



Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero y
ponente

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 19 de febrero de 2025, con asistencia de los miembros que se expresan al margen, emitió, por unanimidad, el siguiente dictamen:

DICTAMEN 570/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 19 de diciembre de 2024 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de las reclamaciones presentadas por Dña. yyy1 y otros, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy2.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 26 de diciembre de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 570/2024, 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 al consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 29 de marzo de 2021 Dña. yyy1 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, fallecida, Dña. yyy2, en el centro de salud xxx1 II y en el Hospital hhh1 de esa ciudad.

Indica que después de haber tenido contacto con una amiga que había fallecido por COVID-19, empezó a padecer los síntomas de la enfermedad a mediados de marzo de 2020. Entiende que ha existido carencia de tratamiento y asistencia, negligencia, o trato desigual y abandono por su edad, que durante



estos primeros días de su enfermedad únicamente tuvo atención telefónica en atención primaria y que no fue ingresada en un centro hospitalario hasta el día 21, después de un empeoramiento de su situación con desorientación y dificultad respiratoria. Considera que, a pesar de cumplir los criterios para ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), fue rechazada debido a su edad (78 años). Relata que, infructuosamente, se puso en contacto con otros centros hospitalarios con el objeto de trasladar a su madre; y que después de una defectuosa asistencia sanitaria, al denegarle el respirador y el ingreso en la UCI, el 30 de marzo se produjo el fallecimiento debido a una insuficiencia respiratoria.

Reclama por los importantes daños de carácter personal y moral padecidos, que han afectado a su salud física y mental con necesidad de tratamiento psicológico y psiquiátrico, si bien no cuantifica dichos daños.

Solicita la práctica de prueba documental, pericial y aporta junto con la reclamación diversa documentación médica, transcripciones de llamadas telefónicas, y queja presentada ante el Procurador del Común (expediente 1658/2020)

Segundo.- El 31 de mayo de 2021 Dña. yyy3, en su propio nombre y en representación de sus hermanos D. yyy4, Dña. yyy1, Dña. yyy5, D. yyy6 y D. yyy7, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Consejería de Sanidad como consecuencia del fallecimiento de su madre yyy2, ocurrido el día 30 de marzo de 2020 en el Hospital hhh1 de xxx1.

Reclama 180.000 euros por los daños morales y de todo tipo derivados del fallecimiento, a favor de los hijos.

Aporta certificado de defunción, copia del libro de familia, diversa documentación médica y resoluciones del Procurador del Común recaídas en los expedientes 1662 y 1658 de 2020.

Tercero.- Mediante oficio de 9 de agosto de 2021 se acuerda la tramitación conjunta de ambas reclamaciones, de conformidad con el artículo 57 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Cuarto.- Por oficio de 10 de agosto se requiere a la compareciente para que acredite la representación que dice ostentar sobre sus hermanos.



Tal documentación se presenta el 12 de octubre.

Previamente el 10 de octubre Dña. yyy1 cuantifica los daños reclamados en su primera reclamación en 79.952,66 euros.

Quinto.- Obran en el expediente además de la historia clínica, informes del Centro de Salud xxx1 II, del punto de atención continuada hhh2, del Servicio de Medicina Interna del hospital de xxx1, del Servicio de Medicina Intensiva, de la Dirección Médica de dicho centro, y de la Inspección Médica, e informe médico pericial de 7 de marzo de 2022 emitido por especialistas en medicina interna, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

Sexto.- El 30 de mayo de 2022 se concede trámite de audiencia a Dña. yyy1 y a Dña. yyy3.

El 13 de junio y el 27 de junio, respectivamente, Dña. yyy3 y Dña. yyy1 comparecen para obtener vista del expediente.

Las alegaciones se formulan el 24 de junio y el 8 de julio respectivamente. En ellas las reclamantes, básicamente, se afirman y ratifican en sus reclamaciones y consideran que existen contradicciones entre la documentación obrante en el expediente y el informe tanto de la Inspección Médica como del perito de la Administración.

