



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 3 de diciembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx1 y otros*, 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 noviembre 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. yyyy, en nombre y representación de Dña. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. vvvvv*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de noviembre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 980/2008, 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. Estella Hoyos.

Primero.- Mediante escrito registrado el día 21 de abril de 2006 en la Gerencia de Salud del Área de xxxxx, Dña. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D.



xxxx4, formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano respectivamente.

Solicitan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de D. vvvvv, que atribuyen a la falta de un estudio diagnóstico craneal, examen que hubiera puesto de manifiesto una lesión de la carótida interna izquierda.

Adjuntan a su reclamación informe de autopsia, poder acreditativo de la representación y una copia parcial del libro de familia. No cuantifican el importe de la indemnización solicitada.

Segundo.- Los hechos pueden resumirse de la siguiente forma: D. vvvvv, de 24 años de edad, sufrió el día 19 de abril de 2005 un politraumatismo por una caída de un árbol desde 3 ó 4 metros de altura, siendo atendido por el servicio de emergencias sanitarias del 112, quienes deciden su traslado en helicóptero desde xxxx hasta el Hospital Clínico hhhh1 de xxxx.

En Urgencias es visto por un traumatólogo, quien refiere en la historia clínica que "el paciente está consciente y refiere dolor en hombro izquierdo y no sentir ni mover las piernas". A la exploración, el paciente está eupneico, consciente, orientado y colaborador, con un Glasgow de 15, con paresia a nivel de L1, sin movilidad en las extremidades inferiores, abolición de reflejos rotulianos, aquíleos, anales y dolor en el hombro izquierdo (clavícula con crepitación), dolor costal derecho y esternón, y dolor hipogástrico con defensa. Se realiza un TAC torácico y un TAC de columna dorsal y lumbar, en la que se comprueba la presencia de un hemoconeumotórax derecho, con múltiples imágenes de condensación pulmonar derecha, fractura de arcos costales posteriores derechos de D1 a D8, fractura de 1/3 lateral de clavícula izquierda, fractura de apófisis transversa de L1 y fractura-luxación-estallido de D11-D12, con invasión de canal y traumatismo medular severo.

Tras su valoración, se decide su traslado a quirófano, para ser intervenido ese mismo día de urgencia, practicándose una descompresión medular y estabilización instrumentada de D10 a L2, con artrodesis posterolateral e instrumentación Isola.



Tras la intervención se le traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde, a su ingreso, se hace constar: "Paciente bajo efecto anestesia (...) a la exploración de cabeza y cuello: carótidas isopulsátiles, no soplos, no ingurgitación yugular". Es extubado a las 10 horas del ingreso, presentando nivel de conciencia normal, Glasgow 15, permaneciendo con buenas saturaciones.

El día 21 de abril de 2005 el paciente tiene un infarto cerebral frontal izquierdo con hemiparesia y disminución del nivel de conciencia, diagnosticado por TAC cerebral. El 22 de abril de 2005 se le practica una arteriografía del arco aórtico y ambas carótidas, presentando en la carótida izquierda alteración morfológica similar a la fibrodisplasia, relleno mínimo de la cerebral anterior izquierda y falta de relleno en las ramas silvianas de la cerebral media. Se concluye que "lo más lógico sea pensar en fenómenos embolígenos, con afectación masiva del territorio de arteria cerebral anterior izquierda y edema cerebral".

En esta situación se le practica una "craniectomía descompresiva" como medida para intentar, en último extremo, aliviar la hernia cerebral.

Pese a todas las medidas, desarrolla aumento del edema que ocupa todo el hemisferio izquierdo; el 25 de abril de 2005 da clínica de muerte encefálica y electroencefalograma isoelectrico, diagnosticándose muerte encefálica y procediéndose a la extracción multiorgánica, previa entrevista familiar y autorización judicial.

El informe de autopsia de 4 de mayo de 2005 señala, como causa inmediata de la muerte, un infarto cerebral con muerte encefálica y, como causa fundamental, politraumatismo tras precipitación.

El diagnóstico anatomopatológico emitido por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de zzzzz, con fecha 20 de julio de 2005, es el de "Infarto masivo del hemisferio cerebral izquierdo. Herniación transtentorial y amigdalár. Hemorragia de Duret por enclavamiento", llegando este informe a la conclusión de que la distribución del infarto cerebral sugiere un compromiso de la arteria carótida interna izquierda.

