



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y  
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 24 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx1 y Dña. xxxxx2*, 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 9 de mayo de 2007 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. xxxxx1 y Dña. xxxxx2 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 10 de mayo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 445/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

**Primero.-** El 31 de marzo de 2004, D. xxxxx1 y Dña. xxxxx2 solicitan una indemnización de daños y perjuicios por el defectuoso funcionamiento del servicio sanitario. De su escrito de reclamación cabe destacar los siguientes párrafos:



«El día 13 de marzo de 1985, nació nuestra hija ccccc en el Hospital hhhhh1.

»El parto se produjo mediante cesárea por abruptio placentae.

»ccccc presentó un Apgar al momento de su nacimiento de 1/3/4, quedando ingresada por anoxia neonatal grave con neumotorax bilateral masivo.

»La exploración realizada a la pequeña tras el parto mostró un mal estado general. Según Informe del Jefe Clínico de Pediatría del Hospital, presentaba `Cianosis intensa de piel y mucosa. Fontanela abierta 1x1 a tensión normal. No se oye murmullo en ningún campo pulmonar. Bradicardico, tonos poco audibles, no soplos. Hígado 2 cm. No bazo. Chasquido cadera izquierda `.

»(...).

»A nuestra hija se le fueron haciendo revisiones periódicas.

»Cuando contaba con nueve meses de vida, presentaba microcefalia y episodios de crisis en forma de espasmos. En las pruebas de TAC mostraba signos de atrofia cerebral difusa.

»(...).

»El Informe de fecha 23 de enero de 1986, se establece el estado actual de ccccc a los 10 meses y 10 días de vida:

»- `Microcefalia.

»- Encefalopatía, de causa probable pre-perinatal, con lesión cerebral evidenciada en la TAC, que cursa con retraso psicomotriz, hipertonía, crisis en forma de espasmos (S. De West) `.

»(...).



»El Informe del Departamento de Pediatría del Hospital hhhhh2 de fecha 20/02/86 establece el siguiente estado actual de nuestra hija en aquellas fechas:

»- `Desarrollo corporal en límites normales en peso y talla con microcefalia.

»Encefalopatía con retraso en las adquisiciones psicomotrices, de grado importante, con episodios compatibles con crisis de espasmos en flexión (aunque el EEG no ha mostrado alteraciones en ningún control), con tetraparesia y contractura bicipital, abductores, poplítea y aquilea.

»Todo ello en relación con sufrimiento pre-perinatal.

»Debe continuar con la fisioterapia y la estimulación como ya hace´.

»(...).

»En fecha 4 de enero de 1986, se reconoció a nuestra hija ccccc por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, Servicio Social de Minusválidos físicos y psíquicos, una minusvalía del 50%, con una validez provisional de 2 años, al diagnosticarle por el equipo de valoración: `Paraparesia espástica. Crisis tónico-clónicas´.

»(...).

»En fecha 28/02/89, revisado el anterior Dictamen del Equipo de Valoración acerca del grado de minusvalía reconocido a ccccc, se acordó ratificar la condición de minusválida de nuestra hija, reconociéndole una afectación en su capacidad orgánica y funcional del 85%, diagnosticándole `Tetraplejia espástica y crisis epiléptica´.

»(...).

»En fecha 8/04/03, se emitió por el Equipo de Valoración de la Junta de Castilla y León dictamen en el que se reconocía un grado de



minusvalía de nuestra hija ccccc del 100%, modificándose el grado que tenía reconocido por resolución de fecha 27/02/89.

»(...).

»La cesárea por abruptio placentae, como luego supimos, tiene su causa en que la placenta que guarda al feto se coloca en el cuello uterino de tal modo que impide que el parto se pueda producir por vía vaginal, puesto que la placenta taponaa el cuello del útero.

»No sólo eso, sino que existe el peligro de que se produzca un aborto al por asfixia del feto.

»Por eso, ante esta situación, se programa el parto anticipado por cesárea, para evitar cualquier tipo de sufrimiento al feto, en aras a salvaguardar su seguridad vital.

»En nuestro caso, no se programó anticipadamente la práctica de cesárea, puesto que nadie advirtió el problema que existía. Así las cosas, se sometió al bebé a una situación de extremo riesgo, que le supuso un sufrimiento fetal agudo, por anoxia neonatal, causa de los graves problemas que actualmente y desde su nacimiento padece nuestra hija ccccc.

