



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero  
y Ponente

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 11 de octubre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, 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 4 de septiembre de 2006 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. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 894/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Fernández Costales.

**Primero.-** Con fecha 5 de abril de 2000 D. xxxxx presenta un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx.



**Segundo.-** D. xxxxx, nacido el 22 de marzo de 1953, venía siendo controlado por el oftalmólogo de cupo del Centro de Especialidades Periféricas de hhhh desde el año 1994 por ser paciente diabético en tratamiento con insulina y presentar en el examen del fondo de ojo una retinopatía diabética grado I-II (microaneurisma y alguna hemorragia aislada). El día 17 de abril de 1996 es derivado por este especialista al Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx para la valoración de la realización de una angiografía flueresceínica (AGF) y fotocoagulación si se estimase procedente; en el volante de derivación se señala como resultado de exploración una agudeza visual en ojo derecho de 1 difícil y en ojo izquierdo 1 señalando la existencia en fondo de ojo de una retinopatía diabética hemorrágica con áreas de isquemia, más en ojo derecho.

El paciente es visto por primera vez en el Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx el día el 27 de mayo de 1996; en los datos de anamnesis se registra que es un paciente diabético diagnosticado desde hacía unos 11 años en tratamiento desde entonces con insulina que es remitido para realización de AGF.

El día 16 de junio de 1996 acude a consulta con el Servicio de Oftalmología a recoger los resultados de la AGF, registrando en la historia que está relativamente bien, siendo programada revisión para dentro de seis meses.

El día 10 de diciembre de 1996 acude a revisión señalando en la historia que cree seguir igual, la agudeza visual es de 1 en ambos ojos y el fondo de ojo sigue igual, programándose nueva revisión para dentro de seis meses para la realización de nuevo estudio de AGF.

El día 4 de junio de 1997 el paciente es remitido por su médico general al especialista del cupo del Centro de Especialidades Periférico hhhh con carácter urgente por pérdida total de visión en ojo derecho. Visto por este especialista el mismo día le diagnostica retinopatía diabética proliferativa con edema de mácula clínicamente significativo, indicando en el apartado de tratamiento del volante de derivación que está pendiente de fotocoagulación con láser.

El 10 de junio de 1997 acude a urgencias del Hospital de xxxxx refiriendo que hace una semana había pérdida brusca de visión en el ojo derecho junto con sensación de picor en el interior del ojo. En la exploración la agudeza visual



del ojo derecho es de percepción de luz y en el fondo de ojo se aprecian hemorragias retinianas, exudados duros y blandos, papila normal y mácula edematosa, siendo el resto de la exploración normal. Se solicita la historia clínica del paciente en la que, según señala en el informe de urgencias, se había establecido un diagnóstico de retinopatía diabética hemorrágica con áreas de isquemia. La impresión diagnóstica que formula el Servicio de Urgencias es de edema de mácula, prescribiendo como tratamiento Sulmetil-Papaverina 7 dl cada 8 horas y se indica volver a la semana.

El 17 de junio de 1997 es revisado en el Servicio de Oftalmología, se recoge el antecedente de haber estado en urgencias, la apreciación de una papila pálida y la sensación del paciente de no haber mejorado la visión; tras dilatación se observa una papila atrófica y edema de polo posterior siendo la impresión diagnóstica de embolia de arteria central de retina.

El día 16 de diciembre de 1997 se revisa al paciente, quien considera que sigue igual; la agudeza visual es de 0,1 en ojo derecho y de 1 en ojo izquierdo. Se refleja en la historia que sigue igual y se programa revisión a los seis meses.

El día 11 de junio de 1998 se vuelve a consultar al paciente, quien considera que sigue igual; la agudeza visual continúa siendo la misma y en fondo de ojo se aprecia la existencia de neovasos papilares y en arcada temporal. Se programa revisión a los tres meses, se señala en la historia que habrá que dar láser y hacer AGF.

