CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

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

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de enero de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx, D. xxxx1, Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3,* 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 20 de diciembre de 2013 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1, de Dña. xxxx y de Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxx4, hija y hermana de aquéllos, en el Hospital hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 864/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 8 de noviembre de 2012 D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1, de Dña. xxxx y de Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de Dña. xxxx4, hija y hermana de aquéllos, el 10 de enero de

2012, que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a ésta en el Hospital hhhh de xxxx1. No cuantifican la indemnización que reclaman.

Afirman que la paciente sufrió una hemorragia subaracnoidea de la que fue intervenida quirúrgicamente el 8 de febrero de 2011 y que el tratamiento del vasoespasmo cerebral que padeció con posterioridad no fue adecuado (en particular, aluden al inadecuado tratamiento con Nimodipino). Alegan asimismo que el 10 de febrero la paciente, que presentaba empeoramiento neurológico, con desorientación, cefalea y agitación, se arrancó "el drenaje ventricular externo, así como posteriormente el introductor de la arteria femoral y finalmente la sonda nasogástrica y vesical, sin que por parte del personal de la UCI se llegase a adoptar ninguna medida para evitarlo, tanto de tipo farmacológico como mecánico, evidenciándose así en consecuencia una deficiente o inexistente vigilancia de la paciente por parte del personal de enfermería de la UCI".

No cuantifican la indemnización que reclaman.

Se adjunta a la reclamación copia del Libro de Familia. Posteriormente, previo requerimiento de la Administración, el 12 de diciembre de 2012 se aporta copias del poder general para pleitos otorgado a favor del compareciente y de la certificación de fallecimiento de la paciente, así como un escrito de la notaría en la que se estaba tramitando la declaración de herederos *abintestato* en el que se hace constar la pendencia de dicho procedimiento. El 28 de enero de 2013 se aporta copia del acta de notoriedad de la declaración de herederos abintestato y de la historia clínica de la fallecida del Instituto Guttmann.

La reclamación, presentada en una oficina de Correos de Madrid, tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León el 12 de noviembre de 2012.

Segundo.- Obra en el expediente la siguiente documentación relevante:

- Historia clínica de la paciente de Atención Primaria, del Hospital hhhh1 de xxxx2 y del Hospital hhhh de xxxx1.

- Informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhh de xxxx1, de 3 de enero de 2013, al que se adjuntan los informes de alta en el Servicio de 31 de mayo y 28 de diciembre de 2011.

- Informes de alta de la paciente en el Servicio de Medicina Intensiva de 29 de marzo y 22 de diciembre de 2011 (en este último se indica que es un informe provisional). Estos informes se remiten, a petición del instructor, el 18 de febrero de 2013.

- Informe de la Inspección Médica de 5 de marzo de 2013, en el que se afirma lo siguiente: "No se encuentra relación causal directa, completa e inmediata entre la asistencia y la evolución y el resultado final, pero sí se encuentra un cierto grado de concausalidad por las autolesiones producidas (un grado de pérdida de oportunidad apreciable). Por ello, aunque sea una enfermedad con alta tasa de mortalidad, (…) existe una parte de responsabilidad al tratarse de una paciente que estando bajo el cuidado y custodia de un centro sanitario, se provoca lesiones con elementos propios del tratamiento, aun siendo por acontecimientos inesperados y aunque solo haya influido parcialmente en el resultado final". Por ello, concluye que la reclamación debe estimarse parcialmente "porque en la asistencia de la paciente no puede acreditarse que haya existido negligencia ni mala práctica médica, pero la evolución es atribuible a la naturaleza y a las condiciones de la dolencia sufrida, a las complicaciones y lesiones aparecidas y provocadas en el curso del tratamiento"; y añade que "la parte de estimación no se debería al resultado final sino a la proporción de oportunidad perdida por las lesiones provocadas".

- Dictamen médico elaborado el 13 de junio de 2013 a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico), que afirma la corrección de la asistencia médica prestada y considera que la reclamación debe desestimarse.

- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 27 de junio de 2013, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad "ha considerado que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación".

Tercero.- Consta en el expediente la interposición por los reclamantes de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de su reclamación (que ha dado lugar al Procedimiento Ordinario 613/2013) y la remisión del expediente administrativo al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Sala de lo Contencioso Administrativo) el 4 de julio de 2013 (recibido el 8 de julio).

Figura asimismo un requerimiento del Tribunal Superior de Justicia a la Consejería de Sanidad, el 18 de septiembre de 2013, para que aporte "las guías médicas o protocolos de actuación dictados por el Hospital Río Hortega de xxxx1 para el tratamiento de una hemorragia subaracnoidea y para la prevención y tratamiento de un vasoespasmo cerebral".

