



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, 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 17 de julio de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx e hijos*, 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 28 de mayo de 2008, 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 y, D. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, D. vvvvv, en el Hospital de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 4 de junio de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 509/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- El 20 de octubre de 2005, Dña. xxxxx, D. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico del cáncer de páncreas, con metástasis en duodeno y pulmones, que padecía su



esposo y padre, respectivamente, D. vvvvv, fallecido el 26 de noviembre de 2004 a la edad de 74 años.

Considera, tras relatar la asistencia recibida por el fallecido, que el paciente no pudo acceder a los estudios y posibilidad curativa, al no haber existido una sospecha diagnóstica, no haber realizado las pruebas *ad hoc* y no haberlo sometido a algún tratamiento que lo hubiera curado o, al menos, mitigado la sintomatología, prolongado la supervivencia e incrementado su calidad de vida. Reclaman, por ello, una indemnización total de 54.000 euros (30.000 euros para la viuda y 6.000 euros para cada uno de los hijos).

Adjunta a su reclamación copia del libro de familia y de un dictamen médico datado el 4 de octubre de 2005.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica del fallecido, la siguiente documentación:

- Informe clínico del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de xxxxx, de fecha 23 de noviembre de 2005.
- Informe del Coordinador de Urgencias de 9 de diciembre de 2005.
- Informe del Servicio de Urología, de 12 de diciembre de 2005.
- Informe de la Inspección Médica, de 11 de abril de 2006.
- Dictamen médico, de 2 de agosto de 2006, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico).

Tercero.- Mediante escrito de fecha 20 de diciembre de 2006, se comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia, si bien no consta que dicho escrito haya sido notificado.

Concedido nuevo trámite de audiencia el 16 de enero de 2008, no figura en el expediente escrito de alegaciones o documentación alguna.

Cuarto.- Obra en el expediente la interposición por parte de los interesados de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación



presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, su admisión a trámite y la remisión del expediente administrativo al Juzgado de lo Contencioso-administrativo nº 2 de xxx5.

Quinto.- El Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite, con fecha 24 de marzo de 2008, un informe-propuesta en el que considera que debe desestimarse la reclamación.

Sexto.- Con fecha 8 de mayo de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras del citado organismo formula una propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Séptimo.- El 14 de mayo de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden mencionada.

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 poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (20 de octubre de 2005) hasta que se formula la propuesta de orden (8 de mayo 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.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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 establecido en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

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.

No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, 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 -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx, D. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxxx3 y D. xxxx4 por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico del cáncer de páncreas, con metástasis en duodeno y pulmones, que padecía su esposo y padre, respectivamente, ya fallecido, D. vvvvv.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se formuló el 20 de octubre de 2005, es decir, antes de transcurrir un año desde el óbito, ocurrido 26 de noviembre de 2004.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación de los interesados. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que los reclamantes imputan a los servicios sanitarios públicos.

A) Con carácter previo, es preciso hacer unas consideraciones sobre la enfermedad padecida por el paciente (pronóstico, sintomatología y diagnóstico), con objeto de valorar si la actuación médica fue correcta o no, y en este caso, su incidencia sobre su evolución posterior.

Todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en afirmar el mal pronóstico del cáncer de páncreas:



- El dictamen médico señala que “a pesar de los avances en el campo de la oncología, el cáncer de páncreas continúa siendo uno de los tumores con peor pronóstico. En Europa es el responsable de 50.000 muertos anuales, lo que constituye la cuarta causa de muerte por cáncer. La dificultad del diagnóstico en estadios precoces por la ausencia de síntomas iniciales específicos, la gran agresividad tumoral que condiciona una temprana diseminación local y metastásica, y la carencia de esquemas terapéuticos eficaces, hacen que la incidencia del cáncer de páncreas se aproxime a su mortalidad (menos del 5% de los pacientes sobreviven a los 5 años)”.

- En el mismo sentido, el informe de la Inspección Médica afirma que “el carcinoma de páncreas constituye una de las enfermedades neoplásicas más agresivas y enigmáticas a las que se enfrentan los oncólogos; este tumor causa la muerte de más de 98% de los afectados (...)”.