Tercero.- Además de la historia clínica del paciente, al expediente se incorporan, entre otros, los siguientes informes:



- Informe del facultativo especialista del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico hhhh1 de xxxxx que le atendió, fechado el 12 de julio de 2006, en el que se señala: "(...) el paciente fue valorado por nosotros en el Área de Urgencias tras la realización de las pruebas de imagen y exploraciones clínicas pertinentes, para solicitar una cama para el postoperatorio de Traumatología. No existía en ese momento ningún dato clínico en la exploración del paciente (ausencia de cualquier alteración de la exploración del sistema nervioso central, a excepción de paraplejía traumática) que justificara la realización de nuevas pruebas tomográficas y que, en el caso de haberse realizado, no hubiera detectado la anomalía anatómica en las arterias carótidas que se señala en el informe".

- Informe de un segundo facultativo especialista del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico hhhh1 de xxxxx, de fecha 7 de julio de 2006, en el que manifiesta: "(...) no se le realizó TAC cerebral al ingreso al no existir ningún dato clínico que lo justificara y, aunque se le hubiera realizado, no se hubiera detectado la anomalía anatómica en su arteria carótida izquierda, probable causante del fenómeno embolígeno inesperable que condujo al infarto cerebral responsable de su óbito".

- Informe de una médica del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico hhhh1 de xxxxx, fechado el 11 de julio de 2006, en el que realiza las siguientes consideraciones: "(...) ante el progresivo y rápido deterioro del paciente y el aumento de la lesión hemisférica en TAC, se propuso craniectomía descompresiva como medida para intentar, en último extremo, aliviar la hernia cerebral. Este tipo de medidas se adopta en casos extremos de lesión hemisférica de diversas etiologías, para tratar no la causa, sino la consecuencia del efecto masa del hemisferio dañado. De hecho, es una medida aceptada en casos diversos de patología traumática y vascular, cuando fracasan otras medidas médicas de primer orden. Obviamente, la información que se da a las familias antes de adoptar estas medidas es la de la gravedad de la situación, que obliga a tomar actitudes que pueden considerarse más drásticas y de eficacia limitada".

- Informe emitido por la Inspección Médica de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, de 11 de diciembre de 2006, en el que se expone:



“(…) Según el reclamante, la relación de causalidad se produce al no realizarse al accidentado en un primer momento “la práctica de pruebas diagnósticas a nivel craneal que hubiesen detectado con mayor antelación la lesión de la carótida interna izquierda.

»Pero el paciente fue valorado en urgencias (folio 61 de historia clínica) como: ‘cabeza y cuello normal, inmovilizado por collar cervical’. Siendo valorado en Urgencias también por los intensivistas y los traumatólogos no existiendo en ese momento ningún dato clínico en la exploración del paciente que justificara dicho estudio tomográfico a nivel craneal (folios 25 y 34).

»Cuando vuelve el día 19 de quirófano a cuidados intensivos leemos ‘a la exploración de cabeza y cuello: carótidas isopulsátiles, no soplos, no ingurgitación yugular’ (folio 65).

»En el folio 19 vemos en la hoja de enfermería del día 20-4-05: ‘consciente, orientado, colaborante’.

»(…) Es sólo a partir del día 21 cuando el paciente presenta sintomatología cerebral, con disminución del nivel de conciencia y hemiparesia, realizándose entonces un TAC cerebral y una arteriografía que concluye que ‘lo más lógico sea pensar en fenómenos embolígenos, con afectación masiva del territorio de la arteria cerebral anterior izquierda y edema cerebral’.

»Es decir, estamos ante una complicación tardía de su trauma torácico y no ante un traumatismo cerebral por lo que la práctica de pruebas diagnósticas a nivel craneal en el momento del ingreso no habría detectado la patología embolígena que condujo al infarto cerebral, ya que aún no se había producido y por tanto no se habría alterado el curso de los acontecimientos”.

- Informe médico pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora sssss, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1.- Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo en este paciente fueron totalmente correctas.



»2.- El paciente sufrió un infarto cerebral de forma diferida, cuya causa no ha sido establecida con certeza, pero que se sospecha fue debido a embolismo.

