



Sr. S. de Vega, Presidente y
ponente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 3 de agosto de 2023, ha examinado *el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 318/2023

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 26 de junio de 2023 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 Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxx1.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de julio de 2023, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 318/2023, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. S. de Vega.

Primero.- El 25 de junio de 2020 Dña. yyy1 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, por los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxx1.



En el escrito de reclamación manifiesta que el 4 de diciembre de 2018, en la intervención quirúrgica a la que fue sometida para la implantación de una prótesis total de rodilla derecha, se produjo la sección la arteria poplítea de su pierna derecha. En la evolución postquirúrgica sufrió un abandono por el equipo médico al sufrir una isquemia aguda, diagnosticada con retraso, y que motivó su derivación de manera urgente al Complejo Asistencial Universitario de xxx2. Añade que no firmó el consentimiento informado.

La deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada le ha provocado graves secuelas físicas y psíquicas. Así, indica que "es intervenida mediante cirugía programada, en su rodilla derecha durante la operación se secciona la arteria poplítea de su pierna derecha, a pesar de lo cual, y por motivos que se desconocen se decide finalizar la intervención sin proceder a la resección de la expresada arteria y se abandona en el hospital durante 48 horas. En este inconcebible lapso de tiempo postquirúrgico, en el que se encuentra en situación formal de ingreso hospitalario y al debido cuidado y atención del centro de referencia, nadie advierte el escenario que está desarrollándose en la pierna de la paciente, que resulta ser una isquemia aguda postquirúrgica que mantiene la extremidad en aspecto cadavérico".

Incorpora a su reclamación DNI, tarjeta sanitaria, informe médico de alta hospitalaria del Complejo Asistencial Universitario de xxx2 junto a informe médico de alta hospitalaria del Complejo Asistencial de xxx1.

No cuantifica inicialmente la indemnización que reclama. Posteriormente el 26 de septiembre de 2022 cifra provisionalmente el *quantum* indemnizatorio en 120.000,00 euros.

Segundo.- Además de la historia clínica del paciente, al expediente se incorporan los siguientes informes:

- Informe de 13 de julio de 2020, del jefe de Sección de Traumatología del Complejo Asistencial de xxx1.

- Informe de 10 de mayo de 2021, del jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de xxx2.

- Informe de 7 de junio de 2021, del especialista del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Complejo Asistencial Universitario de xxx2.



- Informe de 10 de junio de 2021, del especialista del Servicio de Cirugía Plástica.

- Informe de la Inspección Médica de 20 de octubre de 2021.

- Dictamen pericial de 12 de abril de 2022, emitido por la aseguradora de la Administración.

- Dictamen pericial de valoración del daño corporal de 3 de noviembre de 2022, emitido a instancia de la aseguradora de la Administración.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 23 de diciembre de 2022 la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que ratifica los argumentos expuestos en la reclamación inicial y fija provisionalmente la indemnización que reclama en 141.532,48 euros, con el siguiente desglose: lesiones temporales, 57.824,39 euros; y secuelas, 83.708,09 euros. Reclama también gastos de ayuda a domicilio (18.375,98 euros) y gastos por estancia en residencia (10.326,76 euros). Aporta documentación acreditativa de su derecho.

Cuarto.- El 8 de enero de 2023 presenta nuevas alegaciones y determina definitivamente el importe de la indemnización en concepto de ayuda a domicilio en 28.714,41 euros (17.194,97 euros, y 11.519,44 euros). Adjunta diversa documentación.

Quinto.- El 6 de febrero de 2023 se aporta dictamen pericial médico y prueba documental de las cantidades satisfechas.

Sexto.- El 31 de mayo de 2023 se formula propuesta de orden por la que estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y se reconoce 38.944,01 euros a la interesada.

Séptimo.- El 7 de junio la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha 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.i), 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.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (25 de junio de 2020) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de junio de 2023). 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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos,



así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC.

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 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que se remite, de forma genérica, el artículo 81 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) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra 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 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 como es el caso que nos ocupa.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, 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.

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.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y



León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre 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 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 beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia sanitaria prestada se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

En los términos que se expone en los antecedentes de hecho, la interesada considera que "(...) es intervenida mediante cirugía programada, durante la operación se secciona la arteria poplítea de su pierna derecha, a pesar de lo cual, y por motivos que se desconocen se decide finalizar la intervención sin proceder a la resección de la expresada arteria y se abandona en el hospital durante 48 horas. En este inconcebible lapso de tiempo postquirúrgico, en el que se encuentra en situación formal de ingreso hospitalario y al debido cuidado y atención del centro de referencia, nadie advierte el escenario que está desarrollándose en la pierna de la paciente, que resulta ser una isquemia aguda postquirúrgica que mantiene la extremidad en aspecto cadavérico".

