



Sr. Amilivia González, Presidente en funciones

Sr. Rey Martínez, Consejero
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero y Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 14 de marzo de 2012, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1*, 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 16 de febrero de 2012 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. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa, Dña. xxxx2, ya fallecida, en el Hospital hhhh.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 20 de febrero de 2012, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 115/2012, 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 Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 26 de abril de 2010 tiene entrada en el registro único de la Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue



prestada a su esposa ya fallecida Dña. xxxx2, de 60 años de edad, en el Hospital hhhh.

En su escrito expone: “El día 25 de julio del año 2009 Dña. xxxx2 acudió con quien suscribe a Urgencias del Hospital hhhh a fin de instalarle un catéter provisional, dado que el que tenía instalado estaba desplazado o se había salido de su lugar, y ello por su padecimiento de insuficiencia renal que le hace depender de hemodiálisis, a cuyo efecto proceden a instalarle uno provisional, remitiéndole a su domicilio ese mismo día y manifestándole los facultativos, que el próximo lunes, día 27, tiene que comparecer en el Hospital para la práctica instalación definitiva del catéter.

»Tal y como estaba previsto el lunes 27 de julio de 2009 acudió a la cita de la instalación definitiva del catéter, resultando al poco de esa intervención su fallecimiento.

»Absolutamente perplejo por esa circunstancia informada por los doctores correspondientes, solicito explicaciones a los mismos sobre el fatal acontecimiento, manifestándome que no se explicaban el fallecimiento y que en realidad no sabían que había sucedido, desconociendo el origen de la muerte”.

Fundamenta su reclamación en una mala *praxis* médica, puesto que antes de la implantación del catéter se realizó a la paciente un estudio analítico pero no cardio-respiratorio, que sería el adecuado atendiendo a los antecedentes que presentaba, amiloidosis y síndrome hepato-renal derivado de su hepatitis C, por lo que no pudo diagnosticarse la existencia de la patología cardíaca severa que posteriormente se apreció en la autopsia y que se tenía que haber tenido en cuenta para la implantación del catéter. Además se refiere a una falta de consentimiento informado de la paciente sobre los riesgos de la intervención.

Adjunta a la reclamación certificados del acta de matrimonio, de la defunción de su esposa y de sus últimas voluntades, copia simple de su testamento y de las liquidaciones del impuesto de sucesiones, diligencias previas de los Juzgado de Instrucción nº 1 y 2 de xxxx, que incluyen informe del médico forense, copias de las analíticas, informe médico histórico de la paciente, informe pericial de un especialista en medicina legal y forense y copia del documento que acredita que la fallecida percibía una pensión por gran invalidez de 819,83 euros mensuales.



Reclama una indemnización total de 250.776,00 euros de los cuales 106.000,00 euros corresponden al fallecimiento de su esposa, 114.776,00 euros al lucro cesante y 30.000,00 euros al daño moral.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informe del médico adjunto, de la médico residente y del Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital hhhh de 11, 22 y 23 de junio de 2010 respectivamente, así como informe de la Inspección Médica de 18 de diciembre de 2010 que concluye que “En el procedimiento para la implantación del catéter venoso central a Dña. (...) se han seguido las normas establecidas en el Servicio de Medicina Intensiva para colocación de CVC.

»Se había informado a la paciente de la técnica, riesgos y complicaciones que pudieran surgir derivadas de la realización del procedimiento y de la propia enfermedad del paciente.

»La implantación del CVC era totalmente necesaria y urgente para realizar el tratamiento de hemodiálisis que era vital para la paciente”.

Tercero.- Consta en el expediente documentación acreditativa de haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de xxxx.

Obra asimismo escrito de 23 de mayo de 2011 del Jefe de Servicio de Inspección, en el que comunica el rechazo de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia al reclamante, éste presenta el 17 de junio alegaciones en las que reitera lo expuesto en su reclamación.

Trasladadas las citadas alegaciones a la Inspección Médica, ésta emite el 29 de junio de 2011 informe en el que se ratifica en lo expuesto en su anterior informe de 18 de diciembre de 2010.

Quinto.- El 30 de noviembre la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.



Sexto.- El 30 de diciembre de 2011 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 (26 de abril de 2010) hasta que se formula la propuesta de orden (30 de noviembre de 2011). 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 el 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.

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 (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 aquél 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 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), 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, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

En primer lugar ha de analizarse si la paciente recibió información adecuada sobre la intervención quirúrgica a que iba a ser sometida y sobre las posibles complicaciones derivadas de aquélla.

