



Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero
Sra. Ares González, consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 20 de junio de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 234/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 10 de mayo de 2024 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. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy4 en el Hospital hhh1 y en el Centro de Salud hhh2 (xxxx).

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de mayo de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 234/2024, 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 presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 15 de septiembre de 2021 D. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos por la insuficiente asistencia médica que le fue prestada a Dña. yyy4 (hermana,



mujer e hija de los reclamantes) que falleció el 30 de septiembre de 2020, a los 53 años de edad.

Consideran que el fallecimiento se debió a una falta de atención sanitaria que agravó la patología que presentaba.

En su escrito relatan que "Fue ingresada en planta y las pocas horas pasó a la UCI, con shock séptico, donde falleció al cabo de cinco días (30 de septiembre) por fallo multiorgánico y estando pendiente del resultado del cultivo que le hicieron cuando ingresó en el hospital, lamentablemente tarde. Se adjunta, como doc. 4, esquila de la persona fallecida.

»Una muerte que se pudiera haber evitado si se le hubieran realizado los controles y practicado las pruebas necesarias a tiempo y aplicado el tratamiento antibiótico correspondiente, porque de los datos del informe de UCI, cabe deducir que la infección que luego pasó al pulmón, se inició en el aparato urológico o excretor, y de haberle realizado un análisis o cultivo, durante el tiempo en que estuvo en su domicilio, con un antibiótico simple, se podría haber controlado y evitar así la sepsis y en definitiva el fallecimiento".

Cifran la indemnización reclamada en un total de 152.344,67 euros: para Dña. yyy3, 42.563,32; para D. yyy1, 16.224,63 euros; y para D. yyy2, 93.556,72 euros.

Adjuntan a su escrito nota necrológica, el libro de familia, un poder de representación otorgado por Dña. yyy3 a favor de D. yyy1, el informe médico de alta y un dictamen pericial médico.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica de la paciente, informes del jefe de la Sección de Aparato Digestivo de Medicina Intensiva de 4 de octubre de 2021 y del médico especialista del Servicio de Medicina Intensiva de 1 de octubre del 2020, ambos del Complejo Asistencial Universitario de xxxx; un informe de la médico de familia del Centro de Salud hhh2 de 6 de octubre de 2021 y un informe de la directora médica de la GAS de xxxx. Asimismo, constan informes de la Inspección Médica de 10 de marzo de 2022 y 30 de noviembre de 2023 y un informe realizado a instancia de la aseguradora de la Administración por dos médicos especialistas en medicina familiar-comunitaria y en medicina interna de 7 de abril de 2022.



Tercero.- Concedido trámite de audiencia a los reclamantes, el 24 de noviembre de 2022 presentan escrito de alegaciones.

Cuarto.- Concedido nuevo trámite de audiencia, el 22 de diciembre de 2022 a los reclamantes presentan escrito de alegaciones, en el que ratifican sus pretensiones.

Quinto.- El 22 de abril de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 26 de abril de 2024 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.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 tramitado con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (15 de septiembre de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (26 de abril de 2024), incumpliendo el plazo máximo de resolución y notificación establecido en su artículo 91.3, lo que no elimina la obligación de dictar resolución expresa conforme a lo dispuesto en el artículo 21.1 de la LPAC. Tal dilación 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 contraría los principios de buena administración y el de control del gasto público ligado a la consecución de los objetivos de estabilidad presupuestaria, considerado el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización se vaya a conceder a la reclamante, 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.

Sobre dicho retraso, cabe traer a colación la sentencia de 22 de septiembre de 1987, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, que, ante un retraso de tres años en resolver la petición del interesado, calificó como "absolutamente reprobable" dicho retraso, al incumplirse el deber de la Administración de resolver en plazo y el derecho del particular a obtener resolución en un plazo razonable. Y afirma de manera rotunda que "esto es de todo punto inaceptable en un Estado social y democrático de derecho como es el nuestro, donde la Administración ha de procurar con su actuación ganarse el respeto y la confianza del ciudadano lo que evidentemente aquí no ha hecho". El mismo tribunal, en sentencia de 18 de diciembre de 2019, fija como doctrina casacional la de que "del derecho a una buena Administración pública derivan una serie de derechos de los ciudadanos con plasmación efectiva. No se trata, por tanto, de una mera fórmula vacía de contenido, sino que se impone a las Administraciones públicas de suerte que a dichos derechos sigue un correlativo elenco de deberes a estas exigibles, entre los que se encuentran, desde luego, el derecho a la tutela administrativa efectiva y, en lo que ahora interesa, sobre todo, a una resolución administrativa en plazo razonable".