Frente a lo expuesto, el informe del inspector médico, tras detallar las actuaciones médicas practicadas y valorar los informes que obran en el expediente, considera que "En ninguno de los informes posteriores de cirugía vascular o pruebas realizadas habla de 'sección' de la arteria poplítea. De haberse producido una sección quirúrgica de la misma, las posibilidades de haber sido detectada en el propio acto de la intervención serían altas.

»Por el contrario, un pseudoaneurisma y una trombosis de la arteria (que es lo que se detectó que se había producido) no se producen de forma brusca si no a lo largo de las horas siguientes, es decir durante el postoperatorio inmediato.

»Una vez detectada la causa de la isquemia arterial de miembro inferior derecho se propuso la realización de cirugía por parte de S^o de Cirugía Vascular y para lo que se avisó, también, al S^o de Anestesiología. La



paciente fue intervenida a continuación y de forma urgente mediante exclusión de la arteria lesionada para control de sangrado y realización de by-pass poplíteo-poplíteo en EID utilizando vena safena de la extremidad izquierda para evitar síndrome compartimental, se asocia faciotomía de los compartimentos anterior y lateral”.

Por ultimo, la Inspección Médica informa de forma concluyente que “Estos hechos son concordantes con lo que se comprobó como causa fehaciente de la isquemia arterial posterior (pseudoaneurisma y trombosis de la arteria poplíteo), ya que de haberse producido una sección arterial se habría observado inmediatamente por la gran hemorragia que se produce”.

En el mismo sentido se pronuncia el informe pericial de la aseguradora de la Administración, que indica: “La paciente sufrió una trombosis y no una sección de la arteria poplíteo. Como se ha apuntado anteriormente, las trombosis producen una isquemia que generalmente aparece pasado el primer día postoperatorio. El 6 de diciembre es reevaluada sin objetivarse déficit vascular dejándose en observación. Sin embargo, a las 10:30 se vuelve a explorar, esta vez, midiendo la saturación de oxígeno con un pulsioxímetro colocado en el primer dedo del pie sin detectarse captación, por lo que se deduce que la paciente tiene finalmente un déficit vascular y se deriva de forma urgente a un centro donde se pueda llevar a cabo el tratamiento adecuado”.

Por otro lado, respecto a la atención medica recibida por la paciente, el informe de la Inspección Médica señala que la actuación médica fue acorde a la *lex artis*. Señala que obra en la historia clínica el estudio preoperatorio y el consentimiento informado firmado por la interesada el 11 de octubre de 2018, en el que se describen como complicaciones importantes la lesión de los nervios y de los vasos de la extremidad. En cuanto a la asistencia sanitaria postquirúrgica, concluye lo siguiente:

“Tras el postoperatorio inmediato en Sº de Reanimación, pasa a control en Planta de Sº Traumatología donde se supervisa entre otras cosas, y como mínimo, estado general de la paciente, constantes, analítica, estado de la extremidad intervenida, drenaje de la herida quirúrgica.

»En esta evolución y desde el primer momento, se vigila especialmente la insensibilidad refiere paciente desde la Unidad de dolor postoperatorio (folio 12).



»Le realizan las pruebas de exploración física correspondientes para comprobar el estado, observándose un retardo en el llenado arterial, aspectos que, en los primeros momentos del postoperatorio (la misma tarde la intervención), pueden ser consecuencia de la propia inflamación o de la anestesia utilizada. Fue controlada por los profesionales de enfermería quienes dieron aviso al anestesiólogo y traumatólogo de guardia.

»6) La mañana siguiente día 5/09, menos de 24 horas después de la intervención, fue revisada de nuevo por traumatólogo. Se realizó revisión de constantes, exploración física y se solicitó la realización de ecodoppler urgente.

»Ante la indefinición de las pruebas específicas (ecodoppler realizado de urgencia, la clínica dudosa, la situación de edema postoperatorio que dificulta la exploración etc..., el traumatólogo de guardia contacta y consulta con el Servicio de cirugía vascular de xxx2 a las 10.30 h. Tras ello se acuerda el traslado con el diagnóstico de... (sic) neurovascular al citado Hospital para para completar estudio.”

