CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente y Ponente

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

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 13 de junio de 2013, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx y D. xxxx1, D. xxxx2 y D. xxxx3, representados por D. yyyy,* 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 23 de mayo de 2013 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx y D. xxxx1 y D. xxxx2, representados por D. yyyy, y por D. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxx4 en el Hospital hhhh de xxxx1 (xxxx2).*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 27 de mayo de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 438/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 55 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Decreto 17/2012, de 3 de mayo. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Amilivia González.

Primero.- El 29 de febrero de 2012 Dña. xxxx, D. xxxx1 y D. xxxx2, representados por D. yyyy, y D. xxxx3 actuando en nombre propio, presentan

una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de D. xxxx4, esposo y padre, respectivamente, de los reclamantes, que atribuyen a una incorrecta asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1, al que D. xxxx3 acudió los días 19 y 20 de marzo de 2011, la cual derivó en un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la rotura de aneurisma de aorta abdominal que presentaba el paciente.

Señalan en su escrito que "(…) en la primera asistencia prestada se produjo un diagnóstico erróneo `cólico renal no complicado´, lo que, sin duda, debe entenderse como una conclusión precipitada, habida cuenta de que los medios diagnósticos inicialmente utilizados (radiografía simple de abdomen y la tira reactiva de orina de la analítica efectuada), no objetivaron en modo alguno la existencia de cólico renal, de modo que ante la sintomatología del paciente y no apareciendo hallazgo alguno que evidenciara tal diagnóstico de cólico renal, debieron practicarse otras pruebas complementarias de diagnóstico diferencial, como son la ecografía o el TAC que son exploraciones fáciles y rápidas de realizar en un Hospital y que hubieran conducido al diagnóstico certero tardíamente obtenido del aneurisma de arteria aorta abdominal.

»Incluso tras el segundo ingreso en Urgencias, realizado a las 01:18 horas de la madrugada del día 20.03.2011 (donde la clínica presentada de dolor de gran intensidad, aspecto depauperado, etc., evidenciaba que el diagnóstico y tratamiento pautado al paciente no producían mejoría alguna, sino que por contra la evolución experimentada era de grave empeoramiento de su estado de salud), tampoco se actuó diligentemente, limitándose a administrarle buscapina y a mantenerle boca abajo en una camilla, y posteriormente, a las 1:40 horas, tras detectar una hipotensión arterial de 42/28 (incompatible con la vida), a administrarle suero `a chorro´ y, sólo tras la insistencia de la esposa allí presente, que `veía morir´ a su marido, se decidió realizarle la ecografía abdominal que detectó el aneurisma de aorta abdominal y seguidamente el TAC que confirmó dicho diagnóstico, tardándose hora y media hasta la entrada del enfermo en quirófano (03:05 h).

»Se trata, por tanto, de un retraso injustificable en la adopción de las medidas eficaces que la situación requería en esta segunda atención, constatados los alarmantes datos precedentes que evidenciaban una urgencia extrema, pese a lo cual se demoró 90 minutos la entrada en quirófano, retraso

que provocó la rotura del aneurisma, practicándose la intervención en unas condiciones de extrema gravedad lo que provocó el fallecimiento del paciente en el quirófano".

Solicitan una indemnización total de 123.921,99 euros, de los que 108.846,49 euros resultan de la aplicación del baremo establecido en la normativa sobre seguro de circulación para las indemnizaciones básicas por muerte y 15.075,50 euros corresponden a lesiones permanentes, en atención al trastorno depresivo que padecen tanto la esposa como uno de los hijos del fallecido.

Acompañan a la reclamación copia de la documentación acreditativa de la representación, del Libro de Familia, del certificado de defunción, de diversa documentación clínica sobre la asistencia recibida por el fallecido, de informe pericial sobre la causa del daño de 9 de febrero de 2012 y de informes médicos sobre las patologías padecidas por Dña. xxxx y D. xxxx1 tras el fallecimiento.

Segundo.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica, informes del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo y del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1, de 24 y 27 de abril de 2012, respectivamente, informe de la Inspección Médica de 28 de septiembre de 2012 e informe emitido a instancia de la compañía aseguradora el 24 de enero de 2013.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia el 21 de febrero de 2013, los reclamantes presentan el 8 de marzo alegaciones en las que reiteran la pretensión y comunican la interposición de recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de xxxx2.