Se revisa al paciente el día 16 de octubre de 1998, quien manifiesta haber perdido visión del ojo izquierdo. El examen de agudeza visual y el examen de fondo de ojo continúan siendo igual a anteriores exploraciones, programando revisión al mes para realizar AGF.

El 16 de noviembre de 1998 se realiza AGF y se decide dar tratamiento con láser, que se aplica el 11 de diciembre de 1998 en la zona paramacular de su ojo izquierdo, programando nueva revisión para dentro de tres meses.

El 18 de enero de 1999 acude de nuevo al Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx refiriendo la percepción de nubes en ojo izquierdo desde hace 8 o 10 días. La exploración de la agudeza visual en ojo izquierdo es de 1 y se



diagnostica de hemorragia vítrea, programando revisión a los dos meses para exploración con dilatación de pupila.

Se revisa el 22 de marzo de 1999; en la exploración se aprecia que la hemorragia retrohialoidea que presenta va cediendo, continuando la agudeza visual de ese ojo en 1 y siendo prescritas gafas de cerca.

El día 22 de abril de 1999 vuelve a consulta. En la historia se recoge que ha presentado otra hemorragia vítrea en ojo izquierdo, la agudeza visual del mismo continúa siendo la unidad y se señala en la historia que hay que pensar más adelante en realizar una vitrectomía.

El 25 de mayo de 1999 acude nuevamente a consulta. En ese momento la agudeza visual de su ojo izquierdo es menor de 0,1; en la exploración se aprecia hemorragia vítrea acusada, programando revisión al mes para la realización de una vitrectomía en caso de que no se reabsorba.

El 25 de junio de 1999 se revisa y se comprueba que el paciente sigue igual y en fondo de ojo se aprecia hemorragia vítrea y lesiones de retinopatía diabética proliferante, siendo citado para valoración de vitrectomía, consulta a la que acude el 22 de julio de 1999. En la exploración realizada con dilatación de ambos ojos se aprecia atrofia de papila en el fondo del ojo derecho y en la exploración del ojo izquierdo se observa un cristalino transparente con hemovítreo; se planifica la realización de vitrectomía pars plana. Se realiza el estudio preoperatorio de vitrectomía que incluye un estudio analítico, Rx de tórax y E.C.G., así como interconsulta con el Servicio de Anestesia, que considera, en informe de fecha 30 de julio de 1999, que en ese momento puede ser intervenido, debiendo solicitarse interconsulta con el endocrino, siendo firmado el documento de consentimiento informado de vitrectomía por el paciente.

El día 3 de agosto de 1999 es ingresado en el Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx y al día siguiente se le interviene con anestesia local de su ojo izquierdo. Durante la intervención se realiza vitrectomía y pelado de membrana, apreciando agujero yatrogénico y mácula edematosa en arcada sin apreciar restos de membranas epimaculares; se le aplica láser alrededor de pelado y de agujero y panfotocoagulación.



Tras una evolución favorable y consultar con un especialista de endocrino, se produce el alta hospitalaria el día 6 de agosto de 1999 con las indicaciones de mantener posición boca abajo durante cuatro días y curar el ojo operado con Tobradex, una o dos gotas cada 6 horas, y Atropina una o dos gotas cada 12 horas. También se le indica tratamiento con Voltaren 50, 1/12 h y Toriol 1/12 h, así como acudir a revisión en consulta de oftalmología el día 11 de agosto de 1999.

El día 11 de agosto de 1999 se revisa al paciente, observando hemorragia vítrea sin conseguir ver el fondo de ojo y sin que el paciente tenga percepción luminosa; en estudio de ecografía se aprecia desprendimiento de retina.

El día 19 de septiembre de 1999 se le vuelve a ingresar para la realización de vitrectomía y facoemulsificación en ojo izquierdo, intervención que se realiza el día 20 de septiembre de 1999 bajo anestesia general. Durante la misma se aprecia fibrosis vítrea y hemorragia en cuerpos filiares. El alta hospitalaria se produce el día 24 de septiembre de 1999. En revisiones posteriores se aprecia que el paciente no recupera la visión en el ojo izquierdo, que, finalmente, el 25 de noviembre de 1999, es considerado como ptisis bulbo.