Ante dicho requerimiento, el 4 de octubre de 2013 la Jefa del Servicio de Neurocirugía remite el libro de protocolos de la hemorragia subaracnoidea que incluye el capítulo del vasoespasmo en la UCI; y comunica que "en el momento de atender a la paciente (…) estas guías no se habían editado aún, aunque sus bases principales ya las atendíamos porque estábamos trabajando con las guías de la SENEC".

Cuarto.- El 8 de noviembre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 26 de noviembre de 2013 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 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, como advierte el informe de la Asesoría Jurídica, debió requerirse a la parte reclamante para que, en cumplimiento del artículo 6 del citado Reglamento, evaluara económicamente, si fuera posible, la responsabilidad patrimonial con el fin, entre otros extremos, de poder decidir sobre su sometimiento o no al preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo.

Igualmente, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la reclamación tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad (12 de noviembre de 2012) hasta que se formula la propuesta de orden (8 de noviembre de 2013). Esta circunstancia constituye un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto 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 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 los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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 aquél que pueda producirse.

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.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, los reclamantes alegan que ha existido mala *praxis* médica, ya que hubo un inadecuado tratamiento del vasoespasmo cerebral que sufrió la paciente. Asimismo, alegan que la insuficiente vigilancia del personal de UCI permitió que la paciente se arrancara los drenajes y que ello produjera un empeoramiento de la situación médica y un peor pronóstico de la enfermedad.

Los informes médicos obrantes en el expediente afirman que la actuación de los facultativos se ajustó a los protocolos que se seguían en la fecha a que se refieren los hechos.

La Inspección Médica considera que la pauta seguida en el tratamiento de la enfermedad ha sido la generalmente establecida, con medios y procedimientos adecuados, y que en esta patología son muy complejos los cuidados para mantener un equilibrio de los diversos parámetros orgánicos. En particular, alude a la complejidad y controversia que existe en relación con la sedación y contención de los pacientes neurocríticos. Expone que "la ausencia de ensayos clínicos diseñados para evaluar la eficacia de los diferentes fármacos en la tranquilización del paciente agitado determina que actualmente no exista un consenso formal sobre el tratamiento a utilizar"; y que "Tanto la insuficiente como la excesiva sedación pueden tener efectos deletéreos sobre la evolución de los pacientes".

El dictamen médico, por su parte, pone de manifiesto la extremada gravedad de una hemorragia cerebral por rotura aneurismática y la elevada mortalidad que conlleva, superior al 50 % con independencia de cualquier tratamiento médico o quirúrgico que se lleve a cabo, y afirma que "todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, han sido totalmente correctas sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la *lex artis*". Señala que la paciente fue tratada médica y quirúrgicamente en el tiempo adecuado y con una actuación técnica satisfactoria. Expone que las causas que pueden contribuir al desarrollo de un infarto cerebral después de una hemorragia subaracnoidea son múltiples e indeterminadas y que el vasoespasmo es solo una de ellas; que el tratamiento con Nimodipino puede ayudar a la prevención del vasoespasmo pero nunca garantiza que éste no se produzca; que la dosis administrada de Nimodipino es irrelevante en relación con los cambios fisiopatológicos de riesgo cerebral que se pueden producir en el periodo perioperatorio. Concluye que no puede demostrarse ninguna relación causal entre la administración de Nimodipino y la dosis empleada y el desarrollo de un infarto isquémico postquirúrgico.

Sin perjuicio de lo anterior, la Inspección Médica considera que, si bien no aprecia "relación causal directa, completa e inmediata entre la asistencia y la evolución y el resultado final", sí existe "un cierto grado de concausalidad por las autolesiones producidas (un grado de pérdida de oportunidad apreciable)". Afirma que "aunque sea una enfermedad con alta tasa de mortalidad, (…) existe una parte de responsabilidad al tratarse de una paciente que estando bajo el cuidado y custodia de un centro sanitario, se provoca lesiones con elementos propios del tratamiento, aun siendo por acontecimientos inesperados

y aunque solo haya influido parcialmente en el resultado final". Y justifica la estimación parcial que propone en el hecho de que aunque no haya existido negligencia ni mala práctica médica, "la evolución es atribuible a la naturaleza y a las condiciones de la dolencia sufrida, a las complicaciones y lesiones aparecidas y provocadas en el curso del tratamiento", por lo que existe una "proporción de oportunidad perdida por las lesiones provocadas".

Esta referencia a la posibilidad de que se haya producido una pérdida de oportunidad terapéutica, obliga a traer a colación las observaciones realizadas en el reciente Dictamen 1/2014, de 23 de enero, de este Consejo, sobre esta cuestión:

"La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

»Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, este Consejo Consultivo, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se denomina "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación.