- Y el informe aportado por los reclamantes expone que “la razón principal de que el cáncer de páncreas tenga una mal pronóstico (expectativa de supervivencia) es que pocos de estos casos se encuentran en sus etapas iniciales; actualmente no hay análisis de sangre ni otras pruebas de detección que puedan detectar con precisión los casos de cáncer del páncreas en sus etapas iniciales. (...) La mayoría de los casos de cáncer del páncreas están en etapas avanzadas cuando se encuentran, ya que los paciente generalmente no tienen síntomas hasta que el cáncer ha adquirido tamaño determinado o se ha propagado a otros órganos; (...) la evolución de la enfermedad suele ser insidiosa, por lo que, cuando se produce la explosión sintomática, pocos son los pacientes que se pueden diagnosticar en una fase precoz, lo que permitiría un mayor número de tratamientos curativos (...)”.

Respecto a las manifestaciones clínicas del tumor, los informes exponen que “la ausencia de signos y síntomas específicos de enfermedad provoca un retraso en el diagnóstico en la mayoría de los pacientes”; que “la forma de presentación suele ser un cuadro inespecífico con síndrome constitucional y malestar abdominal. Cuando aparece la tríada clásica, compuesta por dolor, ictericia y pérdida de peso, la enfermedad suele estar diseminada, siendo imposible su curación. El dolor es el síntoma más frecuente del cáncer de páncreas. Se caracteriza por ser sordo y constante, de predominio nocturno y localizarse en la profundidad del epigastrio pudiendo irradiarse en cinturón hacia la espalda. (...) La aparición de dolor traduce la invasión tumoral de los



plexos celiaco y mesentérico y, por tanto, un estadio localmente avanzado de la enfermedad, en la mayoría de los casos, irresecable. Debido a la ausencia de síntomas específicos iniciales y a la temprana diseminación metastásica, el diagnóstico del cáncer de páncreas en estadios localizados es infrecuente salvo en los casos de obstrucción precoz de la vía biliar e ictericia y en los que producen obstrucción ductal y provocan una pancreatitis segmentaria. En el resto de casos, la sintomatología, inespecífica como ya hemos comentado, es de más de dos meses de evolución en la mayor parte de los pacientes”.

Por otra parte, en cuanto al diagnóstico, el dictamen médico informa que “se basa en la clínica y las pruebas de imagen (ecografía y TC). La RNM ayuda a establecer criterios de resecabilidad, aunque su menor disponibilidad y el buen rendimiento diagnóstico de la TC hacen que no sea una prueba diagnóstica de elección. La confirmación histológica se suele obtener mediante una PAAF. Los marcadores tumorales no tienen utilidad de forma aislada en el diagnóstico, pudiendo ser útiles en la detección precoz de recidiva tumoral”. Y el informe pericial de parte añade que “actualmente no hay análisis de sangre ni otras pruebas de detección que puedan detectar con precisión los casos de cáncer del páncreas en sus etapas iniciales”.

B) Expuesto lo anterior, ha de analizarse si la actuación médica practicada fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Los reclamantes alegan que, ante la sintomatología que presentaba el paciente, no se pusieron a su disposición todos los medios diagnósticos para poder averiguar el origen de su dolencia. Por ello, consideran que ha existido un error de diagnóstico al no detectar el cáncer de páncreas que padecía -y que fue diagnosticado un mes antes de su fallecimiento-. Y afirman que dicho error impidió que se iniciara con anterioridad el tratamiento adecuado, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación. Estas afirmaciones se apoyan en un informe médico que se adjunta a la reclamación.

Sin embargo, los informes médicos emitidos durante la instrucción del procedimiento -en particular, el de la Inspección Médica y el dictamen médico- niegan que haya existido vulneración de la *lex artis* en la actuación sanitaria prestada.