»Al no haberse previsto la situación de riesgo, nada se hizo por evitarlo, no programándose anticipadamente la práctica de cesárea en evitación de un sufrimiento severo del feto e, incluso, en aras a evitar el posible aborto del mismo por asfixia.

»El daño al feto está claramente objetivado en los informes médicos, en los que, continuamente, se hace mención a `sufrimiento pre-perinatal´.

»Desde su nacimiento, nuestra hija viene realizando un régimen de vida especial, con dietas específicas a su estado físico; tratamiento de rehabilitación y estimulación, además de necesitar de medios mecánicos para su desplazamiento, aparatos que debemos sustituir con el paso del tiempo.



»Además de lo anterior, requiere apoyo constante de una tercera persona durante las veinticuatro horas del día, al no ser posible de realizar ninguna tarea por sí misma. No en vano tiene reconocida una minusvalía del 100%.

»Por todo cuanto ha sido expuesto, consideramos que existió un defecto o mala praxis en la actuación de los Servicios Médicos de la Sanidad Pública que siguieron la evolución y control del embarazo. La minusvalía que padece nuestra hija ccccc pudo evitarse de haberse detectado la presencia de placenta previa y, en consecuencia, programar de forma anticipada la práctica de cesárea, lo cual no ocurrió.

»(...).

»Ha existido en el presente caso la responsabilidad del SACYL ante un no correcto funcionamiento en el seguimiento de mi embarazo, una clara acción negligente o reprochable por no haber desplegado todos los conocimientos, recursos e instrumentos al alcance en el control y evolución de mi embarazo, habituales en la praxis médica.

»Se faltó al deber objetivo de cuidado en el diagnóstico, seguimiento del estado y evolución de la gestación de un paciente”.

Reclaman 900.000 euros de indemnización, además de otros costes de por vida relativos a su hija.

**Segundo.-** El informe de la Inspección Médica efectúa una descripción de hechos de la que cabe resaltar:

“D<sup>a</sup> xxxxx2 ingresó en el Servicio de Tocoginecología del Hospital hhhhh1 el día 13 de marzo de 1985 con cuadro de amniorrexis prematura en gestante de 40 semanas y discreta metrorragia, motivo por el que se realiza monitorización cardiotocográfica, apareciendo signos de sufrimiento fetal. Se establece un diagnóstico de Abruptio Placentae, motivo por el que se indica la practica de una cesárea. Se obtiene un feto hembra viva que sube de inmediato al Servicio de Incubadora.



»La paciente ante la posibilidad de que pudiera presentar un cuadro de coagulación intravascular diseminada es remitida a la Unidad de Cuidados Intensivos. El post-operatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta el día 20-3-85.

»Su hija ccccc es ingresada en el Servicio de Pediatría en neonatos, por presentar anoxia neonatal grave con neumotórax bilateral. En el momento del nacimiento presentaba un Apgar de 1/3/4. Es dada de alta el 2-4-85. Se van realizando revisiones periódicas y el 23-1-86 se establece que ccccc presenta Microcefalia. Encefalopatía de causa probable pre-perinatal, con lesión cerebral evidenciada en la TAC, que cursa con retraso psicomotriz, hipertensión, crisis en forma de espasmos”.

**Tercero.-** Consta en el expediente diferente documentación, de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.

- Informe del Dr. ttttt, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital hhhhh1, de 10 de mayo de 2004, en los siguientes términos:

“1. D. ttttt, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital ‘del hhhhh1’ desde enero de 1996, no estaba en el Hospital en la fecha que se produjo este parto.

»2. Se remite fotocopia del informe médico existente en la historia clínica del parto de D<sup>a</sup> xxxxx2, asistida por el Dr. vvvvv.

»3. Según consta en la historia clínica de D<sup>a</sup> xxxxx2, se efectuó una cesárea por presentar un cuadro de Abruption Placentae o desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta y no por una placenta previa como se señala en el punto 14º de la reclamación remitida. Después de la intervención la paciente fue trasladada a la UVI para prevenir la posible instauración de un cuadro de coagulación intravascular diseminada, complicación que es muy grave y frecuente en los casos de abruption placentae.



»4. La placenta previa y el abrupcio placentae son cuadro patológicos que pueden producir hemorragias en la 2ª mitad del embarazo y/o en el parto. En el caso concreto que nos ocupa presentó la metrorragia en el inicio del parto momento en que fue diagnosticada de abrupcio placentae. Dicho cuadro se caracteriza por ser de aparición aguda e imposible de predecir, y con frecuencia tiene graves repercusiones materno-fetales conllevando a un incremento de la moribimortalidad feto materna”.

