



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 23 de septiembre de 2010, 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 30 de agosto de 2010 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 por una unidad móvil de la empresa qqqq S.L.U. concertada por la Administración Sanitaria en xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de septiembre de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 983/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, 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 7 de junio de 2007 D. xxxxx presenta en el registro del Hospital hhhh1 de xxxx1 una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Sanitaria, debido a las complicaciones surgidas tras una



extravasación del contraste durante la realización de un TAC que derivó en una trombosis, de la que el paciente evolucionó favorablemente.

En su escrito expone: “Con fecha 14 de noviembre de 2006 me realizaron un TAC con contraste iv que me provocó una trombosis de una rama venosa interna desde codo hasta axila, venas axilares y subclavia permeables, así como un marcado edema en tejido celular subcutáneo de antebrazo, por lo que fui ingresado en el servicio de medicina interna desde le día 14 de noviembre de 2006 hasta el día 17 de noviembre de dicho año.

»Una vez me dieron de alta hospitalaria, tuve que llevar tratamiento de Sintrom y controles médicos habituales hasta el 14 de marzo de 2007 en el que me dieron de alta médica definitiva”.

Considera que la trombosis fue producida por una mala actuación de los sanitarios que le realizaron el TAC y reclama por los daños causados una indemnización total de 3.700 euros.

Segundo.- Obra en el expediente, además de la historia clínica, informe de la Directora Médica de qqqqq de 16 de julio de 2007, copia del Protocolo de actuación en caso de extravasación del contraste e informe de la Inspección Médica de 12 de junio de 2008, que concluye que en todo momento el paciente recibió asistencia sanitaria correcta y de acuerdo a protocolo, sin que persistan secuelas de estos hechos.

Asimismo consta en el expediente escrito Del Jefe de Servicio de Inspección de 29 de agosto de 2008, en el que comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Tercero.- Mediante escrito de 22 de enero de 2010, notificado el día 26, se concede trámite de audiencia al reclamante, quien el 8 de febrero presenta alegaciones en las que señala que en el consentimiento informado no consta el riesgo de trombosis ni tampoco el de extravasación. Así mismo indica que en su caso no se siguió el protocolo de actuación ante la extravasación, por lo que reitera pretensión indemnizatoria.



Mediante escrito de 15 de febrero de 2010 se concede trámite de audiencia a la empresa qqqqq S.L.U., que el 16 de marzo alega que no existe descrita esa complicación en la literatura médica como asociada a la extravasación de contraste. Considera que las circunstancias del paciente, conocidas con posterioridad, conllevaban a una predisposición de la trombofilia, puesto que el paciente ha resultado ser heterocigoto C677T.

Cuarto.- El 7 de junio de 2010 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden estimatoria parcial de la reclamación presentada y reconoce al interesado una indemnización de 1.500 euros.

Quinto.- El 12 de agosto de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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 (7 de junio de 2007) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de junio de 2010). Esta circunstancia necesariamente ha 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 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.

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 presenta el 7 de junio de 2007, es decir, antes de transcurrir un año desde que tuvo lugar el alta médica, que tuvo lugar el 14 de marzo de 2007.

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 la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula 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 aquel 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, que está, 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.

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 es necesario analizar si la asistencia sanitaria recibida por el paciente se ajustó a la *lex artis*, pues éste fundamenta su reclamación en una mala actuación de los sanitarios que le practicaron el TAC, a consecuencia de la cual sufrió una trombosis.

El informe de la Directora Médica de qqqqq de 16 de julio de 2007 señala que "la extravasación de contraste es una complicación derivada del uso de las bombas de inyección que puede ocurrir incluso con el correcto manejo de éstas y su incidencia está descrita en la literatura entre un 0,03-0,9% de pacientes a los que se les realiza la exploración con contraste iv. La aparición de esta complicación no implica mal uso de la bomba, fallo en el manejo de la vía venosa ni mala actuación del personal sanitario.



»La extravasación de contraste es más habitual en pacientes que presentan una serie de factores de riesgo (pacientes no colaboradores, antecedentes de patología circulatoria en esa extremidad, pacientes oncológicos, empleo de agujas metálicas) aunque puede darse en pacientes que no reúnan estas condiciones.

»En la unidad móvil se extreman de modo habitual las precauciones para evitar esta complicación y existe un protocolo escrito de actuación en caso de extravasación de contraste que se siguió en el caso de este paciente”.

El informe de la Inspección Médica de 12 de junio de 2008 señala en sus conclusiones: “A pesar de no haber encontrado en la bibliografía consultada la TPV como lesión y/o complicación de las extravasaciones de medios de contraste la relación temporal es clara. En su patogenia podemos encontrar diversos factores como son: el factor de riesgo de daño endotelial que supone la canalización de una vía, la acción directa del medio de contraste sobre la sangre y el endotelio y/o la compresión mecánica que provoca la extravasación.

»La extravasación es una complicación bien conocida de la administración intravenosa de medio de contraste, que ocurre incluso cuando se utilizan técnicas apropiadas de inyección intravenosa. Su incidencia es del 0,25 al 0,9%.

»En todo momento el paciente recibió asistencia sanitaria correcta y de acuerdo a protocolo. No consta que persistan secuelas de estos hechos”.

El paciente presentó inflamación, enrojecimiento y sensación de pesadez en el antebrazo de la extremidad en la cual se había canalizado la vía periférica y puesto el contraste, a pesar de las medidas físicas establecidas según el protocolo. El paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1.