A la vista de tales alegaciones, se da traslado de las mismas a la Inspección Médica, la cual, el 8 de agosto, manifiesta aquellas no desvirtúan el informe emitido con anterioridad.

Séptimo.- El 30 de junio D. yyy7 comunica su desistimiento de la reclamación.

Octavo.- El 11 de noviembre de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

Noveno.- El 3 de diciembre de 2024 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 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 LPAC.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presentaron las reclamaciones (29 de marzo y 31 de mayo de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (11 de noviembre de 2024), transcurriendo con creces el plazo de seis meses recogido en el artículo 91.3 de la LPAC. 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.

En particular, llama la atención de este Consejo el dilatadísimo lapso temporal que transcurre entre la ratificación del informe por parte de la Inspección Médica (8 de agosto de 2022) y la formulación de la propuesta de resolución (11 de noviembre de 2024), sin que conste la realización de trámites intermedios o requerimientos de algún tipo.

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.- La reclamación se ha interpuesto por personas legitimadas.

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.

Las interesadas han ejercitado su derecho 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, de Régimen Jurídico del Sector Público, a la que además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo y a la reiterada 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) 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 haya presentado 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 se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

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 este 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.

A mayor abundamiento 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, es preciso valorar si la asistencia sanitaria prestada a la fallecida se acomodó a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

Como ya se indicó en el Dictamen 463/2022, de 17 de noviembre, no cabe obviar que la abrupta irrupción del COVID-19, enfermedad nueva que alcanzó la consideración de pandemia en las fechas a que se refiere la reclamación -y que motivó la declaración del estado de alarma-, ocasionó una situación límite en los servicios sociales y sanitarios españoles durante varios meses y provocó decenas de miles de fallecidos. Ante este escenario resulta imposible desvincular un caso como el objeto del presente dictamen de la situación límite que se experimentó al comienzo de la pandemia. Así lo han señalado también el Consejo Consultivo de Andalucía (dictámenes 424/21, de 1 de junio, y 100/22, de 10 de febrero) y la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid (dictámenes 177/22 y 184/22, de 29 de marzo; 342/22, de 31 de mayo; 177/2022, de 29 de marzo; y 581/2022, de 20 de septiembre), al informar asuntos semejantes.

La vulneración de la *lex artis* alegada se traduciría en una deficiente atención, tanto en un primer momento, en el ámbito de atención primaria, y hasta el momento la hospitalización, ya que consideran las reclamantes que la paciente fue atendida únicamente de forma telefónica y no fue asistida en su domicilio hasta el día 19 de marzo de 2020.

Frente a ello, el informe de la Inspección Médica recalca que la paciente "fue atendida en Atención primaria conforme a los protocolos de organización de servicios sanitarios y asistencia sanitaria establecidos para los pacientes sospechosos-enfermos de COVID-19 que existían en esas fechas, al comienzo de la pandemia, que existía un conocimiento escaso de la nueva enfermedad que afectó a todo el territorio nacional. Pudiéndose considerar correcta la actuación". La Inspección también indica que la paciente fue controlada de manera presencial por atención primaria los días 19 y 21 de marzo de 2020, telefónicamente los días 17, 18, 20 y 21 de marzo de 2020 y que desde el primer momento fue considerada como paciente de riesgo, llegándose a pautar un test de COVID el 20 de marzo de 2020.

Por su parte el facultativo del punto de atención continuada hhh2 que atendió a la paciente presencialmente el 21 de marzo no apreció síntomas ni signos de déficit neurológico y sus constantes eran normales, sin signos tampoco de insuficiencia respiratoria (cianosis o taquipnea).



Según el informe del punto de atención continuada de 3 de mayo de 2021 "La paciente fue atendida según los protocolos vigentes en el momento de las consultas reclamadas, sin desatención alguna por el equipo médico del SUAP en los días 20 y 21 de marzo de 2020, vía telefónica ante consultas informativas (insistiendo continuamente en explicar los síntomas de alarma e instando a volver a consultar ante cualquiera de ellos) y presencial en domicilio tras empeoramiento de síntomas, recordando que una paciente válida podía acudir a valoración presencial en el SUAP sin objeción alguna por parte de este servicio".

