el día 21/09/2004, y se instaura tratamiento anticoagulante con Clexane, dado el carácter paroxístico de su fibrilación auricular.



»El día 23/09/2004 estudiada por la Unidad de Arritmias por presentar un nuevo episodio de fibrilación auricular se inicia tratamiento con Sintrom simultaneado con Clexane hasta el ajuste terapéutico de Sintrom, según protocolo de Hematología.

»Analizada la historia clínica, consta expresamente lo señalado en los hechos anteriormente relatados, no objetivándose ningún tipo de fractura, ni datos clínicos referentes a la fractura de fémur detectada en abril de 2005.

»Durante el largo ingreso hospitalario desde 21/09/2004 hasta 15/10/2004, constan en la historia múltiples anotaciones de enfermería referentes a su actividad física, "acostada", "levantada", "sentada" y su evolución durante casi un mes en el hospital, situaciones difícilmente compatibles con una supuesta fractura de fémur, no constando anotación alguna referente a dolor, molestias o sintomatología sugerente de la citada fractura y ni que ésta se hubiera producido antes de su ingreso o durante su estancia en el hospital".

Como conclusión la inspectora médica señala que "estudiada la documentación clínica que figura en el expediente, analizados los hechos relatados y a la vista de las anteriores consideraciones, no se aprecia negligencia alguna en el proceso asistencial desarrollado y revisado con motivo de la reclamación formulada por Dña. xxxxx, por lo que considero, que la reclamante no tiene derecho a una reparación económica".

**Cuarto.-** Concluida la instrucción del expediente se concede trámite de audiencia, notificado con fecha 3 de marzo de 2006 a la parte interesada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

**Quinto.-** El 15 de marzo de 2006 comparece D. yyyy1 en nombre y representación de la reclamante, acompañando poder notarial con facultades suficientes. No se presentan alegaciones en el plazo concedido al efecto.



El día 8 de noviembre de 2006 comparece un nuevo letrado, D. yyyy2, acreditando debidamente su representación, que solicita el certificado de silencio administrativo de la presente reclamación.

**Sexto.-** El 4 de abril de 2007 se requiere a la Gerencia Regional de Salud, por la Sala de lo Contencioso Administrativo de xxxxx del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -procedimiento ordinario 74/2007- el expediente administrativo relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este dictamen.

Consta en el expediente la interposición de recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

**Séptimo.-** Con fecha 2 de mayo de 2007, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación formulada.

**Octavo.-** El 28 de mayo de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta desestimatoria.

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.

Cabe hacer, no obstante, un reproche en la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en la remisión del mismo a este Consejo Consultivo. Este retraso necesariamente ha de considerarse 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 ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, 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 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) y de



este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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.

Además, 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* 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.-** 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento





Administrativo Común, según el cual, “en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido 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”.

**6ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada, provocándole una situación de gran invalidez.

La cuestión fundamental se centra en determinar si los daños sufridos por Dña. xxxxx como consecuencia del tratamiento que le fue dispensado tienen o no carácter antijurídico, haciendo surgir o no, junto a los demás presupuestos, la obligación de reparar de la Administración.

En este sentido hay que señalar que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, teoría que 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 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es 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.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis* sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando,



pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, requiere analizar si ha existido un funcionamiento anormal de la Administración sanitaria y si dicha actuación es la causa de los daños sufridos por el padre de la reclamante.

La reclamante atribuye los daños que padece a la defectuosa actuación sanitaria durante el ingreso del día 21 de septiembre de 2004, en el Hospital del hhhh, exponiendo que el ictus cerebral se podría haber prevenido de haberle suministrado desde el primer momento el anticoagulante ("Sintrom"), medicamento que se le prescribió a los tres días del ingreso. Atribuye a este retraso en el tratamiento anticoagulante el deterioro progresivo neurológico sufrido. Además, indica que pese a que la paciente y sus familiares refirieron las caídas que había tenido en días anteriores, no se le realizó una adecuada exploración en Urgencias y, hasta abril de 2005, no se le diagnostica una fractura.