Sobre este particular, el dictamen pericial indica que “la paciente fue atendida en todo momento y la sospecha de una posible lesión vascular existía desde el día siguiente a la intervención, pero al no confirmarse en las pruebas de imagen, los facultativos deciden mantener a la paciente en observación. Sin embargo, al no ser la prueba concluyente y tratarse de una complicación grave, estaría indicado trasladar a la paciente a otro centro para completar el estudio y descartar la lesión arterial”.

En consecuencia, como se hace constar en la propuesta de resolución, “La especialista de la Aseguradora no comparte completamente esta evaluación asistencial. Aunque parte igualmente de considerar correcto el seguimiento postoperatorio, lo que permite realizar la sospecha de Isquemia y llevar a cabo la prueba indicada ante la sospecha, el ecodoppler, considera la Dra. yyy2 que, dado el resultado no concluyente de la prueba, que no descartó la isquemia, la paciente debió ser derivada a Hospital de referencia con Servicio de Cirugía Vascular en ese momento, es decir, el día 5 de diciembre de 2018.

»(...)

»No obstante, tras el resultado no concluyente de la prueba, pero que no descartó la isquemia, en ese momento debió derivarse a la paciente al



hospital de referencia de Cirugía Vasculár, en este caso el Complejo Asistencial Universitario de xxx2, para realizar más pruebas diagnósticas que permitieran un diagnóstico de certeza y, de confirmarse la sospecha de isquemia, proceder a la cirugía, como se pone de manifiesto en el Informe de la Dra. yyy3, cuya conclusión se asume por su condición de especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

»Consecuentemente con lo expuesto, se asume una demora de unas horas en derivar a la paciente al Complejo Asistencial Universitario de xxx2, y por tanto en realizar la cirugía reparadora. Lo que conlleva la asunción del perjuicio que pueda vincularse a esta demora en el tratamiento de la complicación.

»En este punto es preciso insistir en que el perjuicio imputable a la Administración no es la producción la isquemia. Como se ha explicado, ésta es una complicación descrita de la cirugía, previamente informada y cuyo riesgo fue asumido por la paciente previamente a la intervención, complicación que se produjo a pesar de una correcta praxis preoperatoria y operatoria, y de un seguimiento postoperatorio adecuado en el que se establece correctamente la sospecha diagnóstica, lo que rompe el vínculo causal entre la producción de la complicación y la actuación sanitaria, a la vez que el daño derivado de la complicación carece de antijuridicidad”.

Por todo ello, este Consejo comparte el criterio seguido en la propuesta de la Administración, y considera que la asistencia sanitaria prestada al paciente no resulta ajustada a la *lex artis ad hoc*, Por ello, la reclamación debe estimarse.

6ª.- En cuanto al importe de la indemnización, la reclamante solicita 141.532,48 euros, por los siguientes conceptos y cuantías:

- Por lesiones temporales: perjuicio básico (838,35 euros), perjuicio particular (16.763,86 euros) y perjuicio patrimonial daño emergente (40.222,18 euros).

- Por secuelas: perjuicio básico (68.169,06 euros), perjuicio particular (14.487,71 euros) y perjuicio patrimonial daño emergente (1.055,32 euros).

Asimismo, reclama gastos de ayuda a domicilio (28.714,41 euros) y gastos por estancias en residencias (10.326,76 euros).



No aporta dictamen pericial de valoración del daño corporal.

Existe discrepancia entre la valoración de algunos conceptos efectuada por la reclamante y la realizada en el informe pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración. Sin embargo, ambos coinciden en la aplicación del baremo establecido en la Ley 35/2075, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, utilizado con carácter orientativo y no vinculante, conforme al criterio jurisprudencial, y conviene que el momento al que hay que referir la estabilización lesional es la fecha del alta en rehabilitación, el 27 de junio de 2019.

1) En cuanto a las lesiones temporales, coinciden en los días por perjuicio personal básico, y existe controversia sobre el cómputo de días por perjuicio personal grave, por lo que, al no haberse aportado un dictamen pericial de valoración por la reclamante, ha de atenderse al informe de la aseguradora.

a) 14 días por perjuicio personal grave. La reclamante interesa 17 de días de hospitalización, sin embargo, se considera adecuada la estimación efectuada por la Administración conforme al informe de la aseguradora que indica "7 días de hospitalización (del 4 al 21 de diciembre de 2018). Pero de ellos, deben descontarse los 5 días de media de hospitalización por cirugía de PTR, que habrían tenido lugar en todo caso). Hay que añadir 2 días más (del 26 al 27 de diciembre; cierre de la fasciotomía). Por tanto, se consideran 14 días de hospitalización". La valoración que corresponde a este concepto es de 1086,54 euros.

