



Sr. Amilivia González, Presidente

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 4 de junio 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 21 de octubre 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 D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 954/2008, 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. Pérez Solano.

Primero.- El 23 de noviembre de 2005, D. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas que padece que, según afirma, derivan de la deficiente prestación sanitaria recibida en el Hospital hhhhh de xxxx1.



Expone que ingresó en dicho hospital el 30 de abril de 2003, tras sufrir una caída desde 2 metros de altura, y que fue intervenido quirúrgicamente el 5 de mayo. El 23 de julio de 2003 se diagnosticó "rotura de espesor completo de los tendones del supraespinoso e infraespinoso" -diagnóstico que, según afirma, no se realizó el 30 de abril-, siendo nuevamente intervenido el 24 de noviembre de 2004, produciéndose en esa operación la rotura completa del manguito rotadores, al encontrarse en muy mal estado a consecuencia de la tardanza en ser intervenido.

Considera que se ha producido un error de diagnóstico, al no detectarse en abril de 2003 la rotura que padecía; lo que motivó que no fuera intervenido de forma inmediata, causando así el deterioro del manguito rotadores y su posterior rotura en la intervención del día 24 de noviembre de 2004.

Reclama como indemnización la cantidad de 30.000,00 euros por las secuelas que padece.

Adjunta a su reclamación copia de varios informes médicos.

Segundo.- Obra en el expediente la historia clínica del paciente y los informes del Servicio de Traumatología de 23 de enero de 2006, del Servicio de Admisión de 14 de diciembre de 2006 y de la Inspección Médica de 14 de junio de 2006, así como el dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, de fecha 17 de agosto de 2006 (en adelante, dictamen médico).

Tercero.- Consta en el expediente la interposición, por parte del interesado, de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, su admisión a trámite y la remisión del expediente al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de xxx3 el en abril de 2007. Se desconoce la situación procesal del mismo.

Cuarto.- Concedido el trámite de audiencia, no consta que se haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Quinto.- El 12 de septiembre de 2008 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.



Sexto.- El 19 de septiembre de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden citada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Séptimo.- Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León, de 3 de diciembre de 2008, se acuerda recabar, al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, un informe escrito de institución, entidad o persona con notoria competencia técnica en la materia, sobre aspectos concretos del expediente.

Asimismo, se suspende el plazo para la emisión del dictamen.

Octavo.- El 4 de marzo de 2009, se recibe el informe emitido por médico especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y profesor titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de xxxx2, fechado el 23 de febrero de 2009, en relación con los aspectos concretos del expediente para cuya aclaración se solicitó aquel informe.

Analizado tal informe, se reanuda el plazo para la emisión del 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 (23 de noviembre de 2005) hasta que se formula la propuesta de orden (12 de septiembre de 2008). En particular, llama la atención la inexplicable tardanza -casi un año y medio- en formular la propuesta de orden desde la finalización del trámite de audiencia. Estas circunstancias necesariamente han de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir 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 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.

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 23 de noviembre de 2005, antes de transcurrir un año desde la determinación del alcance de las secuelas (24 de noviembre de 2004).

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.



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 estén 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.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, el reclamante considera que se ha producido un error de diagnóstico al no detectarse, en abril de 2003, la rotura de espesor completo de los tendones del supraespinoso e infraespinoso que padecía. Ello provocó que no fuera intervenido de forma inmediata, sino con



mucha demora, causando así el deterioro del manguito rotadores y su posterior rotura en la intervención practicada el 24 de noviembre de 2004.

De acuerdo con la documentación obrante en el expediente, los hechos por los que se reclama se desarrollaron de la siguiente manera:

El reclamante, nacido en 1943, acude el 30 de abril de 2003, al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxx1, tras haber sufrido una caída desde una altura de dos metros. Tras la realización de los oportunos estudios y pruebas, se diagnostica fractura conminuta abierta tipo I intraarticular olécranon derecho, fracturas transversas apófisis lumbares y policontusiones. Es intervenido quirúrgicamente el 5 de mayo siguiente por fractura abierta grado I conminuta intraarticular olécranon derecho, realizándose reducción abierta más osteosíntesis. Se efectúan revisiones los días 6, 7 y 8 de mayo. Es dado de alta en el Servicio de Traumatología el mismo día 8.

El 5 de junio se le retira el yeso y comienza a mover el brazo. Se le cita en un mes.

El 10 de julio se hace constar en la historia clínica la posible existencia de una rotura del manguito rotador. Se le envía a rehabilitación y se solicita una RMN. La RMN, realizada el 23 de julio, reflejó una rotura de espesor completo de los tendones del supraespinoso e infraespinoso, degeneración del labrum glenoideo anterior, impactación del hueso cortical en el troquíter, moderada artrosis acromio-clavicular, pequeño derrame articular, y lipoma en el seno del músculo deltoides.

El 14 de agosto, diagnosticada la rotura del manguito rotador, se solicita rehabilitación con la indicación de que, en caso de no mejorar, se realizaría una cirugía.

