



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, 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 Zamora el día 8 de enero de 2009, 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 3 de diciembre de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 9 de diciembre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.093/2008, 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 21 de agosto de 2006, tiene entrada en el registro de la Subdelegación del Gobierno en xxxx2 un escrito de reclamación de D. xxxxx, ante la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1.



Establece como fundamento de su reclamación la deficiente asistencia médica recibida en el citado Hospital, consecuencia de una inadecuada intervención quirúrgica realizada el 4 de octubre de 2005 para la solución de una fractura pilón tibial derecho, tras sufrir una caída accidental, al no haberse seguido los protocolos médicos *ad hoc* y no contar con los recursos humanos suficientes como para realizar reintervención subsanadora de la primera, que conllevó que el paciente tuviese que acudir a la sanidad privada para ser intervenido en la mutua sssss, mediante la realización de una artrodesis (fijación absoluta del tobillo), encontrándose durante todo este tiempo en situación de incapacidad temporal.

Solicita daños y perjuicios como resultado del inadecuado preoperatorio, con un consentimiento informado incorrecto (durante la primera intervención se le instaló un clavo en las articulaciones "siendo ésta una práctica absolutamente prohibida por los protocolos médicos"); la ausencia de reintervención del paciente, lo que le llevó a acudir al Hospital de sssss de xxxx3, donde se le eliminó el clavo mal colocado, realizándose una artrodesis; y por las secuelas que padece como consecuencia de la intervención y por habersele colocado mal la escayola durante el postoperatorio. Reclama la cantidad de 110.146,09 euros.

No adjunta a su reclamación documentación alguna, pero sí se refiere en su escrito a diversos documentos presentados con anterioridad y que parecen haber sido incorporados al presente expediente junto con la historia clínica remitida, entre los que cabe destacar un informe pericial.

**Segundo.-** Al expediente administrativo se incorpora la siguiente documentación:

I.- Informe emitido por la Inspección Médica, de fecha 13 de noviembre de 2006.

II.- Informe médico de actuación en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 22 de septiembre de 2006.

III.- Dictamen médico de 5 de julio de 2007, efectuado por la compañía aseguradora ssss1.



#### IV.- Historia clínica.

**Tercero.-** Tras la concesión del preceptivo trámite de audiencia, no consta se haya presentado alegación alguna por el interesado.

**Cuarto.-** El 27 de octubre de 2008 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, formula propuesta de orden desestimatoria, por entender que no existe incumplimiento de la *lex artis ad hoc*.

**Quinto.-** El 11 de noviembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la citada propuesta de orden.

**Sexto.-** Consta en el expediente haber sido interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta por silencio administrativo que se sigue bajo el Procedimiento Ordinario 443/2007, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo de xxxx4, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que el interesado presenta la reclamación (21 de agosto de 2006) hasta que se formula la propuesta de resolución (27 de octubre de 2008). 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.

Por otra parte debe recordarse la importancia de que la documentación que se remita esté convenientemente ordenada, facilitando así la labor de este Consejo a la hora de emitir el correspondiente dictamen.

**3ª.-** Concurren en el interesado 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 los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación ha sido ejercitada en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la referida 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 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 concreta, 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 daños y perjuicios formulada por D. xxxxx, representado por D. yyyy, debido a los



daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1.

En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación, en los términos y por las razones que a continuación se exponen y analizan.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados; lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso, el reclamante alega en su escrito de reclamación que ha recibido una inadecuada asistencia sanitaria, tanto con carácter previo, como durante y tras la intervención quirúrgica a que fue sometido en los servicios sanitarios públicos. Así, en cuanto a la asistencia dispensada con anterioridad a la intervención quirúrgica, se denuncia la ausencia de radiografías anteroposterior, lateral, oblicual, con tracción de la extremidad lesionada y TAC.