Por las lesiones que el paciente presenta en ambos ojos se le reconoce por el INSS una gran invalidez con fecha de resolución del 15 de febrero de 2000.

**Tercero.-** Mediante escrito de fecha 5 de abril de 2000, D. xxxxx formula una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la pérdida de visión en su ojo izquierdo a "consecuencia de la excesiva lentitud en el tratamiento realizado por el INSALUD".

Considera que "la relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento del servicio público es patente y debido a la tardanza o funcionamiento tardío del servicio, puesto que, si se hubiese tratado a tiempo como se pudo haber hecho, y no se hizo con todos los medios existentes al alcance del INSALUD, no hubiere resultado el desenlace nefasto acaecido en este caso concreto. En el caso que nos ocupa, los daños producidos por esta enfermedad que ataca a los elementos de la visión, pudieron ser evitados con un tratamiento médico adecuado y prestado a tiempo, por lo cual, nos



encontramos ante una falta de asistencia sanitaria o en todo caso una prestación del servicio inadecuada, puesto que no es de recibo, que con un paciente sobre el que existe un riesgo, se permita una dejación en su tratamiento corrector hasta el punto de perder la visión primero en uno de sus ojos, y más tarde, y conociendo el fatal desenlace una vez, se permita, una segunda y por desgracia última vez, la pérdida del otro ojo por falta de control. En el presente caso, inexplicablemente, se permitió que la enfermedad fuera más rápida que la actuación médica”.

**Cuarto.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica del Hospital de xxxxx, así como distintos informes de unidades médicas y profesionales cuyo contenido se detalla seguidamente:

- Informe de los doctores rrrrr y ppppp del Servicio de Oftalmología, de fecha 2 de junio de 2000, según el cual:

“(...) La embolia de arteria central de retina es un proceso agudo que no tiene relación directa con enfermedades como la diabetes que la mayoría de las veces no admite tratamiento y que cursa casi en el 100% de los casos con pérdida total de visión en el ojo afecto (...).

»El 11-6-98 en una nueva revisión la visión seguía siendo igual a la unidad en ojo izquierdo. Se realizó una AFG de control apreciándole un comienzo de neovasos en la arcada temporal retiniana.

»Al ser una lesión de comienzo y ser la visión de dicho ojo normal, se decidió esperar, ya que la aplicación de fotocoagulación con láser puede llevar asociada efectos secundarios, entre ellos la disminución de la visión en el ojo al que se le aplique, y en este caso se trataba de un ojo único”.

- Informe de la Inspección Médica, de 1 de febrero de 2001, del que cabe destacar:

“(...) En cuanto al tratamiento de esta enfermedad se ha de considerar en primer lugar que el control de la hiperglucemia en los pacientes insulino dependientes es fundamental en la evolución de la retinopatía, estando demostrada una fuerte correlación entre el control de la diabetes y la gravedad de la misma. Aparte del tratamiento necesario para el control de las cifras de



glucemia no se ha demostrado que ningún otro tratamiento médico fuese eficaz en el control de la retinopatía diabética.

»En el caso concreto de este paciente la primera vez que es visto en el Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx derivado por el especialista oftalmólogo de cupo está diagnosticado de una retinopatía diabética en la cual se describen episodios de hemorragia de isquemia que podría ser clasificada como una Retinopatía Diabética No Proliferativa en estadio moderado-severo. La actuación teórica ante este tipo de retinopatía consistiría en revisiones periódicas y ocasionalmente recurrir a pruebas diagnósticas complementarias. Por tanto en este primer momento la actuación del Servicio de Oftalmología es correcta, realiza estudio del paciente con angiofluerescengrafía en la que no se apreciaron lesiones importantes por lo que se deduce de la historia clínica y programa revisiones del paciente, sin que en este momento estuviese indicado la realización de ningún otro tratamiento que no fuese el que el paciente siguiese para el control de su glucemia y el hacer revisiones periódicas.