A continuación figura en el expediente una copia del informe citado en los siguientes términos:

“Paciente (en febrero de 1985) de 32 años.

»Grupo 0 positivo.

»Grávide II para I (R.N. 2.800 gr. asma alérgico).

»Antecedentes personales: Ulcus duodenal, fumadora de 10 cigarrillos diarios, durante el embarazo 6 cigarrillos.

»Historia de la gestación actual: aumento de peso 677 Kg. (sic) Anemia tratada con Yectofer y Tardyferon. Edemas (+) desde el 7º mes.

»A las 22 horas del día 12 de marzo de 1985, se produce amniorrexis espontanea, 9 horas después comienza con metrorragia, motivo por el que decide ingresar.

»Ingresa en nuestro Servicio con cuadro de amniorrexis prematura en gestante de 40 semanas y discreta metrorragia, motivo por el que se decide monitorización cardiotocográficas, apareciendo signos de sufrimiento fetal llegándose al diagnóstico de abrupcio placentae, motivo por el que se indica la práctica de operación cesárea. Obteniéndose feto hembra viva que sube de inmediato al Servicio de Incubadora.

»La paciente ante la posibilidad de que pudiera presentar coagulación intravascular diseminada es remitida a la Unidad de Cuidados Intensivos (ver informe de dicha Unidad).



»El resto del post-operatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta el día 20-3-85”.

El informe transcrito aparece en la historia clínica firmado por el Dr. vvvvv con fecha 21 de septiembre 1994.

- Informe de la Dra. sssss, Jefe de la Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital hhhhh1, de 12 de mayo de 2004, en el que señala:

“Que dado el tiempo transcurrido (Marzo de 1985) y no teniendo en mi poder la historia del paciente, probablemente por estar en el Juzgado, me ratifico en lo que redacté en el Informe de alta en su momento y que ya está en las diligencias”.

- Informe de la Inspección Médica, de 16 de junio de 2004, con las siguientes consideraciones:

“- La abruptio placentae (AP) o desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, es una enfermedad de alto riesgo materno fetal. Es responsable de un tercio de las hemorragias en el segundo y tercer trimestre del embarazo, estimándose la mortalidad fetal entre un 30 y un 60%, lo que representa un 25-30% de la mortalidad perinatal. Se presenta con una frecuencia alrededor del 0,25% de las gestaciones. Esto unido a las graves complicaciones maternas con las que se asocia (coagulopatía, shock hemorrágico...) hace de esta entidad uno de los problemas obstétricos mas importantes.

»El diagnóstico de la AP tiene un componente clínico fundamental en base a los siguientes síntomas y signos:

»- dolor abdominal.

»- hemorragia vaginal poco abundante y de sangre negruzca.

»- hipertoniá uterina.





»-identificación del coágulo fuertemente adherido a la placenta.

»Puede presentarse anteparto (preferentemente) o intraparto. En el caso de presentarse durante el parto la clínica suele ser la hemorragia y las anomalías de frecuencia cardíaca fetal.

»Las causas del desprendimiento placentario se desconocen aunque existen factores que aumentan el riesgo de desprendimiento, como pueden ser la hipertensión arterial, consumo de cigarrillos, embarazo múltiple etc.

»- La placenta previa es otra entidad responsable de hemorragias durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. En este caso la placenta se desarrolla en la parte inferior del útero, cubriendo en parte o totalmente el cuello uterino.

»- Los reclamantes parecen confundir ambos términos, así en el punto decimotercero de la reclamación se puede leer: 'La cesárea por abruptio placentae, como luego supimos, tiene su causa en que la placenta que guarda el feto se coloca en el cuello uterino de tal modo que impide que el parto se pueda producir por vía vaginal, puesto que la placenta taponaba el cuello del útero'.

»En el punto decimocuarto se lee: 'La minusvalía que padece nuestra hija ccccc pudo evitarse de haberse detectado la placenta previa y, en consecuencia, programar de forma anticipada la práctica de cesárea, lo cual no ocurrió'.