3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al consejero de Sanidad, conforme a lo establecido en los artículos 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 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 además se remite el artículo 81 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 y a la doctrina del Consejo de Estado y 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 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 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 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.

Expuesto lo anterior, debe recordarse que la prueba de los hechos constitutivos de la reclamación es una carga del interesado, de acuerdo con



los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, aunque la Administración tiene la obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio, en mayor medida en los casos en que los datos estén sólo en poder de aquélla. De la misma manera, los hechos impositivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).

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

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 numerosos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar “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. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

El Consejo Consultivo de Castilla y León ha tenido la oportunidad de pronunciarse sobre la pérdida de oportunidades terapéuticas, -directamente en los Dictámenes 135, 481, 619 o 837/2013, 1/2014, 279, 290/2015, 260/2016, 19, 66/2017 y 106/2017 entre otros- e indirectamente en otros muchos asuntos.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, la parte reclamante mantiene que, la asistencia sanitaria prestada a la fallecida no fue acorde con la *lex artis*.

Indican que inicialmente la falta de comunicación y el retraso en la realización de pruebas médicas en atención primaria provocó que cuando la paciente fue trasladada al hospital ya se encontrara con una infección muy grave.

Sostienen que, una vez en el Complejo Asistencial Universitario de xxx, el Servicio de Digestivo le diagnosticó erróneamente una hepatitis aguda alcohólica grave y que tras superar la hepatitis aguda que padecía, a sabiendas de la existencia de un brote de COVID en la planta donde estaba ingresada, el día 3 de septiembre recibió el alta. Al día siguiente en su domicilio, al realizarse una PCR de SARS-CoV2, ésta resultó positiva. Por ello señalan que de haber seguido hospitalizada se hubiera podido atajar la infección que padecía y que incluso el reingreso hospitalario de la paciente para ser tratada hubiera evitado su evolución y la muerte. Igualmente ponen de manifiesto que durante la convalecencia en el domicilio su estado general empeoró debido a la infección por SARS-CoV2, sin que sus familiares pudieran contactar con el médico de atención primaria, hasta que reingresó con un cuadro séptico junto a insuficiencia renal y respiratoria, por lo que, una vez en la UCI, falleció.

Añaden que la situación en la que se encontraba la paciente precisaba su derivación a un hospital de referencia con unidad de trasplante hepático, a fin de ser sometida a un seguimiento en régimen hospitalario y que, sin embargo, tal seguimiento se efectuó por un médico de atención primaria con revisión del especialista en digestivo aproximadamente mes y medio después.



Por tanto, concluyen que la deficiente prestación asistencial y el retraso en la realización de pruebas médicas impidió un diagnóstico certero y la prescripción de un tratamiento adecuado a la patología que sufría agravada por la infección de coronavirus que padecía; demora que le privó de oportunidades terapéuticas, lo que desembocó en el desgraciado desenlace.

Por su parte, los informes de la Administración sanitaria obrantes en el expediente mantienen que la paciente fue correctamente evaluada, tanto por el centro de salud como por el Servicio de Digestivo.

Idéntico criterio adoptan el informe de la Inspección Médica y el dictamen médico de la aseguradora de la Administración, que concluyen que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

En cuanto a la atención prestada en el ámbito de la Atención Primaria, la Inspección Médica mantiene que, en el primer periodo comprendido entre 6 de abril y el 11 de agosto de 2020 –fecha del primer ingreso hospitalario-, la actuación sanitaria prestada fue correcta. Así, en su informe de 10 de marzo de 2022 indica que “Los reclamantes consideran que la actitud de la médica fue de gran indolencia, pues como se comprobó dejó transcurrir mucho tiempo sin realizar análisis o al menos examinarla.

»Ante esto, informar no se observa indolencia y se considera correcta la derivación a Urgencias efectuada el 11/08/2020, dada la situación que la paciente presentaba, en ese momento con cuadro clínico florido que orientaba a la presunción de Hepatopatía grave. Resulta de interés en esta consideración que la paciente al llegar a Urgencias del Hospital, se mostró reticente al ingreso que, de forma concluyente, le fue indicada por los médicos.