En cuanto a los días por ingreso de residencia, la propuesta de resolución, de forma acertada, señala: "159 días de ingreso en residencia asistida, que considera asimilados a Ingreso hospitalario, indicando que la reclamante, debido a sus limitaciones, ha precisado ingreso en residencia asistida del 21 de diciembre de 2018 al 31 de mayo de 2019 (es decir, 161 días menos los dos días de ingreso hospitalario 26 y 27 de diciembre). No puede incluirse este concepto en su totalidad, porque deben descontarse los 150 días de rehabilitación estándar tras una cirugía de prótesis de rodilla señalados por las especialistas en valoración del daño. El periodo de recuperación es consustancial a cualquier postoperatorio de PTR, y en este caso la interesada ya había previsto hacer la recuperación tras la cirugía de PTR en una residencia porque vivía sola, como acertadamente señala la



Inspectora Médica en su informe (...). Por tanto por este concepto de los 159 días propuestos por la reclamante sólo pueden computarse los 9 días que exceden del periodo normal de recuperación post quirúrgica de PTR. Se acepta la asimilación a días de hospitalización, siguiendo el razonamiento del informe de la aseguradora. La valoración por este concepto asciende a 698,49 euros.

b) 27 días por perjuicio personal básico. La valoración por este concepto asciende a 838,35 euros.

2) En cuanto a las secuelas, coinciden en valorar las dos intervenciones en la misma horquilla: la cirugía urgente (Grupo V) y la cirugía plástica (Grupo IV). La valoración económica de estas secuelas asciende a 1914,44 euros.

En cuanto al perjuicio estético, la reclamante valora dicho perjuicio en 12 puntos, que se asumen por la Administración. Los 12 puntos por perjuicio estético se valoran en 9.850,30 euros.

Por su parte, en lo relativo a las lesiones permanentes, atendiendo a la edad de la reclamante 76 años, se reconocen 25 puntos. La propuesta de resolución admite la secuela por la parálisis del nervio peroneo, asignándole 18 puntos. Asimismo se reconoce la secuela de parestesias de partes acras con 8 puntos. Sin embargo, rechaza la calificación de la secuela de por protesis vascular al entender que es un tratamiento a la isquemia sufrida. Por ello, la valoración realizada es de 28.062,32 euros.

3) En cuanto al perjuicio por pérdida de calidad de vida por secuelas, la reclamante solicita también una indemnización por este concepto atendiendo a las lesiones y secuelas producidas y las limitaciones que origina a la paciente en su vida habitual y actividades de la vida diaria. El informe de la aseguradora admite la valoración realizada por la interesada que asciende a 14.487,00 euros.

Asimismo, se rechazan los gastos posteriores a la estabilización lesional de 27 de junio y los anteriores a la cirugía programada. Por lo que se refiere a los relativos a la residencia, la propuesta de la Administración, de forma acertada, indica: "(...) únicamente cabría contemplar los correspondientes a los 159 días que estuvo ingresada en la residencia tras la intervención, y de ellos únicamente 9 serían imputables a la Administración, siendo los restantes 150 días los correspondientes a la normal recuperación de una



cirugía de PTR, como ya ha quedado anteriormente explicado. Dado que acredita un cargo mensual de 1.110,56 euros por estancia en la residencia, se asume un importe de 333,17 euros por este concepto”.

Finalmente, la propuesta de la Administración establece que “la indemnización así calculada debe ser minorada proporcionalmente, dado que el perjuicio imputable a la Administración no es la totalidad del daño causado por la isquemia, sino el correspondiente a la pérdida de oportunidad terapéutica de la isquemia vinculada a la demora de unas horas en derivar a la paciente al Complejo Asistencial Universitario de xxx2”. Así, el citado informe pericial de la aseguradora, que establece que “Como se ha expuesto anteriormente, hasta el 32 % de los pacientes que han sufrido una isquemia arterial presentan como secuela una lesión neurológica permanente. Este porcentaje del 32 % debe descontarse de la indemnización.”

Por lo expuesto, este Consejo considera razonable la indemnización de 38.944,01 euros que se proponer reconocer a la reclamante, sin perjuicio de su actualización a la fecha de la resolución que ponga fin al procedimiento de responsabilidad de conformidad con el artículo 34.3 de la Ley 40/2015.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 38.944,01 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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