El grueso de la reclamación, sin embargo, se centra en una denegación injustificada de asistencia sanitaria ya que, una vez hospitalizada la paciente, se la privó de la posibilidad de acceder a la UCI sobre la base de criterios completamente discriminatorios como la edad (la paciente tenía 78 años en el momento del fallecimiento), existiendo UCI y respiradores suficientes en otros centros hospitalarios

Sobre esta última cuestión, conviene poner en perspectiva la situación en la que se encontraba la UCI del hospital de xxx1, ya que el momento de ingreso y valoración de la paciente coincidió con el momento de máxima ocupación de la UCI, produciéndose una situación de completo colapso y desbordamiento, y la necesidad de realizar un triaje previo a las personas ingresadas.

A este respecto el informe de la Dirección Médica del hospital, de 30 de septiembre de 2021, indica que, "Ante la situación excepcional de desastre sanitario vivida en el complejo hospitalario, confirmada por los datos a portados por el servicio de informática de nuestro centro, llegando a presentar una ocupación de un 475 % en el servicio de medicina interna y del 300 % en el servicio de cuidados intensivos, era imprescindible realizar un triaje al ingreso, como recomendaba la SEMICYUC (es imprescindible establecer un triaje al ingreso, basado en privilegiar la mayor esperanza de vida y unos criterios claros y de descarga de la UCI, basados en un principio de proporcionalidad y de justicia distributiva, para maximizar el beneficio del mayor número posible de persona', pág. 5) ...".

Dicho triaje, en palabras de la propia Dirección Médica, consiste en un proceso esencial en la gestión de pacientes cuando la demanda clínica supera los recursos disponibles. Se basa en la valoración clínica y se apoya en distintas escalas o índices recomendados por las distintas Sociedades Científicas y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, como son el índice de comorbilidad



de Charlson, APACHE, SOFA y Barthel, entre otros. Dichas escalas manejan varias variables clínicas y hay que destacar que la edad es una variable con mucho peso.

En concreto, los criterios clínicos utilizados para determinar el ingreso en la UCI, según el informe elaborado por la jefa de servicio (folios 201 y siguientes del expediente) fueron:

“- Gravedad de situación clínica, basándonos en la aparición de insuficiencia respiratoria grave, en la que el paciente permanece hipoxémico, con mala tolerancia a la deficiencia de oxígeno y con Taquipnea grave, situación que no se puede compensar con la optimización de los medios de oxigenación convencional utilizados en Planta. También han sido criterios contemplados la aparición de Shock o Disfunción Multiorgánica

»- Comorbilidad. Es decir, patología de base crónica, enfermedades previas que le sitúan en fragilidad, con alta probabilidad de complicaciones y mala respuesta a los tratamientos agresivos o enfermedades crónicas con muy limitada expectativa de vida.

»- La edad. Aunque no es un criterio estricto ni absoluto, la reserva funcional del paciente y comorbilidad, están más alterados en las avanzadas edades de la vida. La edad avanzada es un parámetro más a tener en cuenta, está presente en todos los Scores de gravedad que marcan la probabilidad de supervivencia, debido a la poca tolerancia del paciente de edad avanzada al fallo multiorgánico, hipoxia, daño vascular causado por el covid, la parada cardiaca (esta última con supervivencias del 1,5 % a los 30 días)...”.

Estos criterios se basan a su vez, entre otras, en las recomendaciones de la Comisión de Bioética de Castilla y León para la priorización del tratamiento intensivo durante la pandemia covid-19 (ante una situación excepcional de desastre sanitario) elaboradas el 20 de marzo de 2020 que incluyen como criterios clínicos de decisión los siguientes:

“Tipo y gravedad de enfermedad.

»• Pronóstico. Capacidad de supervivencia y capacidad de recuperación.