En el expediente figura un consentimiento informado, firmado por el esposo de la fallecida el mismo día de la intervención a la que fue sometida, en el que se hace constar que la técnica a aplicar -implantación de un catéter- implica un riesgo por diversas complicaciones derivadas del procedimiento y de la enfermedad de la paciente y se señalan entre las posibles complicaciones: "hemorragia interna o externa, hematomas, embolismo, arritmias, tromboflebitis, infecciones, emigración del catéter, que en ocasiones pueden resultar graves o fatales". Asimismo se indica que en alguna ocasión se fracasa en la colocación del catéter por diversos motivos.

El informe emitido por la médico residente del Servicio de Medicina Interna de 22 de junio de 2010 expone que, antes de la implantación del catéter, se cercioraron de que el consentimiento estaba debidamente firmado y, tras trasladar a la paciente desde el Servicio de Nefrología, en el que recibía la hemodiálisis, se le informó a ésta personalmente de la técnica a realizar así como de sus riesgos, ante lo que la paciente manifestó que entendía perfectamente la técnica y era consciente de sus posibles complicaciones. Del mismo modo los nefrólogos que la trataban, por tener que recibir hemodiálisis, le informaron previamente del procedimiento a que iba a ser sometida.



El informe de la Inspección Médica de 18 de diciembre de 2010 señala que se había informado a la paciente de la técnica, riesgos y complicaciones que pudieran surgir derivadas de la realización del procedimiento y de su propia enfermedad, así como que la implantación del catéter cardiovascular era totalmente necesaria y urgente para realizar el tratamiento de hemodiálisis que era vital para la paciente, por lo que no había otras alternativas.

El artículo 3 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, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.”

El artículo 5.1 dispone que el titular del derecho a la información es el paciente y que también pueden ser informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. El apartado 3 del mismo artículo señala: “Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.

Al respecto ha de recordarse la doctrina sentada por el Tribunal Supremo (Sentencia de 2 de noviembre de 2007, entre otras): “Como señala la Sentencia de 20 de abril de 2005, con referencia a la de 4 de abril de 2000, “toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias, y entre otros aspectos, derecho a que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados información completa y continuada verbal o escrita sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento de conformidad con lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad vigente en el momento de la realización de la prueba, así como a la libre elección entre las opciones que le presenta el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, de conformidad con lo que dispone el apartado 6 de dicho precepto excepto, entre otros casos que ahora no interesan, cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo supuesto,



el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas; y, finalmente, a que quede constancia por escrito de todo su proceso”.

En el escrito de alegaciones expone que la paciente se encontraba en plenas facultades, por lo que podía haber firmado ella el consentimiento y no su esposo, si bien consta a lo largo de la historia clínica que la paciente fue adecuadamente informada de las complicaciones y riesgos de la implantación del catéter que, como se ha señalado, era urgente para garantizar su vida, puesto que resultaba indispensable para seguir recibiendo el tratamiento de hemodiálisis, sin que existiera otra alternativa.

A la hora de interpretar la firma del consentimiento informado por los familiares del paciente en aquellos casos en que éste no pueda firmar debido a la carencia de capacidad para entender la información, hay que señalar que dicha carencia no se limita únicamente a una incapacidad física o psíquica, sino a la imposibilidad de entender en ese momento el alcance de la información por el nerviosismo, patología o malestar que presenta el paciente, así como por la urgencia de la intervención o tratamiento a realizar cuando es determinante para la vida de éste. Y en estos casos no se considera que el consentimiento informado firmado por un familiar no sea válido.

En este sentido cabe señalar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 9 de diciembre de 2010, según la cual: “Dicho modo de actuar está avalado legalmente, pues con arreglo al artículo 5.3 de la Ley 41/2002 `Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho`, mientras que para ese caso permite la prestación de consentimiento por representación el artículo 9.3.a de la misma Ley 41/2002, sin que sea difícil deducir el estado de tensión y nerviosismo, aparte de afectación física y psíquica, en que debía de hallarse la señora Angélica el mismo día 29 de enero, dada la gravedad del cuadro patológico que presentaba, que indudablemente podía comprometer su vida, debiendo mitigarse en este caso la rigurosidad de la exigencia, como hemos aclarado anteriormente.

»De todos modos, también existen datos que permiten deducir la previa información verbal completa que la paciente había recibido, tal como autoriza como regla general el artículo 4.1 de la Ley 41/2001, pues a los folios



270 y 271 del expediente figura informe de 14 de septiembre de 2006 del jefe de sección de cirugía general en el que se hace constar que tras la biopsia y emisión del diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides la paciente fue enviada al servicio de cirugía general para ser intervenida, previa información sobre las consecuencias que tiene la cirugía, siendo informada igualmente, en la consulta de cirugía general, sobre todas las dificultades de la cirugía tiroidea en una paciente previamente operada y con cáncer de tiroides, aclarando que firmó el documento su compañero o marido don Hermenegildo con su consentimiento, en presencia de dos cirujanos y una ATS, dato este último que, pese a que es puesto en duda en el escrito formalizador del recurso de apelación, no ha resultado contradicho por prueba fehaciente en contra”.