En relación con el deficiente preoperatorio dispensado, cabe decir que de los diferentes informes que obran en el expediente no puede concluirse que tal afirmación resulta averada. Así, en el informe elaborado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial de xxxx1, se concluye que los estudios y controles practicados se consideraron suficientes; y en el informe de la compañía aseguradora, se considera que el TAC no es imprescindible. A ello habría que añadir que el cirujano que atendió al paciente tiene suficiente experiencia y conocimientos, careciendo de valor probatorio alguno la mera conjetura vertida por el perito de parte sobre la escasa cualificación o preparación del facultativo interviniente.

Respecto al consentimiento informado, tal y como consta en el informe de la Inspección Médica y en la historia clínica remitida, previamente a la intervención "el paciente ha sido valorado clínica y radiológicamente y se ha realizado estudio preoperatorio por el Servicio de Anestesia. Estudio que incluyó la valoración de los antecedentes personales y antecedentes quirúrgico-



anestésicos, de las pruebas complementarias realizadas, exploración física y calificación de su riesgo anestésico. Por tanto se realizaron todos los estudios y pruebas necesarias antes de la intervención quirúrgica del accidentado.

»Además esta intervención fue precedida de la correspondiente información al paciente sobre la misma, información que queda formalizada documentalmente en el correspondiente documento de consentimiento informado. Documento que recoge de forma simple y sencilla en qué va a consistir el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar al paciente, los riesgos típicos de este tipo de procedimiento así como los generales de toda cirugía, otras alternativas terapéuticas, el documento obra en poder del paciente para su lectura y valoración durante 24 horas antes de ser recogido y es firmado este documento (una única hoja con dos caras, las firmas se localizan en el anverso) tanto por el paciente como el facultativo que informa. Facultativo que aparece identificado con su nombre y número de colegiado y participa del trabajo en equipo que requiere la actividad asistencial en los equipos jerarquizados hospitalarios. Y finalmente en el documento no se recogen riesgos personalizados porque para señalarlos deben presentarse, y en el presente caso no puede deducirse que este paciente en concreto presentase ninguna circunstancia individual que le hiciese más susceptible a algún tipo de complicación con la intervención que se le iba a realizar.

»(...) lo que no se puede pretender es que en cada documento se especifique el vaso o ramificación nerviosa que en concreto puede verse afectada dependiendo de la localización exacta de la fractura. Tampoco puede pretenderse que se contemplen hasta las últimas consecuencias que cada uno de los riesgos tipificados puede desencadenar (...). Todo ello nos llevaría a documentos de consentimiento informado que se convertirían en interminables decálogos técnicos que, además de convertir el procedimiento de información en algo impracticable, no cumplirían con su finalidad que no es otra que la decisión informada del paciente sobre su proceso asistencial”.

En cuanto a la teoría del consentimiento informado y su regulación legal, puede hacerse una remisión a la doctrina sentada por este Consejo Consultivo en los diferentes dictámenes que sobre el particular se han emitido (así, entre otros, Dictámenes 1.141/2007 y 399/2008), pudiéndose citar aquí, algunos de los pronunciamientos que nuestros tribunales has venido fijando sobre este asunto.



Procede así traer a colación la Sentencia de 4 abril 2000, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, según la cual “Se da así realidad legislativa al llamado `consentimiento informado´, estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas y que en la fecha en que se produce la intervención quirúrgica que da lugar a este proceso constituye una institución recientísima en el plano de nuestra legislación.

»Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

»El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario”.

Igualmente, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 12 de enero de 2001, ha tenido ocasión de pronunciarse sobre el alcance y carácter del derecho que tiene el paciente a dar su consentimiento, debidamente informado. Para el Tribunal Supremo “la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo, sino que encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución ,





en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10.1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupan el art. 1.1 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias -Sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de junio- en el artículo 9.2, en el 10.1 y además en pactos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, principalmente en su Preámbulo y artículos 12, 18 a 20, 25, 28 y 29; el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de Roma, de 4 de noviembre de 1950, en sus artículos 3, 4, 5, 8 y 9; y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 16 de diciembre de 1966, en sus artículos 1, 3, 5, 8, 9 y 10”.

Y continúa señalando que “El consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo”. En iguales términos se recoge en la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 11 de mayo de 2001.