»3.- El TAC craneal inicial a su llegada a Urgencias no tenía indicación absoluta, dada la ausencia de signos o síntomas neurológicos y el nivel de consciencia totalmente normal.

»4.- El TAC craneal inicial no habría diagnosticado ninguna lesión arterial intracraneal.

»5.- Aún si se hubiese realizado un TAC craneal inicial, éste no habría prevenido la aparición de un infarto cerebral por émbolo, y por lo tanto no habría influido en el mal pronóstico del paciente”.

Cuarto.- Consta en el expediente la interposición del Recurso Contencioso-Administrativo 121/2007 ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de xxxxx, contra la desestimación presunta de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Quinto.- Mediante escrito notificado el 18 de junio de 2007, se concede trámite de audiencia a la parte reclamante, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, sin que, en el plazo concedido, se hayan presentado alegaciones.

Sexto.- El 18 de agosto de 2008 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Séptimo.- El 26 de agosto de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de resolución indicada.

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



II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (el 21 de abril de 2006) hasta que se formula la propuesta de resolución (el 26 de agosto de 2007). 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 otro lado se reitera la necesidad de nombrar e identificar al instructor del procedimiento, conforme a las reglas generales del procedimiento administrativo, con el objeto de no provocar indefensión a la parte reclamante, que puede desconocer a quién dirigirse. Además, la omisión podría limitar derechos y garantías, como la eventual posibilidad de recusar al instructor.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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 el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



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

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la 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.

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.- El expediente sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. 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 hijo y hermano fallecido, D. vvvvv.

Los interesados han 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, 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.- En cuanto al fondo del asunto, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios, que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en su Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una «obligación de medios», es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".



En ese mismo sentido se pronuncia el Alto Tribunal, entre otras, en Sentencias de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 o 4 de abril de 2000. Esta última Sentencia señala: "El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado".

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que "aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.



»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso sometido a dictamen, es preciso establecer si ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc*, entendida en los términos expuestos, como punto de partida necesario para determinar si se trata de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración Autónoma.

La reclamación formulada por los padres y hermanos del fallecido atribuye a la Administración Sanitaria una deficiente asistencia, al considerar que la muerte de D. vvvvv se produjo por la falta de un estudio diagnóstico craneal, que si se hubiera realizado hubiera mostrado una lesión en la carótida interna izquierda.



Los numerosos informes médicos de los especialistas intervinientes en el proceso asistencial, coinciden en que D. vvvvv estuvo consciente, orientado y colaborador, sin signos clínicos de daño cerebral que sugirieran patología a este nivel, durante los dos primeros días; no siendo hasta el 21 de abril de 2005 - dos días después del accidente- cuando mostró un empeoramiento de su estado de conciencia.

Por ello la cuestión debe centrarse en conocer si, a pesar de no existir signos que hicieran sospechar una patología cerebral, estaba indicada la realización de pruebas diagnósticas con el fin de detectar precozmente un infarto cerebral por émbolo. En definitiva, si, conforme a los protocolos médicos y la práctica habitual en ese tipo de situaciones y ante la clínica presentada, se actuó correctamente al no realizar dichas pruebas; o si, por el contrario, se infringió la *lex artis ad hoc*.

La carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, con 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 de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La Administración, por su parte, deberá probar los hechos que, en su caso, desvirtúen los alegados.

La parte reclamante no ha probado la necesidad de un tratamiento diagnóstico especial para la zona craneal, ni que el mismo hubiera evitado el infarto cerebral y el fallecimiento del paciente.

Por otro lado, los informes médicos existentes en el expediente son unánimes al considerar que no estaba indicada, ni era necesaria la realización de más pruebas que las que se hicieron, dado que sin la presencia de síntomas o signos neurológicos, estas pruebas no están indicadas. Además de ello, la hipotética práctica de este estudio diagnóstico no hubiera detectado la patología embolígena que condujo al infarto cerebral, no influyendo en el mal pronóstico del paciente.

Por todo ello, se puede concluir que la atención médica recibida por el paciente se ajustó a la *lex artis*, según el estado de la ciencia y técnica médica,



careciendo el daño del necesario contenido antijurídico, por lo que debe desestimarse la reclamación presentada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte reclamante 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 D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxx1, D. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. vvvvv.

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