»• Esperanza de vida según comorbilidad y edad. Índice Charlson para la evaluación de la esperanza de vida a los diez años en función de la



edad y de la comorbilidad. Disponible en: <http://www.samiuc.es/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci>.

»• Situación funcional previa. Índice de Barthel. Disponible en el programa Gacela.

»• Modelo de 4 prioridades de la SEMICYUC. Disponible en: [https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMI CYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMI_CYUC-COVID-19.pdf).

»• Edad en años. No es nunca el único criterio a tener en cuenta. En situaciones extremas y ante casos similares (por esperanza de vida y situación funcional) se dará prioridad a los más jóvenes (aunque ya se incluye la edad en el índice Charlson). Se pretende reservar recursos para aquellos pacientes con más posibilidades de supervivencia y secundariamente, más años de vida salvada.

»• Otras recomendaciones generales de ingreso en UCI en situaciones excepcionales de crisis <https://www.segg.es/media/descargas/CONSENSO-RECOMENDACIONES-UCI-COVID-19.pdf>”.

Pues bien, en el supuesto objeto de dictamen, consta acreditado en la documental obrante en el expediente que el acceso de la paciente a la UCI fue descartado, no por su edad, sino por presentar un índice de Charlson de 5 desglosado en 3 puntos por la edad entre 70 y 80 años, 1 punto por la diabetes y 1 punto por la intolerancia a los AINEs, en un momento de pandemia y gran sobrecarga asistencial y con muy bajas expectativas de supervivencia, además de presentar a su ingreso numerosos factores de riesgo de gravedad y mal pronóstico tales como HTA, diabetes, dislipemia, inmunodepresión, fiebre, linfopenia, aumento de marcadores inflamatorios (Dimero D, PCR, ferritina), Radiografía con criterios radiológicos de gravedad e insuficiencia respiratoria grave. Asimismo, no consta que existieran instrucciones por escrito sobre un criterio desestimatorio de ingreso en UCI a los mayores de 75 años el día en que se produjo el ingreso (27 de marzo de 2020) si bien el peso de la edad en el Índice Charlson es tan elevado (alrededor del 60 % en este caso) que pudo ocasionar algún malentendido al transmitir los facultativos de la UCI el criterio de edad como único requisito para ingresar en la misma.

Conviene recordar, asimismo, que según la Inspección Médica, más del 80 % de los 40-50 pacientes candidatos a ingreso en UCI presentaban un índice de Charlson de 1-2.



Es cierto, como también indica la propia Inspección, que dicha valoración del Charlson 5 se ha realizado con la revisión del caso durante la instrucción de la reclamación y que se debería haber registrado obligatoriamente en la historia clínica, de forma argumentada, las decisiones tomadas, no figurando algún documento que así lo exprese, pero sin que ello afecte en modo alguno a la decisión de no ingresar en la UCI al no alterar en modo alguno los criterios que se han señalado anteriormente.

En definitiva, y como se afirma en las recomendaciones del Comité de Bioética de Castilla y León para la priorización del tratamiento intensivo durante la pandemia COVID-19 al que ya se ha hecho referencia:

“La infección por COVID-19 está produciendo un aumento de casos de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y genera un riesgo real de sobrecarga asistencial, pudiendo producirse un desequilibrio entre las necesidades clínicas de medidas de soporte vital avanzado (SVA) y la disponibilidad efectiva de recursos para dicho SVA. Se trata de una situación excepcional de desastre sanitario: aquella situación de urgencia en la que las necesidades de atención inmediata son superiores a los recursos disponibles.

»Esta situación nos puede obligar a tomar decisiones complejas desde el punto de vista ético. En este contexto, debemos optimizar los recursos para lograr el máximo beneficio para la población.

»Hay que ayudar a los profesionales responsables de tomar decisiones tan difíciles en condiciones de gran incertidumbre y bajo una elevada presión asistencial y emocional. Se trata de decisiones complejas, porque se perderán vidas de forma inevitable.