Sobre la valoración que deba hacerse de tales informes, contradictorios entre sí, es doctrina consolidada del Tribunal Supremo (Sentencias de 6 de mayo de 1993 y de 2 de abril de 1998, entre otras), que:

“a) Ha de atenderse, en primer lugar, a la fuerza convincente de los razonamientos que contienen los dictámenes, pues lo esencial no son sus conclusiones, sino la línea argumental que a ellas conduce, dado que la fundamentación es la que proporciona la fuerza convincente del informe y un informe no razonado es una mera opinión sin fuerza probatoria alguna.

»b) Debe tenerse en cuenta la mayor o menor imparcialidad presumible en el perito y ha de darse preferencia a los informes emitidos por los Servicios Técnicos Municipales y, en su caso, por los peritos procesales, puesto que éstos gozan de las garantías de imparcialidad superiores a cuantos otros dictámenes hayan sido formulados por técnicos designados por los interesados, (...).

»c) Un tercer criterio que debe ser tenido en cuenta es la necesaria armonía de las conclusiones contenidas en los informes periciales con el resto de los elementos probatorios, cuales pueden ser, entre otros, las diversas pruebas documentales practicadas en las actuaciones”.

Es, asimismo, postura constante de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que, en la apreciación de la prueba pericial o informes técnicos, han de gozar de preferentes garantías en la estimación de los mismos los emitidos por los técnicos de la Administración y los dictámenes periciales emitidos con las garantías de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dadas las condiciones de objetividad e imparcialidad de que gozan tales informes o dictámenes. (Sentencias de 22 de abril 1991 y de 25 de julio 2003).

En virtud de lo expuesto, este Consejo considera que en el presente caso el informe de la Inspección Médica y el dictamen médico gozan de una mayor precisión y convicción en sus argumentaciones, las cuales no han sido desvirtuadas por el informe aportado por los interesados, cuyos razonamientos -escasos en lo que se refiere al supuesto concreto- no desvirtúan, a juicio de este Consejo, las detalladas explicaciones recogidas en aquellos.

Partiendo, pues, de estas premisas, ha de analizarse por separado cada una de las alegaciones contenidas en la reclamación.



En primer lugar, los interesados consideran que no se emplearon todos los medios disponibles para el diagnóstico de la enfermedad, lo que impidió su pronta detección. Afirman que la sintomatología que presentaba el paciente -dolor, pérdida de peso y astenia- hubiera exigido completar el estudio y plantear otros diagnósticos alternativos y, por lo tanto, otros estudios y tratamientos *ad hoc*; y sin embargo, existiendo dolor lumbar, ni siquiera se planteó la posibilidad de que se tratara de una lumbalgia extrarraquídea, existiendo así un claro error de diagnóstico.

Pues bien, tanto el informe de la Inspección Médica como el dictamen médico coinciden en afirmar que la actuación médica fue adecuada. Dichos informes detallan minuciosamente las razones por las que no fue médicamente posible llegar al diagnóstico del tumor con anterioridad.

Así exponen que, de los síntomas que suelen acompañar al cáncer de páncreas, el paciente presentaba dolor y pérdida de peso, pero no ictericia.

En relación con el dolor, la Inspección Médica señala que se trataba de un dolor lumbar crónico cuya primera manifestación consta de febrero de 2002, y que se diagnosticó como lumbalgia crónica de causa raquídea, como degeneración discal con profusión discal en espacio L4-L5 con compresión de raíz nerviosa izquierda, causando leve patrón denervativo crónico en su territorio radicular, estenosis de canal y alteraciones degenerativas importantes de las facetas articulares. Dicho diagnóstico se siguió manteniendo en la documentación clínica tras la detección del cáncer de páncreas, por lo que aquél fue correcto con independencia de que al mismo se añadieran otros diagnósticos.