Cuarto.- El 2 de abril se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.-El 17 de abril de 2013 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la referida propuesta.

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 Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f), del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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 (29 de febrero de 2012) hasta que se formula la propuesta de orden (2 de abril de 2013). 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y se ha acreditado la representación en los términos por ella establecidos. 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, 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, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada, ya que, de la documentación obrante en el expediente, se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

Es necesario destacar que, como se ha señalado, al tratarse de responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Sobre la base del informe pericial que acompañan a la reclamación, los interesados centran su pretensión en dos cuestiones. En la primera atención prestada en el Servicio de Urgencias, la existencia de un diagnóstico erróneo inicial de cólico renal no complicado, a causa de no haber realizado un diagnóstico diferencial correcto a través de una ecografía o TAC. En la segunda atención, refieren un retraso incomprensible en la toma de medidas eficaces, pese a existir datos de urgencia extrema con una antelación de 90 minutos. La ausencia de tales errores y dilaciones hubiera permitido el traslado del paciente al hospital de referencia (Hospital hhhh2 de xxxx2), por cuanto la situación inicial del paciente (a las 20:50) era aún funcionalmente adecuada.

No se comparten dichas apreciaciones ni en el informe de la Inspección Médica ni en el dictamen pericial que, por el contrario, defienden la corrección de la asistencia prestada y consideran que ha existido una utilización adecuada y proporcional de los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles.

Sobre la primera asistencia en el Servicio de Urgencias, el informe de la Inspección Médica explica el protocolo de actuación en Urgencias ante una clínica de dolor abdominal como la presentada por el paciente. Señala al respecto que "La clínica del dolor abdominal en Urgencias es altamente

inespecífica. De ahí que se tengan que establecer una serie de prioridades como son:

- Valorar la gravedad del cuadro identificando signos y/o síntomas de alarma que denoten inestabilidad hemodinámica.

- Aclarar el origen etiológico del dolor.

- Discernir si el cuadro es médico o quirúrgico e instaurar el tratamiento adecuado.

»Para ello es imprescindible una exploración clínica correcta y detallada además de incluir en la anamnesis datos básicos como son la aparición del dolor, la localización, la duración, intensidad, características e irradiación del mismo, actitud del paciente ante el dolor y la aparición de síntomas acompañantes.

»Como exploraciones complementarias ante un dolor abdominal hay que solicitar:

- Hematimetría con recuento leucocitario (que en los cólicos son normales).

- Analítica de orina (si se acompaña de litiasis aparece una microhematuria, como así revelan los análisis del paciente).

- RX simple de abdomen (que nos puede informar de la presencia de cálculos radiopacos, borramiento de las líneas del psoas, distribución del luminograma intestinal, masas, visceromegalias, calcificaciones de la aorta...) que nos ayuden a realizar un diagnóstico diferencial con patologías tan dispares como pueden ser una neumonía, colecistitis, colelitiasis, vólvulos, isquemia mesentérica o incluso miocárdica, disecciones de aorta...

- Ecografía urgente cuando el diagnóstico de sospecha es una colecistitis, cuando hay un diagnóstico incierto de pancreatitis, se sospecha de rotura de víscera hueca, embarazo ectópico, irritación peritoneal o hay sospecha de disección de aorta.

- TAC abdominal en traumatismos abdominales con signos de alarma, sospecha de disección de aorta y pancreatitis con signos de gravedad".

Concluye con arreglo a ello que "Por tanto, ante una hematimetría normal sin leucocitosis, una leve microhematuria, una RX de abdomen normal, y una clínica de dolor lumbar y abdominal, que se acompaña de nauseas, disuria, hematuria, con PPR izquierda + y en un paciente hemodinámicamente estable, el diagnóstico de presunción apuntaba a un cólico renal no complicado y no había indicación de realización de más pruebas complementarias".