De todo lo expuesto cabe apreciar una adecuada *praxis* médica, por lo que no cabe exigir responsabilidad a la Administración Sanitaria. Además hay que destacar que era heterocigoto C677T, aunque en el momento de practicarse el TAC el paciente no lo sabía, tal y como consta acreditado en el expediente, lo cual podría llevar implícita una predisposición a la trombofilia.



Sobre los antecedentes médicos del paciente y su posible influencia en el tratamiento sanitario recibido cabe citar la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de julio de 2001, que señala: "Se puede deducir, en conclusión y conforme a lo razonado en la Sentencia de instancia, que las lesiones aquí cuestionadas no tienen su origen en la forma en que se prestó la asistencia sanitaria, siendo, en cierto modo, inherentes y derivadas de la propia patología del enfermo. No existiendo, en consecuencia, la relación de causalidad directa e inmediata que se pretende. Debe recordarse a este respecto que ya la Ley 30/92, en su primitiva redacción señalaba en el art. 141.1 que «solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley»".

Por otra parte, en el escrito de alegaciones del reclamante -que no en su reclamación inicial- se hace referencia a que el consentimiento informado que recibió era incompleto, puesto que no constan en el documento que firmó ni el riesgo de extravasación ni el de trombosis.

En relación con este extremo hay que poner de manifiesto que es en la reclamación cuando debe dejarse constancia de las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica y el momento en que la lesión se produjo; y en el trámite de audiencia, a la vista de los documentos y pruebas practicadas, cuando deben formularse las alegaciones sobre lo reclamado sin añadir ninguna pretensión diferente a la inicialmente propuesta, a no ser que se deduzca de documentos incorporados con posterioridad y desconocidos en un primer momento por el interesado.

No obstante debe analizarse si el consentimiento informado que recibió el paciente era adecuado.

Respecto al consentimiento informado, ha de recordarse que existe una normativa clara al respecto, relativa a cuándo y cómo debe ser emitido. En concreto, el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dispone:

"1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la



información prevista en el artículo 4 haya valorado las opciones propias del caso.

»2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

»3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”.

Asimismo, el artículo 10 establece:

“1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

»a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

»b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

»c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

»d) Las contraindicaciones”.

Igualmente, el artículo 34 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, refleja como contenido del consentimiento informado el siguiente: “identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización, riesgos relacionados con las



circunstancias personales o profesionales del paciente y riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención”.

Respecto a la jurisprudencia, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en Sentencia de 4 abril 2000, señala que para el enjuiciamiento de estos casos, “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.

»En cuanto al 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 Española, 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 artículo 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 los 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 del 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 diciendo: "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.

También la Sentencia el Tribunal Supremo de 26 de febrero de 2004 señala que "aun 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 pronuncian las Sentencias de 20 de septiembre de 2005 (que 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”) y 4 de abril de 2006.

Por último, resulta interesante para el presente caso, aludir a la Sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 23 de mayo de 2005, que se refiere a un supuesto en el que existía consentimiento informado, pero los términos en que se había producido no fueron los adecuados en el sentido de informar la concreta secuela posible. Concretamente señala:

“Es innegable que ha existido consentimiento informado, más dados los términos en que el mismo se ha producido, no existe la prueba concluyente de que fuese adecuado, en el sentido de informar la concreta secuela posible y frecuente a derivar de la intervención, con lo que el consentimiento prestado a ésta se presenta viciado por una insuficiente información que ha mermado la posibilidad de elegir otras posibles opciones, incluida la no intervención, si ello era posible, falta de información que, conforme a la doctrina jurisprudencial que se cita en el propio informe jurídico de la Comisión Asesora de la DGA, viene a considerarse como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario, que genera un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000), y que, por tanto, da lugar a responsabilidad patrimonial de la Administración demandada”.

Aplicado lo anterior al presente caso, debe realizarse un estudio detallado tanto de la historia clínica como de las propias alegaciones de la parte reclamante y de los distintos informes médicos emitidos a lo largo del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Así, en la historia clínica del paciente figura, entre otros, el consentimiento informado para la administración del contraste yodado, firmado el 14 de noviembre de 2006. En este documento se indican los efectos adversos que puede derivarse de la inyección intravenosa de contraste, explicando que en ocasiones pueden ser muy graves y excepcionalmente mortales.



Al respecto, no ha quedado acreditado el origen de la trombosis sufrida por el paciente, esto es, si dicha dolencia está relacionada con la intervención realizada o es inherente a la propia situación del enfermo, que es heterocigoto C677T, lo que podría llevar implícita una predisposición a la trombofilia. No obstante, en el supuesto de considerar que la parálisis guarda relación con la intervención realizada, ha de señalarse que dicho riesgo no tiene el carácter de típico, tal y como se afirma en el informe de la Inspección Médica.

Por tanto, dado el carácter de la complicación sufrida por la parte reclamante, el hecho de que no fuera informada de ella a través del documento del consentimiento informado, ni tampoco de forma verbal, no determina que no se esté en presencia de un consentimiento viciado, puesto que los términos en que se ha producido fueron los adecuados de acuerdo con la legislación referida, al no existir obligación legal de informar de riesgos de carácter improbables, a la vista de su rareza.

A la luz de todo lo anterior y al acoger dichos argumentos, ha de entenderse que se prestó una asistencia médica correcta y que el daño invocado, por no tener la consideración de antijurídico, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

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. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada por una unidad móvil de la empresa qqqq S.L.U. concertada por la Administración Sanitaria en xxxx1.

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