El dictamen médico confirma el criterio de la Inspección Médica, al afirmar que en el fallecido coexistieron dos patologías: una lumbalgia degenerativa a la que posteriormente se añadió un cáncer de páncreas. Expone que la localización del dolor que presentó el paciente (dolor lumbar) no era típica del cáncer de páncreas, puesto que en éste la localización del dolor es epigástrico y puede irradiarse a la espalda -lo que no ocurrió en el supuesto analizado-. Por ello, añade, la lumbalgia que presentaba el paciente orientaba claramente a una causa degenerativa porque transcurrió un largo tiempo de evolución (desde febrero de 2002) sin apreciarse otros síntomas acompañantes; porque la lumbalgia fue definida como de características mecánicas; porque todas las pruebas de imagen practicadas (incluyendo radiografía simple, TC y RNM)



corroboraron la presencia de patología degenerativa que podía justificar la clínica del paciente; y porque los estudios analíticos -incluso los realizados pocos días antes del diagnóstico- no mostraron alteraciones relevantes. No cabe obviar, además, que éste fue el diagnóstico al que llegaron no sólo los profesionales de la sanidad pública sino también los de los centros médicos privados.

Por otra parte, en relación con la pérdida de peso, no consta que dicha sintomatología fuera referida por el paciente a ningún facultativo hasta poco antes del diagnóstico definitivo. Por ello, la Inspección Médica considera que “no puede establecerse un posible inicio más que poco tiempo antes del diagnóstico definitivo, 4 meses antes. Síntomas que además son inespecíficos y están faltos de concreción, tanto que no llegan a evidenciarse hasta el momento del diagnóstico e incluso debieron de pasar desapercibidos para el propio paciente hasta ese momento, pues la pérdida de peso llega a poder cuantificarse”. Y concluye afirmando que tales síntomas “no resultarían incompatibles con las manifestaciones habituales que una patología crónica dolorosa, como la lumbalgia crónica, puede producir”.

En definitiva, las consideraciones anteriores, junto con la normalidad de los análisis realizados hasta prácticamente el momento del diagnóstico, y la ausencia de otros hallazgos -al margen de la patología de las pruebas radiológicas- hacían poco probable la sospecha de una patología tumoral. Ello lleva a los profesionales firmantes del dictamen médico a concluir que no existió “retraso en el diagnóstico sino imposibilidad de realizar el mismo con antelación en base a la clínica y resultado de las pruebas practicadas al paciente. Esta circunstancia es habitual en los cánceres de páncreas donde, dado lo inespecífico de la sintomatología, el diagnóstico se suele retrasar varios meses desde el inicio de la misma”.

Finalmente, en relación con la alegación de que se produjo una “pérdida de oportunidad”, en el sentido de que el error en el diagnóstico impidió que se iniciara con anterioridad el tratamiento adecuado, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación, no puede tampoco encontrar acogida.

El dictamen médico concluye señalando que “incluso considerando que la lumbalgia se considerara como un síntoma secundario desde el inicio al cáncer de páncreas, circunstancia que ya hemos rebatido ampliamente en las



consideraciones médicas, eso supondría invasión local nerviosa y, por tanto, imposibilidad de resección y de curación del mismo”.

Como se ha expuesto anteriormente, el cáncer de páncreas es uno de los tumores de peor pronóstico. La dificultad del diagnóstico en estadios precoces por la ausencia de síntomas iniciales específicos, la gran agresividad tumoral que condiciona una temprana diseminación local y metastásica, y la carencia de esquemas terapéuticos eficaces, hacen que la incidencia del cáncer de páncreas se aproxime a su mortalidad (menos del 5% de los pacientes sobreviven a los 5 años). En el mismo sentido se manifiesta el informe aportado por los interesados en el que se señala que “hasta las últimas fases evolutivas, que es cuando se establecen la mayoría de los diagnósticos, el cáncer de páncreas es una enfermedad de evolución silenciosa e insidiosa. Dado que la enfermedad se diagnostica habitualmente cuando ya no está confinada al páncreas, tiene una tasa de supervivencia a 1 año de un 15-20%, y cuando se valora la supervivencia a 5 años, dicha cifra se reduce a un 2-4%”.

A la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, y puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta. Por lo que procede desestimar la reclamación planteada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro 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, este Consejo se ve igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado al interesado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el



cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que el interesado acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, D. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, D. vvvvv, en el Hospital de xxxxx.

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