Del mismo parecer participa el dictamen pericial al señalar que "La toma de constantes muestra una leve hipertensión, sin taquicardia. El paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular que hicieran sospechar la posibilidad de un síndrome aórtico agudo. La anamnesis es correcta y compatible con el diagnóstico de sospecha. La exploración física es completa y compatible con el diagnóstico de sospecha. La analítica es normal: no hay ni anemia, ni tan siquiera leucocitosis, ni trastorno en la coagulación. La analítica de orina era compatible con el diagnóstico de sospecha. La radiología convencional es normal. El dolor cede con analgésicos menores, de potencia similar al ibuprofeno y al paracetamol. El paciente es dado de alta asintomático: sin dolor. No estaba indicada la realización de otras pruebas complementarias. El tratamiento y las recomendaciones al alta son adecuados y precisos en relación con el diagnóstico de sospecha. Con este cuadro clínico, no era posible sospechar la presencia de un síndrome aórtico agudo".

En relación con el informe pericial aportado por los interesados, el dictamen pericial señala que "Resulta inadecuado juzgar la actuación médica realizada en el pasado, desde una perspectiva del caso a posteriori, cuando el diagnóstico ha sido ya confirmado. Lo que debe valorarse es si en el momento en que se efectuó la atención médica, y con los datos disponibles, se estableció un procedimiento adecuado y de acuerdo a la *lex artis*" ya que "No debemos olvidar que la medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para, en base al mismo, intentar cuadrar la sintomatología del paciente con dicho diagnóstico, sino que su labor es justo la contraria. La medicina asistencial está basada en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica. En base a esta hipótesis, se establece un procedimiento diagnóstico, en el que pueden incluirse exploraciones más complejas o complementarias (analíticas,

pruebas de imagen, técnicas endoscópicas, intervencionistas o quirúrgicas)". Con arreglo a ello considera que, en este caso, "No existe retraso en el diagnóstico, sino imposibilidad de realizar el mismo con antelación".

Por lo que se refiere al segundo momento de la atención, la Inspección Médica refiere que "El paciente acude de nuevo al cabo de 3 horas por empeoramiento clínico, con cambios en la localización y características del dolor, que se ha hecho intenso, desgarrador y se localiza en hipogastrio y fosa iliaca derecha. También la exploración física ha sufrido cambios destacando una deshidratación leve-moderada, con una disminución de la TA y un aumento de la FC y la auscultación de un soplo sistólico intenso en epigastrio. Ante la sospecha de un aneurisma de aorta se solicitan de inmediato nueva analítica de sangre, una ecografía urgente y dos concentrados de hematíes urgentes, sin cruzar.

»A los veinte minutos de haber instaurado el tratamiento para el dolor, se le detecta en otra toma de constantes una caída brutal de la TA y una taquicardia, infundiéndole de inmediato expansores de volumen con Ringer lactato a chorro para la reposición de la volemia.

»En la ecografía se confirma el aneurisma de la aorta abdominal, con signos de sangrado activo.

»El paciente sufre parada cardiorrespiratoria que se recupera con maniobras de RCP básica. El cirujano de guardia contacta con el hospital de referencia donde existen cirujanos vasculares, pero ante la imposibilidad de traslado del paciente por su situación de inestabilidad hemodinámica (hipotenso, taquicárdico y mal prefundido) se decide de manera adecuada una laparotomía urgente".

Sobre la técnica quirúrgica aplicada explica la Inspección que "La rotura de un aneurisma de la aorta abdominal es una de las urgencias vasculares abdominales más frecuente y extraordinariamente letal. Esta prevalencia va en aumento debido al envejecimiento de la población. La mortalidad de esta entidad sigue oscilando entre el 40 y 70%. El riesgo de rotura de un aneurisma de la aorta abdominal se correlaciona íntimamente con el diámetro del aneurisma y si éste sobrepasa los 8 cm., el riesgo aumenta mucho más, como era el caso de nuestro paciente. Es muy importante la sospecha clínica de la

rotura del aneurisma. Generalmente el síntoma de presentación es un dolor persistente en el abdomen y en la espalda. Éste junto con una masa expandible en el abdomen e hipotensión constituyen la triada clásica, que a pesar de la variabilidad resulta patognomónico.