Por todo lo expuesto, a la vista de las actuaciones obrantes en el expediente, resulta debidamente acreditado que la paciente recibió información sobre la intervención a la que iba a ser sometida y sus posibles riesgos, así como la existencia de un consentimiento informado en el que se exponían las complicaciones derivadas de la implantación del catéter, firmado el mismo día de la intervención por el esposo de la fallecida.

En segundo lugar, en relación con la asistencia médica prestada a la paciente, de los informes obrantes en el expediente se deduce que la técnica se realizó de forma correcta y siguiendo los protocolos establecidos al respecto. El informe de la médico residente del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario describe cómo se llevó a cabo la inserción del catéter según la técnica utilizada habitualmente por lo que se inició el procedimiento en yugular derecha y, tras dos intentos fallidos, se cambió de lado a yugular izquierda, procedimiento habitual y que se describe en el consentimiento informado firmado. Se canaliza la vía central sin incidencia, por la que reflúa la sangre normalmente, y no se objetivó hematoma cervical.

El informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva indica que la norma general es que los CVC y otros catéteres centrales se coloquen por médicos residentes quienes empiezan el aprendizaje de estas técnicas el primer año. En este caso la médico que procedió a la implantación del catéter era una residente del tercer año y por lo tanto con tiempo suficiente para desarrollar esa técnica dentro de la progresiva asunción de responsabilidades que se efectúan durante su formación. Se añade en el informe que el catéter se colocó



de forma correcta y que su longitud no podía llegar a la válvula tricúspide, ni generar arritmias cardíacas.

El informe de la Inspección Médica concluye que el tratamiento indicado a la paciente, a la vista de los antecedentes que presentaba, es el adecuado y no había otra alternativa, dado que la implantación del CVC era totalmente urgente y necesaria para seguir recibiendo el tratamiento de hemodiálisis vital para ella.

Respecto a la falta de un estudio cardio-respiratorio alegado por el reclamante, el informe de la Inspección Médica señala que "La paciente no había presentado episodios previos de angor, disnea o cuadros sincopales que hubiesen podido sugerir una situación de isquemia miocárdica.

»Se habían realizado pruebas cardiológicas completas a la paciente seis meses antes, no pudiéndose realizar pruebas con contraste debido a la situación de insuficiencia renal terminal que presentaba la paciente".

El informe de la autopsia de 2 de marzo de 2010 concluye que la muerte fue natural y su causa inmediata una parada cardíaca derivada de la aterosclerosis coronaria que presentaba.

El informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva señala que "(...) estos catéteres se colocan en pacientes con estas patologías, las que por cierto conocíamos y en otras más graves. Las pruebas que se efectuasen y sus resultados no contraindicarían su colocación pues la diálisis era imprescindible para su supervivencia. Por lo tanto, no procedía la petición de nuevas pruebas en la paciente, conociendo además las previas.

»Por todo lo anterior quiero concluir que la colocación del catéter era urgente y que se efectuó siguiendo las normas del Servicio, que implican su colocación del dispositivo dentro de la UVI que es el lugar más adecuado para tratar las complicaciones que puedan presentarse".

Así pues, considera que no cabe hablar de una mala *praxis* y mantiene que se han puesto todos los medios humanos y materiales disponibles en cada momento.



En este caso no nacería obligación resarcitoria alguna por parte de la Administración al derivar el resultado lesivo de la patología presentada -que rompe el nexo de causalidad entre los daños sufridos y la actuación de los servicios médicos sanitarios-, por lo que no procede la indemnización. La jurisprudencia señala que cuando la lesión deriva exclusivamente de la patología que presenta el paciente, como ocurre en el presente caso, no nace el deber indemnizatorio de la Administración Sanitaria.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de julio de 2001 señala al respecto: "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 existe, en consecuencia, la relación de causalidad directa e inmediata que se pretende. Debe recordarse a este respecto que ya la Ley 30/1992, en su primitiva redacción señalaba en el artículo 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".

A la luz de todo lo expuesto, dado que de los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente se deduce asistencia médica prestada fue correcta y debidamente informada, debe entenderse que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que los interesados han 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 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa Dña. xxxx2, ya fallecida, en el Hospital hhhh.

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