El 11 de septiembre, el Servicio de Traumatología informa de que, al terminar la rehabilitación, se valoraría la necesidad de intervención.

El 9 de octubre de 2003 es incluido en lista de espera quirúrgica con carácter preferente, constando como diagnóstico la rotura del manguito rotador, siendo el procedimiento quirúrgico previsto la corrección y retirada del material de osteosíntesis.



La cirugía se practica el 23 de noviembre de 2004, realizándose retirada de agujas y cerclaje alámbrico a nivel del codo derecho, acromioplastia derecha, y se intenta la sutura del manguito que, al encontrarse en muy mal estado, se desgarró fácilmente al dar los puntos.

Durante los meses de enero, febrero y marzo de 2005 se somete a rehabilitación.

El Equipo de Valoración de Incapacidades califica al reclamante como incapacitado permanente en el grado de incapacidad permanente total (revisable el 7 de octubre de 2007).

Sobre la base de estos hechos, la parte reclamante considera que existió un retraso en el diagnóstico de la rotura del manguito rotador y que esta circunstancia, junto a la tardanza en ser intervenido quirúrgicamente, le ha ocasionado las secuelas que padece. Es preciso analizar separadamente cada una de estas alegaciones.

A) En primer lugar, alega que ha existido un retraso en el diagnóstico de su lesión.

La Inspección Médica manifiesta que la actuación del Servicio de Traumatología fue correcta, ya que realizó las pruebas complementarias necesarias en función de la evolución del paciente. Expone que, ante un traumatismo de hombro, el estudio habitual es el radiológico y no está indicada la realización de un RMN; que esta prueba se indicó posteriormente dada la mala evolución que presentaba el paciente y la limitación que tenía; y que su realización se demoró el tiempo que tardó el paciente en comenzar a mover la articulación del codo y el hombro de forma secundaria (la intervención se practicó el 5 de mayo y la RMN se solicitó el 10 de julio).

El dictamen médico corrobora las manifestaciones anteriores, al descartar la realización de estudios complementarios al radiológico si no existe (como ocurrió en el presente supuesto) una clínica de sospecha.

Estas afirmaciones no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la parte reclamante, que cuestiona la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*.



B) En segundo lugar, considera que la tardanza en ser intervenido quirúrgicamente causó el deterioro del manguito rotador y su posterior rotura en la cirugía practicada el 24 de noviembre de 2004 y, por ende, provocó las secuelas que padece.

Resulta del expediente que el reclamante fue incluido en lista de espera quirúrgica con carácter preferente el 9 de octubre de 2003 y que la cirugía se practicó el 23 de noviembre de 2004, es decir, más de trece meses después.

Las posibles consecuencias de este retraso sobre la lesión del reclamante no son analizadas ni en el informe de la Inspección Médica ni en el dictamen médico.

Sí se pronuncia, sin embargo, sobre esta cuestión el médico especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y profesor titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de xxxx2, en el informe emitido a petición de este Consejo. Así, expone que "la reparación quirúrgica pasados más de 6 meses de la rotura es, según la opinión de la mayoría de los autores, un factor importantísimo en el mal resultado final de las roturas completas traumáticas del manguito de los rotadores". Y concluye afirmando que "de haber sido intervenido en un periodo menor de seis meses de haberse producido la rotura, podría haberse obtenido un mejor resultado", porque se trataba de una rotura traumática, porque el paciente era menor de 65 años y porque, aunque se trataba de una rotura masiva y completa, la rotura primaria aumentó de tamaño con el tiempo de evolución por la presión de la cabeza humeral y por la retracción de los extremos tendinosos del manguito. Además, señala, a diferencia de lo apuntado en el dictamen médico, que no está claro que los antecedentes médicos de hiperuricemia y síndrome tóxico del paciente afectaran al hombro.

A la vista de ello, puede considerarse que el retraso superior a seis meses en la realización de la intervención quirúrgica, fue determinante del mal resultado obtenido en ésta.

Ello obliga a analizar si los perjuicios derivados de esta demora, motivada por la lista de espera, son o no indemnizables, es decir, si, en el caso concreto, soportar o no una lista de espera constituye o no un daño antijurídico.