Como secuela de este retraso presenta actualmente un desplazamiento de cadera derecha, para el que no existe solución quirúrgica. Según expone la reclamante, "la fractura de cadera y la falta de prevención del ictus cerebral ha obligado a que pase a ser una mujer dependiente, precisando de una silla de ruedas (...) al precisar de la ayuda de terceras personas".

En referencia al retraso en la dosificación de un anticoagulante, en el informe de la Inspectora Médica, Dra. Dña. rrrr, se puede leer: "La paciente ingresa el día 21/09/2004, y se instaura tratamiento anticoagulante con Clexane, dado el carácter paroxístico de su fibrilación auricular.

»El día 23/09/2004 estudiada por la Unidad de Arritmias por presentar un nuevo episodio de fibrilación auricular se inicia tratamiento con Sintrom simultaneado con Clexane hasta el ajuste terapéutico de Sintrom, según protocolo de Hematología".



En referencia a las circunstancias en las que se ha producido el ictus cerebral, la Sentencia de 5 de junio de 1991 del Tribunal Supremo, referida en la propuesta de resolución, recoge una clasificación de los daños, en orden a establecer la imputabilidad de los mismos a la Administración:

a) Los daños que la enfermedad produce necesariamente, a pesar de todos los tratamientos médicos por adecuados y eficaces que ellos sean, ya que vienen impuestos por el carácter caduco y enfermable de la condición humana.

b) Aquellos daños que son intrínsecos a/ tratamiento como tal y que, por ello, se producen de modo necesario y justificado por su finalidad terapéutica.

c) Daños producidos por la enfermedad pero que son evitables con un tratamiento médico prestado a tiempo y adecuado y que su producción es debida a la falta de asistencia sanitaria o a que la prestada no fue la adecuada.

d) Aquellos otros que el tratamiento médico produce, al margen de su finalidad terapéutica, y que son daños producidos, bien porque no es el tratamiento procedente o adecuado el prestado, o porque en su realización se introducen circunstancias que lo desnaturalizan y que son ajenas a la constitución individual del enfermo.

La referida Sentencia del Tribunal Supremo advierte que es claro que sólo puede hablarse de responsabilidad por la asistencia sanitaria prestada en los dos últimos supuestos.

En este caso, nos encontraríamos en la situación de daños producidos por la enfermedad, a pesar del tratamiento médico adecuado.

Expuesto lo anterior, y valorando la reclamación por el tardío diagnóstico de rotura de cadera, el principal problema que suscita el expediente se refiere a la existencia o no 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* y 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.

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.

Cuando Dña. xxxx fue visitada en abril de 2005 por el traumatólogo, tenía una fractura con evolución de larga duración, pero no se ha acreditado cuándo se produjo la rotura. La reclamación sitúa el momento de producción de la fractura en las caídas sufridas por la paciente con anterioridad al 21 de septiembre de 2004, y considera un error sanitario su no diagnóstico en aquel momento, pese a la insistencia de la paciente, derivando con el tiempo en un desplazamiento inoperable de la fractura. Por ello responsabiliza a la Administración de un retraso de diagnóstico de la fractura de cadera, “ingreso en septiembre de 2004 y no es hasta abril de 2005, cuando soy diagnosticada”.

No obstante durante el ingreso hospitalario desde 21 de septiembre de 2004 hasta el 15 de octubre de 2004, constan en la historia múltiples anotaciones de enfermería referentes a actividad física, incompatible con una rotura de cadera –“acostada”, “levantada”, “sentada”-. Como señala la inspectora médica su evolución durante casi un mes en el hospital, “presenta situaciones difícilmente compatibles con una supuesta fractura de fémur, no constando anotación alguna referente a dolor, molestias o sintomatología sugerente de la citada fractura y ni que ésta se hubiera producido antes de su ingreso o durante su estancia en el hospital”.

Frente a estos juicios, la reclamante no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar que la falta de diligencia y el cúmulo de retrasos que describe en su reclamación fuera determinante de la vulneración de la *lex artis*, y, de las secuelas que padece. Por otro lado, oportunamente se ha recordado en la propuesta de resolución que la obligación de asistencia es de medios y no de resultados, y la asistencia sanitaria fue prestada con profusión de medios y recursos.



**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la interesada ha interpuesto un recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxxx.

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