»Anteriormente (junio) la escasa sintomatología leve e inespecífica que presentaba la paciente orientaba a la sospecha de conflicto vivencial por el confinamiento, restricciones y el miedo y ansiedad ocasionado por la pandemia y lo prudente y lo que se hizo fue proponer analítica general”.

De igual modo concluye respecto al periodo del 4 de septiembre al 25 de septiembre de 2020 -fecha del segundo ingreso hospitalario- pues señala que “En esta segunda etapa tampoco se aprecia desatención. La paciente



estaba en seguimiento por el Equipo COVID y también hubo contactos del Equipo de Atención Primaria.

»Si bien es cierto- que en esas fechas como medida de contención de la propagación de la pandemia- se requería contactar previamente por teléfono con los Centros de Salud para la atención, y estas circunstancias entorpecieron a los pacientes la accesibilidad, hay que recordar que los Servicios de Urgencia Hospitalarios estuvieron siempre abiertos a la atención presencial y no consta que la paciente acudiera, demandando asistencia sanitaria”.

Asimismo, estima que la prestación asistencial en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx fue correcta. Divide tal actuación en dos periodos, correspondientes a los dos ingresos hospitalarios de la paciente. En el primer ingreso “Los reclamantes consideran que el alta `a sabiendas de un brote de COVID iniciado ese día o el anterior `fue una negligencia cometida por SACYL, dejando al `azar´ el que hubiera podido contagiarse o no, y enviarle a casa donde la atención facultativa iba a ser mucho menor.

»Al respecto informar no se aprecia indicio alguno de negligencia por parte de SACYL al enviar a la paciente a domicilio, ya que se había decidido alta con seguimiento ambulatorio (3110812020), una vez estabilizada clínica y analíticamente y se había informado de ello a la paciente y familia 2-3 días antes.

»Asimismo parece adecuado precisar que en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia y en fase de transmisión comunitaria, la seguridad de los pacientes orientaba a mayor espacio de seguridad dentro del domicilio, y a la paciente se le había indicado correctamente el tratamiento a seguir: medicamentoso, dietético y de abstención de alcohol”.

Criterio que comparte el dictamen médico pericial de la aseguradora de 7 de abril de 2022, que incide en que el 3 de septiembre la paciente no presentaba sintomatología que hiciera sospechar de una probable infección en por SARS-CoV2. Este señala que “El alta ya estaba decidida desde hacía 3 días, la paciente no presentaba clínica respiratoria que hiciera sospechar de su probable infección, y la seguridad frente a la infección de covid siempre iba a ser mayor en su domicilio. Además, en esa fase de pandemia estaba claramente establecida la gestión de crisis existiendo en todos los hospitales



áreas de covid y áreas libres de covid lo que no asegura en ningún caso al 100 % la posibilidad de contagio a pesar de las medidas adoptadas”.

También la Inspección Médica se pronuncia acerca de la procedencia de remitir a la paciente a un hospital de referencia con unidad de trasplante mantenida por la pericial de parte en los siguientes términos: “Los reclamantes encargaron informe al Dr. yyy5, y alegan que del informe se desprende una serie de omisiones o falta de atención y que la muerte pudo ser evitable. Alegan que, en vez de alta a domicilio, debió ser derivada a un Hospital de referencia con Unidad de Trasplante Hepático, y también que el tiempo que se señaló (mes y medio) para la revisión era excesivo.

»(...)

»Se manifiesta en la Instrucción: acuerdo con las argumentaciones contenidas en el informe del jefe de Sección de Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de xxxx del 4/10/2021. Y Se considera que la paciente no se hubiera beneficiado de derivación a otro Hospital y que claramente no existía indicación al respecto de acuerdo a la buena práctica clínica.

»Se considera también la recomendación de la Guía de práctica clínica de la Enfermedad Hepática por alcohol de la Asociación Española para el estudio del Hígado (AEEH) y en la que intervino el Dr. yyy5 y que establece, en cuanto a la indicación de trasplante (textual):

»El trasplante hepático está indicado en pacientes con ACLF asociado a EHA cuyo alcoholismo no presenta contraindicaciones para el trasplante. El trasplante no está indicado en los pacientes con HA grave o en aquellos con ACLF debido a otro desencadenante en los cuales el alcoholismo no ha sido evaluado de forma adecuada.

»(...)

»Ante esta recomendación de la citada Guía, que ratifica los criterios expuestos por Dr. yyy6, abundar en que queda claro que el Dr. yyy5 en su informe de consulta ex-parte entra en contradicción, con lo indicado en la guía de la que asimismo es autor (...).”