»En una rotura de aorta, la hipotensión y la taquicardia indican una importante pérdida hemática y exige una cirugía urgente para evitar una hemorragia mortal. En el caso que nos ocupa, el cirujano de guardia del hospital al que acudió el afectado, se puso en contacto con el cirujano vascular del hospital de referencia (Hospital hhhh2) exponiendo el caso, pero ante la imposibilidad de traslado por la inestabilidad hemodinámica que presentaba el paciente y dada la extrema gravedad se decide intervenir quirúrgicamente para detener la hemorragia, ya que la reparación quirúrgica urgente del aneurisma sintomático es el único tratamiento eficaz. Esta intervención consiste en realizar una laparotomía exploratoria con pinzamiento de la aorta para controlar la hemorragia y posteriormente pasar a la reconstrucción de la arteria, como se hizo con D. Joaquín. De hecho la cirujano consigue clampar proximal y distalmente la aorta deteniendo la hemorragia.

»A pesar de todo, durante la intervención el paciente sufre otra parada cardiorrespiratoria irreversible a pesar de las maniobras de RCP, falleciendo en quirófano a las 3:50 h.

El dictamen pericial también concluye que la segunda asistencia en el Servicio de Urgencias fue correcta y ajustada a la *lex artis*, ya que aprecia que "Los tiempos de asistencia fueron adecuados y la valoración médica correcta. Se perfundieron fluidos, se administró sangre de forma urgente y se realizaron las pruebas diagnósticas de imagen de forma precoz.

»La sospecha clínica de síndrome aórtico agudo fue inmediata, pero el paciente requería de una mínima estabilización para realizar el traslado al TAC. Desgraciadamente la pérdida de sangre fue muy rápida y el paciente sufrió una parada cardiaca, de la que fue recuperado.

»Se intentó un abordaje quirúrgico a vida o muerte por el equipo de Cirugía General, dada la contraindicación de traslado, pero el paciente no superó la intervención.

»La mortalidad de esta patología (de hasta el 90%) se asocia no sólo a la propia gravedad del proceso sino a que las mínimas posibilidades terapéuticas pasan por la circunstancia de que el evento ocurra en las cercanías de un Centro Hospitalario que disponga de la Especialidad de Cirugía Cardiovascular.

»Debemos recordar que el Hospital más cercano que disponía de Cirugía Cardiovascular era el hhhh2 de xxxx2, a unos 80 km de distancia. Dada la presentación clínica del proceso y la distancia a xxxx2 el paciente no tenía posibilidades de supervivencia".

En el supuesto planteado se aprecia, por tanto, la existencia de criterios discrepantes sobre la causa del daño, el del perito de la parte interesada y el expresado en el informe de la Inspección y en el dictamen médico pericial. Ante tal situación debe tenerse en cuenta la doctrina consolidada del Tribunal Supremo (Sentencias de 6 de mayo de 1993 y de 2 de abril de 1998, entre otras), según la cual:

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

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

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

Asimismo es postura constante de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que, en la apreciación de la prueba pericial o informes técnicos, han de gozar

de preferentes garantías en su estimación los emitidos por los técnicos de la Administración y los dictámenes periciales emitidos con las garantías de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dadas las condiciones de objetividad e imparcialidad de que gozan tales informes o dictámenes (Sentencias de 22 de abril de 1991 y de 25 de julio de 2003).

En consideración a ello, este Consejo se inclina por acoger la tesis coincidente de la Inspección Médica y la del perito de la aseguradora de la Administración, y no la del informe pericial aportado por los reclamantes, en primer lugar, por ser dos pareceres científicos coincidentes frente a uno solo discrepante; en segundo lugar, la línea argumental en ellos contenida resulta coherente con las conclusiones que ambos alcanzan, por el contrario, el informe médico aportado por los reclamantes, tras relatar los datos clínicos que resultan de los informes de los facultativos intervinientes y los extraídos de su entrevista con la familia, se limita a sentar unas conclusiones que no vienen precedidas de argumentos que revelen un deficiente proceso asistencial; a lo anterior se suma, por último, la garantía de imparcialidad que ofrece el informe de la Inspección Médica, superior a cuantos otros dictámenes hayan sido formulados por técnicos designados por los interesados.

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, que no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales haya sido negligente e incorrecta, ni que los medios utilizados hayan sido inadecuados por lo que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y 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.

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 a instancia de Dña. xxxx y D. xxxx1 y D. xxxx2, representados por D. yyyy, y por D. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxx4 en el Hospital hhhh de xxxx1 (xxxx2).

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