»El Consejo Consultivo de Castilla y León ha tenido la oportunidad de pronunciarse sobre la pérdida de oportunidades terapéuticas directamente, entre otros, en los Dictámenes 672/2004; 842/2005; 194, 388, 561/2006; 93 y 148/2007, 360 y 1172/2009, 105/2010, y 156/2012, 619 y 837/2013, e indirectamente en otros muchos asuntos.

»La Sentencia de 27 de septiembre de 2011 de la Sala Tercera de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, señala a este respecto: "Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009, 'La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005 , como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable´. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente".

»La pérdida de oportunidad se configura así como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis*, un mecanismo corrector del rigor probatorio, que permite dar una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio.

»La Sentencia de 20 de enero de 2012 de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de xxxx1, señala `que en los supuestos de pérdida de oportunidad por demora en el diagnóstico el daño no es el material (lesiones y secuelas o, aquí, fallecimiento) correspondiente al hecho acaecido sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación; en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en definitiva se asemeja al daño moral y que es el concepto indemnizable´.

»No obstante, la Memoria del Consejo de Estado del año 2005 ya puso de manifiesto que `en muchos de los casos en los que se invoca la pérdida de oportunidad no se trata de supuestos de pérdida de oportunidad, sino de problemas derivados de si se ha infringido o no la lex artis ad hoc". En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, de 24 de noviembre de 2009, subraya esta diferencia, y considera que la falta de un adecuado diagnóstico es mala praxis, no una pérdida de oportunidad terapéutica´".

En el presente caso, la Inspección Médica considera que ha existido una pérdida de oportunidad por las lesiones provocadas al arrancarse la paciente el drenaje, ya que se trataba de una paciente "que, estando bajo el cuidado y custodia de un centro sanitario, se provoca lesiones con elementos propios del tratamiento, aun siendo por acontecimientos inesperados y aunque solo haya influido parcialmente en el resultado final".

A pesar de estas afirmaciones, el dictamen médico no realiza ninguna consideración sobre ellas, ratificándolas o rechazándolas, sino que su exposición argumental se centra de manera exclusiva en la alegación de los reclamantes de que las causas fundamentales del infarto hemorrágico sufrido por la paciente tras la intervención quirúrgica fue el "tratamiento inadecuado de prevención del vasoespasmo de la paciente" y una "anemia e hipotensión arterial no tratada". La propuesta de orden rechaza el criterio de la Inspección Médica "por ser contradictoria la conclusión que extrae con el previo razonamiento que expone el propio informe, ya que señala que la autolesión con elementos propios del tratamiento es un suceso inesperado, es decir, no se puede prever, lo contrario supondría realizar una sujeción mecánica profiláctica de todos los pacientes para evitar que se produzcan autolesiones inesperadas, lo que repele a la razón".

No obra en el expediente remitido ningún informe que defienda, desde el punto de vista médico, la no influencia de la lesión causada por la paciente en el resultado final. Tampoco se ha argumentado (sólo se ha afirmado) la falta de necesidad de una sujeción mecánica profiláctica de esta paciente, a la vista de las características o circunstancias que presentaba.

Ya se ha manifestado en otras ocasiones que el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y

pronunciarse únicamente sobre lo que figura en la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que pueda realizar acto de instrucción alguno y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente.

Por ello, sobre la base de los datos obrantes en el expediente y ante la falta de elementos probatorios suficientes que desvirtúen las afirmaciones de la Inspección Médica, puede considerarse que una inadecuada o insuficiente vigilancia de la paciente -y no la actuación propiamente médica- pudo permitir que aquélla se autolesionara con los elementos propios del tratamiento, con la consiguiente influencia sobre el resultado final, concretada en una pérdida de oportunidad cuya cuantificación no puede concretarse ante la falta de datos aportados.

En conclusión, a la vista de la documentación obrante en el expediente, este Consejo discrepa del criterio de la Administración consultante y considera que la reclamación debe estimarse parcialmente.

6ª.- Respecto al importe de la indemnización, dado que en el informe de la Inspección Médica no se pondera el porcentaje de oportunidad perdida, este Consejo Consultivo no puede pronunciarse sobre la cuantía resarcitoria que corresponde abonar a los reclamantes. Por ello, la fijación de dicha cantidad deberá hacerse en un posterior expediente contradictorio en el que se dé audiencia a los reclamantes.

Todo ello sin perjuicio de que el importe de la indemnización deba actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, ya citada.

III
CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución estimatoria parcial en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1, de Dña. xxxx y de Dña. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxx4, hija y hermana de aquéllos, en el Hospital hhhh de xxxx1.

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