»Cuando no es posible preservar la vida o la salud de todos los enfermos y se impone optimizar los recursos, hay que aplicar la priorización en la atención (“triaje”), que consiste en valorar y “clasificar” a cada paciente de acuerdo a su nivel de urgencia, pero además en “seleccionar” a los pacientes que más se beneficiaran del tratamiento intensivo.

»Hay que priorizar el tratamiento intensivo a los pacientes con mayores posibilidades de recuperación, a pesar de que a veces no sean los más graves”.



De esta manera, el hecho de no haber procedido a ingresar a la paciente en la UCI se ha justificado desde un punto de vista médico, tomando en consideración la situación en la que se encontraba tal servicio a la fecha en la que se produjo el ingreso y también los protocolos, las enfermedades previas de la propia paciente, así como su posibilidad de recuperación, en un momento en el que los recursos materiales y personales de los servicios de Salud se vieron completamente desbordados, lo que obligó a establecer una priorización en la asignación de recursos y la realización de tratamientos. En un sentido muy similar se pronuncia el Dictamen 317/2022, de 29 de septiembre, de la Comisión Jurídica Asesora de Cataluña.

6º.- Finalmente y por lo que se refiere a la posibilidad de derivación de la paciente a un centro privado, el informe de la Dirección Médica de 9 de agosto de 2021 señala lo siguiente:

“Por lo tanto, todo paciente es libre de decidir su lugar de asistencia sanitaria, pudiendo recibir asistencia en un centro privado, si ambas partes están de acuerdo. En el caso de pacientes ingresados por COVID-19 al tratarse de una "patología o enfermedad que pueda afectar a la salud pública", se precisa la autorización y firma del documento de alta voluntaria y compromiso de mantener las medidas de aislamiento. En ningún momento se obstruyó dicho derecho.

»En el caso de la provincia de xxx2, la atención de los pacientes COVID se centralizó en el Complejo Hospitalario, por no disponer de recursos suficientes para los dobles circuitos el Hospital privado hhh3. En dicho hospital se atendieron pacientes no COVID, tanto de la sanidad pública como de la privada”.

Sobre la posibilidad de traslado a las UCIs de otros hospitales públicos, según el informe del perito especialista, “El 27/03/2020 no era posible la derivación a UCIs de otras provincias, dada la situación de sobrecarga asistencial en todas partes. Además, existía un confinamiento generalizado”.

Conviene recordar asimismo, en cuanto a los reproches relativos a la vulneración de la *lex artis*, que, como ha señalado la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de Valladolid (entre otras sentencias 1004/2022, de 27 de septiembre; 1069/2022, de 30 de septiembre; 1103/2022, de 10 de octubre; o 1191/ 2022, de 3 de noviembre), “Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas pues se



está ante una cuestión eminentemente técnica y como éste Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o saña crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

En el presente supuesto, tal y como se ha reiterado, las reclamantes no han aportado informe pericial alguno que avale sus alegaciones sobre la presencia de una atención médica no ajustada a la *lex artis*, o que haga una valoración pormenorizada del daño sufrido, más allá de remitirse e interpretar la documentación médica generada por el propio sistema de salud.

En definitiva, las consideraciones señaladas en la reclamación aparecen desprovistas de apoyo científico o pericial alguno. En este sentido, incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica. No hacerlo así supone, como ya ha señalado la doctrina consultiva, construir una reclamación en vía administrativa sobre vagas imputaciones, y resulta reprobable en cuanto impide hacer un análisis contradictorio de los extremos en conflicto, teniendo en cuenta que, como este Consejo recordó en su Memoria del año 2019, el pronunciamiento del dictamen sólo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, en este caso todos ellos aportados por la propia Administración sanitaria y su compañía aseguradora.

Por tanto, teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidas en los informes obrantes en el expediente, puede concluirse que la asistencia médica prestada a la reclamante fue correcta y que el daño invocado, al no tener la consideración de antijurídico, según ha quedado expuesto, no genera responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

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 las reclamaciones



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentadas por Dña. yyy1 y otros, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy2.

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