»- En los informes clínicos referidos al parto de D<sup>a</sup> xxxxx2 se hace referencia a que la cesárea fue por abruptio placentae: En el informe del Servicio de Pediatría del mismo día 13-3-85 firmado por la Dra. sssss (folio 9). En los informes de Medicina Intensiva de 13 y 14 de marzo de 1985 (folios 21 y 43 Historia Clínica). En el informe de alta de fecha 20-3-85 (folio 42). Informe del Dr. vvvvv de fecha 21-9-94 (folio 38 de la Historia Clínica). Llegándose a este diagnóstico tras el ingreso de la paciente con cuadro de amniorrexia prematura en gestante de 40 semanas y discreta metrorragia, al



realizar la monitorización cardiotocográfica aparecen signos de sufrimiento fetal, motivo por el que se indica la práctica de operación cesárea.

»Existe un informe de cccc de fecha 11-2-86 (Dr. ppppp, Pediatría) en el que figura en Antecedentes Personales: 'Embarazo por Placenta previa y parto por cesárea', lo que podría haber llevado a confusión a los reclamantes.

»- Existen dos informes ecográficos, uno a las doce semanas de gestación y otro de fecha 22-10-84 a las 21 semanas de gestación, en el que se puede leer: 'Feto único, vivo en O.D.A. con biometría acorde con edad gestacional, movimientos activos. Placenta inserta en cara posterior. Líquido amniótico en cantidad normal para edad gestacional' (folios 44 y 45).

»- Como Antecedentes Familiares, recogidos en la historia clínica de pediatría al ingreso de la recién nacida cccc (folio 5) figura: Hermano muerto. Prematuridad.

»- En cuanto a la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) señalar que es un trastorno plurietiológico en el que interviene el propio fenómeno lesivo y la predisposición y características del paciente. Los factores relacionados causalmente con la PCI pueden ser de tipo prenatal, perinatal (hipoxia-isquemia) o postnatal".

Las conclusiones y propuestas son:

"- El diagnóstico de Abruption Placentae realizado a D<sup>a</sup> xxxxx2 el día 13 de marzo de 1985, así como el tratamiento realizado fueron correctos, siendo la parálisis cerebral infantil que sufre cccc consecuencia de la grave complicación de desprendimiento placentario surgida durante el parto.

»- No existía la posibilidad de cesárea programada ya que nunca había existido una placenta previa.

»- La información en la que se basan los reclamantes, en la que se confunden las entidades de abruption placentae y placenta previa es incorrecta.



»Por todo lo anteriormente expuesto considero que D. xxxxx1, D<sup>a</sup> xxxxx2 y ccccc no tienen derecho a una reparación económica”.

**Cuarto.-** Tras practicarse el trámite de audiencia el 29 de octubre de 2004, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que reiteran su solicitud.

**Quinto.-** Con fecha 4 de abril de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

**Sexto.-** El 17 de abril de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1<sup>a</sup>.-** 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.

**2<sup>a</sup>.-** El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, 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.



**3ª.-** Concurren en la parte interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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 de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.

**5ª.-** Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Al respecto, se ha de tener en consideración la fecha de reconocimiento de la minusvalía del 100% (24 de marzo de 2003) y su notificación (8 de abril de 2003).

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte sustancialmente el criterio de la propuesta de resolución de 4 de abril de 2007 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación de los interesados.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una correcta aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están 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* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), 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.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de los interesados.

De la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no hay prueba suficiente para considerar infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*, pese a que la hija de los reclamantes sufriera efectivamente una grave minusvalía como consecuencia de la abrupcio placentae surgida en el parto. Esto es así, pues el informe de la Inspección Médica, de 16 de junio de 2004, permite afirmar que los reclamantes confunden efectivamente la patología llamada placenta previa con la abrupcio placentae; ésta es la que, conforme al citado informe, inopinadamente padeció en el parto la madre hoy reclamante, mientras que la placenta previa “nunca había existido”, por lo que “no existía la posibilidad de cesárea programada” (el entrecomillado corresponde al repetido informe).

Frente a la rotundidad y claridad de las consideraciones y conclusiones del informe de la Inspección Médica, carecen de fuerza, a juicio de este Consejo, las alegaciones de los reclamantes, no sustentadas en ningún informe técnico, teniendo en cuenta, además, que en el trámite de audiencia no han contradicho el informe de la Inspección.

Todo ello nos permite concluir que no hay pruebas que conduzcan a considerar con una mínima seguridad que se infringió la *lex artis ad hoc*, como ya se ha señalado, procediendo, en consecuencia, desestimar la reclamación formulada.



### **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. xxxxx1 y Dña. xxxxx2 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, ccccc.

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