La carga de la prueba sobre la información corresponde, por tanto, a la Administración. En el caso objeto de análisis consta que dicho documento de consentimiento fue firmado por el reclamante, lo cual es reconocido por él mismo, denunciando tan sólo una serie de defectos formales que no pueden determinar, *per se*, la indecuación del mismo a los efectos de determinar la responsabilidad administrativa que se reclama. Así, en el documento de consentimiento informado de 29 de septiembre de 2005, rubricado por el paciente y con identificación del facultativo que lo presta, relativo a la osteosíntesis de fracturas articulares, en el apartado referente a los riesgos de la intervención puede leerse, entre otras posibles complicaciones, “rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención”; “aflojamiento o rotura del hueso que se manipula”; “fibrosis articular, calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación o la prótesis insertada con limitación de su movilidad”; “acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado”; “necesidad de intervenciones para extraer el material, manipulación o artroplastia”. Por todo ello no puede compartirse el criterio sostenido por el



interesado en relación a la ausencia de información suficiente sobre la intervención a la que fue sometido, es más, en el informe elaborado por la compañía aseguradora del Sacyl, se dice que el mismo es copia del aprobado por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología sin que ninguna manifestación en contrario se haya realizado por el interesado durante la concesión del preceptivo trámite de audiencia. Por todo ello se puede concluir que D. xxxxx estaba informado del procedimiento quirúrgico que se le iba a realizar y de las posibles complicaciones que pudieran aparecer, no pudiendo hablarse de que el paciente no fuese informado sobre la realización de la técnica quirúrgica a la que iba a ser sometido.

A mayor abundamiento, también procede recordar lo declarado por el Tribunal Supremo en su Sentencia de 26 de febrero de 2004, que señala que "aún cuando la falta de consentimiento informado constituye una *mala praxis ad hoc*, no lo es menos que tal mala praxis no puede *per se* dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de 26 de marzo de 2002 que resuelve recurso de casación para unificación de doctrina en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad". En estos mismos términos se pronuncia el Tribunal Supremo en sus Sentencias de 20 de septiembre de 2005 y 4 de abril de 2006. En la primera citada señala que "el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada". Ello entronca directamente con la siguiente de las alegaciones formuladas por el interesado en su escrito, esto es, la inadecuada asistencia recibida con infracción de la *lex artis ad hoc*.

**6ª.-** Se denuncia igualmente en la reclamación presentada la inobservancia de los protocolos médicos en cuanto a la instalación de clavos en las articulaciones, técnica que considera inadecuada, estableciéndose como causa de la misma los disparos de radioscopia no realizados con la diligencia y acierto suficiente, así como la colocación de un yeso hasta la ingle. A este respecto, cada uno de los órganos informantes durante la instrucción del procedimiento llegan a un resultado contrario, considerando adecuada tanto la



intervención practicada como la demostración de la no sostenibilidad de las causas que se alegan como causantes del eventual daño producido.

Así, en el informe de la Inspección Médica se recoge que “resulta difícilmente comprensible en qué puede consistir los disparos de radioscopia realizados con la diligencia y acierto cuando la fluoroscopia, técnica de imagen en la que se apoyó la intervención, es una exploración dinámica mediante rayos X. Es decir ésta no es una técnica diagnóstica como puede ser las placas estáticas de la radiología simple, sino que es una técnica auxiliar que permite mediante rayos X el seguimiento en tiempo real de la evolución de un material radio-opaco en el interior del cuerpo. Así el cirujano puede tener no sólo una imagen directa del tipo de fractura de que se trata, sino de cómo ha quedado reducida y, por supuesto, controlar la evolución del material de osteosíntesis dentro del interior del hueso. Por tanto, en el presente caso, la reducción e implantación de material de osteosíntesis se realizó utilizando los medios auxiliares que exige la *lex artis* para este tipo de intervenciones.