En este sentido, la Sentencia de 29 de febrero de 2008, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Sala de xxxx2), señala lo siguiente:

“Sobre las denominadas listas de espera, cuya existencia ha de considerarse inevitable, la [Sentencia de la Audiencia Nacional] de 24 de noviembre de 2004 recoge su doctrina -que compartimos- comenzando por citar la Sentencia del Tribunal Supremo, Sección 6ª, de 24 de septiembre de 2001, que declara que `Ello no obsta para dar la razón a la parte recurrente cuando afirma que los medios de la Administración no pueden ser ilimitados. Nadie pretende tal cosa. Ni respecto de la Administración sanitaria, ni respecto de ninguna otra. El llamado régimen ‘de cola’ es criterio -alumbrado de antiguo- que inspira la interpretación aplicativa de la regulación jurídica de los servicios públicos en general, y del servicio público sanitario, en particular. La disponibilidad de medios personales y materiales es siempre limitada, y con ello hay que contar (...). No se trata, pues, de exigir a la Administración que disponga de medios ilimitados -lo que sería antijurídico por ir contra la naturaleza de las cosas y hasta contra el mismo sentido común- sino de probar que los medios materiales y personales disponibles, dentro del sistema estaban operativos y ocupados en atender a pacientes que habían entrado antes en el sistema por ocupar un puesto anterior en la cola`. Posteriormente la [Sentencia de la Audiencia Nacional] que venimos citando reproduce la suya de 31 de mayo de 2000, señalando que `para la prestación del servicio sanitario la Administración tiene un deber de puesta de medios, pero dispone de unos medios materiales y humanos limitados, medios que gestiona y con los que tiene que atender, en función de la organización sanitaria cierto número de beneficiarios. En este contexto la llamada lista de espera es una realidad en sí jurídica y como tal tiene su previsión legal. Así se deduce, por ejemplo, del artículo 16.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación con el artículo 28.2 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, sobre Hospitales gestionados por el Insalud; también se refleja en la Orden Ministerial de 1 de marzo de 1999 o en el acuerdo 4º de la Resolución de 26 de octubre de 1998; es más, algunas normas autonómicas regulan esa realidad como es la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, o la Ley 2/1989, de 1 de abril, del Servicio Aragonés de Salud.

»Que desde la juricidad (sic) de la lista de espera y al margen del reintegro de gastos, en centros privados, cabe entender que serán daños



jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por contra el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada, declarando la [Sentencia del Tribunal Superior de Justicia] de La Rioja, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sentencia de 27 de mayo de 2004, que "En principio debe indicarse que el Sistema de Asistencia Sanitario Público tiene unos recursos limitados que implican la necesidad de existencia de lista de espera, y en principio esta circunstancia no genera responsabilidad patrimonial, siempre y cuando dicha espera deba considerarse razonable y adecuada, para lo cual deberá de atenderse a las circunstancias concretas de cada caso". (...).

Expuesta la doctrina sobre la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria en relación con las denominadas listas de espera, se considera que, en el caso sometido a dictamen, concurre un daño antijurídico, puesto que, a juicio de este Consejo Consultivo, la espera a que se sometió al reclamante tuvo una duración excesiva.

En este sentido, el Plan de reducción de listas de espera 2004-2007, aprobado por el Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, preveía para el año 2004 (fecha de realización de la operación), una demora máxima para listas de espera quirúrgicas de 165 días. Resulta evidente, pues, que se han superado ampliamente estos plazos en el supuesto analizado, ya que, a pesar de tratarse de un caso de carácter preferente, transcurrieron más de 13 meses desde que fue incluido en lista de espera, y casi 11 meses en el año 2004 (frente a los 165 días pretendidos).

Esta circunstancia no ha sido desvirtuada por la Administración, puesto que no ha aportado dato alguno sobre los plazos de espera media para pacientes en el Servicio de Traumatología en el periodo comprendido entre mayo de 2003 y noviembre de 2004, que hubieran permitido apreciar la adecuación del plazo de espera transcurrido.



Puede considerarse, por tanto, que se ha rebasado el límite prudencial exigible a las listas de espera quirúrgicas, máxime cuando se trataba de un caso preferente.

El hecho de que este retraso impidiera obtener un mejor resultado en la intervención practicada, conlleva que deba estimarse la reclamación planteada.

Ahora bien, del informe pericial emitido por la Facultad de Medicina de la Universidad de xxx2, a petición de este Consejo, se infiere que la realización de la cirugía en fecha anterior no hubiera impedido la aparición de secuelas, sino que únicamente hubiera permitido obtener un mejor resultado (ya que se trataba de una rotura completa masiva del manguito de los rotadores, que, en general, tienen peores resultados que las roturas parciales). Considerando estas circunstancias -que las secuelas tienen su origen, en parte por la propia lesión que padecía el paciente y en parte por el retraso en la cirugía-, se estima adecuado ponderar en un 50% la concurrencia de cada una de las causas en las secuelas sufridas.

Ello conlleva una minoración de la responsabilidad de la Administración en un 50% de la valoración total de las secuelas. Por ello la estimación ha de ser parcial.

6ª.- Respecto al importe de la indemnización, el reclamante solicita una cantidad de 30.000,00 euros por las secuelas que padece.

Habida cuenta de que los informes médicos obrantes en la historia clínica no aportan los datos precisos para una valoración de las secuelas, este Consejo Consultivo considera prudente remitir la fijación del *quantum* indemnizatorio a un posterior expediente contradictorio con audiencia del reclamante.

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 estimatoria parcial, en los términos expuestos en el cuerpo de este dictamen, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxx1.

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