Del mismo parecer participa la aseguradora de la Administración cuyo informe pericial emitido por médico especialista es claro en sus conclusiones sobre esta cuestión: "No se deriva a la unidad de trasplante ya que en su caso según las guías clínicas no cumplía los criterios necesarios, ya que es condición obligada el permanecer sin beber alcohol al menos 6 meses".

Como se ha expuesto, en el segundo ingreso se realizaron las pruebas de imagen y analíticas pertinentes y se prescribió un tratamiento acorde con el cuadro clínico severo que presentaba. Al respecto el mentado informe de la Inspección Médica mantiene que "El 25/09/2020, la paciente reingresó en el Hospital y procedente de la planta de Digestivo ingresó (misma fecha) en la UCI, por shock séptico e insuficiencia renal y respiratoria.

»Precisó perfusión continua de noradrenalina, antibioterapia, albúmina, Furosemda y vitamina K, así como varias sesiones de diálisis renal. Recibió transfusión sanguínea y de plasma. Posteriormente empeoró su cuadro de Insuficiencia Respiratoria y se procedió a intubación y ventilación mecánica previa sedo analgesia.

»El TAC toracoabdominal y pélvico realizado el 28/09/2020: mostró extensas consolidaciones parenquimatosas pulmonares bilaterales en relación con afectación por COVID y Ascitis masiva que ha progresado significativamente respecto a control previo. Hepatomegalia a expensas fundamentalmente de lóbulo izquierdo y del caudado, con lóbulo hepático derecho de pequeño tamaño en probable relación a alteraciones de la perfusión. Significativa mejoría del componente de infiltración grasa respecto al control previo del 11/08/2020.

»El 30/09/2020 sufrió empeoramiento progresivo con fallo multiorgánico a pesar de las máximas medidas terapéuticas y falleció en la UCI por coronavirus con Neumonía Bilateral en paciente convaleciente de Hepatitis aguda grave de origen alcohólico.

»La actuación sanitaria del Complejo Asistencial Universitario de xxxx ha sido correcta, es decir, conforme a los parámetros de la *lex artis ad hoc*, ya que se entiende que la actividad sanitaria no tiene porqué garantizar un resultado, sino un empleo correcto de la ciencia y de la técnica médica en atención a las circunstancias del caso".



La misma conclusión recoge el dictamen médico de la aseguradora de la Administración cuando indica que “Ingresa en UCI con un cuadro de shock séptico, insuficiencia respiratoria secundaria a infección por coronavirus e insuficiencia renal, implementándose todas las medidas necesarias a pesar de lo cual la paciente fallece el día 30 de septiembre del 2020”.

Dicho lo que antecede, la actuación médica, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de especializada, estaba amparada por la *lex artis*. La paciente, en una primera valoración, fue debidamente atendida por la médico de familia con pleno respecto a la autonomía del paciente, pues, según la documentación obrante en el expediente, ella misma demoró casi dos meses la realización de pruebas analíticas que, una vez practicadas y valoradas, motivaron el primer ingreso hospitalario. En el Complejo Asistencial Universitario de xxxx fue diagnosticada de una hepatitis alcohólica Maddrey 42 y, tras la mejoría de su patología, fue dada de alta hospitalaria. Posteriormente, en su domicilio resultó positiva en COVID, por tanto, sometida a seguimiento por el equipo COVID del centro de salud, a lo que hay que añadir que durante su convalecencia domiciliara constan anotaciones de prescripción de recetas e intentos de comunicación fallida de su médico y enfermera. En estas circunstancias, cuando el hermano acude presencialmente a la consulta, se programa visita domiciliaria al día siguiente, en la que, ante el cuadro grave que presentaba la paciente, se derivó a urgencias. Ingresada en la unidad UCI con un cuadro de shock séptico, insuficiencia respiratoria secundaria, infección por coronavirus e insuficiencia renal, se prestaron los medios razonablemente exigibles, a pesar de lo cual la paciente falleció el día 30 de septiembre del 2020.

En definitiva, al acogerse los argumentos expuestos en los informes médicos de la Administración sanitaria, informes de la Inspección Médica y dictamen pericial médico de la aseguradora de la Administración, no existen razones objetivas que permitan constatar que la actuación de los profesionales sanitarios haya sido negligente o incorrecta y, sin que pueda apreciarse en la actuación médica pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica, por lo que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.



III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy4 en el Hospital hhh1 y en el Centro de Salud hhh2 (xxxx).

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