»Las fracturas del pilón tibial son fracturas de la extremidad distal de la tibia que afectan su superficie articular. El patrón y la extensión de la lesión del hueso, superficies articulares y los tejidos blandos, determinan la técnica de fijación a usar; variando las opciones desde el tratamiento conservador hasta la tradicional reducción abierta y fijación, constituyendo el recubrimiento de tejidos blandos de la tibia distal el factor limitante a este tipo de lesiones. Para programar el tratamiento de este tipo de lesiones es obligado el estudio radiológico previo y contar con el instrumental y equipamiento necesario para su tratamiento. El método de tratamiento empleado habitualmente por los autores de la bibliografía que se aporta en la propia reclamación consiste en comenzar con la colocación de un dispositivo de fijación externa, curación de tejidos blandos (en el supuesto de que estuviesen lesionados), reducción abierta y fijaciones limitadas del componente articular con sólo tornillos o con tornillos y una pequeña placa. La lesión sufrida por este paciente fue diagnosticada de fractura de pilón tibial y fue tratada quirúrgicamente, realizándose reducción y síntesis de la fractura con tornillos canulados. Por tanto utilizando una de las opciones terapéuticas indicadas para este tipo de lesiones (...).

»En este sentido el desplazamiento del material de osteosíntesis junto con su aflojamiento son complicaciones que se pueden presentarse en el



postoperatorio inmediato cuando se utiliza este tipo de fijación y por tanto no supone que de forma obligada tenga que ser consecuencia de una incidencia intraoperatoria. La localización intraarticular de uno de los tornillos canulados no es sinónimo de mala praxis, es un resultado no deseado que en el presente caso se produce probablemente como consecuencia del desplazamiento del material de osteosíntesis tras la intervención. Siendo la decisión adoptada de mantenerlo correcta, ya que no podía dañar la articulación pues el tobillo tenía la movilidad bloqueada con el yeso y extraerlo supondría dejar a la fractura sin este medio de fijación y reemplazarlo hubiese supuesto otro acto quirúrgico con su consiguiente morbilidad; aplazándose su extracción para cuando el paciente fuese a iniciar la rehabilitación". A idénticas conclusiones se llega en el Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Asistencial de xxx1, siendo interesante reproducir aquí que las complicaciones posteriores a la intervención están reflejadas en el documento de consentimiento informado firmado por el interesado.

Es preciso recordar nuevamente, tal y como lo viene haciendo este Consejo Consultivo en todas y cada de las ocasiones en que tiene la oportunidad de pronunciarse sobre las reclamaciones relativas a una inadecuada asistencia sanitaria, que la ciencia médica no es una ciencia exacta; lo que se garantiza a través de la asistencia dispensada por los servicios sanitarios públicos es una medicina de medios, no de resultados. Debe tenerse presente que la no obtención de los resultados esperados no puede ser generadora de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria con carácter inmediato, sino que para ello será necesario acreditar que se ha producido una infracción de la *lex artis ad hoc*. En el presente caso, no puede resultar acreditada la citada infracción de la *lex artis*, pues los diferentes informes que obran en el expediente ponen de manifiesto que la asistencia dispensada se realizó correctamente, por lo que no cabe sino concluir, en armonía con la doctrina jurisprudencial más autorizada, que estamos ante una lesión que no constituye un daño antijurídico y en consecuencia, se impone la desestimación de la pretensión ejercitada.

Por último, y en cuanto al retraso en la segunda intervención, tanto de la prueba documental aportada (historia clínica), como de los sucesivos informes, resulta acreditado que el paciente decide voluntariamente, y tras realizar el preoperatorio urgente, acudir a los servicios de su mutua, por lo que ninguna



responsabilidad en la tardanza puede ser atribuida a los servicios sanitarios del Sacyl.

En consecuencia, ha de entenderse que el paciente fue debidamente tratado, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, no apreciándose, por tanto, mala praxis en la actuación de los médicos del Hospital de xxx1 que atendieron al paciente, que se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado 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 poner de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, no justificada, puesto que ha de recordarse que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver, trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la propia Administración de Justicia con procedimientos que no deberían haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.

### **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 como consecuencia de la reclamación presentada



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

por D. xxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxx1.

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