»En este sentido tampoco se le puede responsabilizar al Servicio de Oftalmología ni de la aparición ni del resultado de la embolia de la arteria central de la retina que el paciente sufrió. Enfermedad de aparición brusca y de mal pronóstico a pesar del tratamiento, el cual debe instaurarse de forma urgente pues el tejido retiniano no resiste la isquemia más allá de unas cuantas horas (...).

»Es en la revisión que el Servicio de Oftalmología realiza al paciente el día 11/6/98 cuando puede plantearse la duda de si se actuó o no con la prontitud que requería el estado del mismo. (...) al observar la presencia de neovasos se señala en la historia clínica que va a requerir la aplicación de tratamiento con láser; sin embargo este tratamiento no se administra hasta seis meses más tarde, indicando los facultativos en el informe mencionado anteriormente, que no se aplicó de forma inmediata porque se valoró la agudeza visual del paciente (en ese momento la unidad) en ese ojo y los riesgos potenciales del tratamiento con láser. Bien es cierto que el tratamiento de fotocoagulación en este tipo de patología tiene una finalidad preventiva intentando evitar las complicaciones que los neovasos pueden ocasionar; ahora bien se describe un riesgo relativamente pequeño de pérdida visual severa (de un 3,6 a un 7% en dos años) para la RDP temprana por lo que en estas



circunstancias la valoración del riesgo del tratamiento con láser sí asume una gran importancia (...).”

- Informe del Dr. bbbbb, a solicitud de la compañía de seguros, de 8 de marzo de 2001, que expone:

“(...) La embolia de la arteria central de la retina constituye la causa más frecuente de oclusión de dicha arteria y supone una interrupción brusca del riego sanguíneo a la retina, con la consiguiente lesión retiniana por anoxia (...) el tratamiento es urgente y se realiza mediante el aumento de la perfusión retiniana y la disolución de los émbolos. Carece de relación alguna con la retinopatía diabética.

»En nuestro caso el paciente padecía diabetes de larga evolución y fue diagnosticado de retinopatía diabética leve sin afectación visual (agudeza del 100% en ambos ojos); es evidente que, en estas circunstancias, no está indicado ningún tipo de tratamiento puesto que los riesgos de complicación eran superiores a los de la propia enfermedad y la actuación era innecesaria desde el punto de vista funcional. Por ello, la actitud expectante debe considerarse correcta.

»Posteriormente el paciente desarrolló una embolia de la arteria central de la retina en el ojo derecho que perdió la función visual de forma prácticamente total; esta embolia carece de relación alguna con la retinopatía, por lo que constituye un episodio coincidente, ajeno al caso.

»El ojo izquierdo siguió siendo adecuadamente vigilado y mantuvo una agudeza visual del 100%; la actitud expectante se prolongó hasta que la evolución de la retinopatía, demostrada en estudio angiográfico, aumentó significativamente el riesgo de hemorragia vítrea por proliferación vascular, momento en el cual se procedió a fotocoagulación con láser. Pese a ello las hemorragias se repitieron, produciéndose, en relación con una de ellas, una disminución marcada de la agudeza visual; puesto que la hemorragia no se reabsorbió de forma espontánea, hubo de procederse a tratamiento quirúrgico (vitrectomía, pelado de membranas y panfotocoagulación), con resultado insatisfactorio y repetición de la hemorragia vítrea, sin conseguirse la recuperación visual pese a una nueva intervención.



»Todo este proceso terapéutico es correcto y acorde con la *lex artis*; los medios terapéuticos fueron proporcionados a la situación clínica y evolutiva del paciente y se aplicaron de forma progresiva en función a su agresividad (control y vigilancia en fase inicial, fotocoagulación con láser cuando aparecieron signos de riesgo de hemorragia y vitrectomía una vez se desarrollaron las alteraciones hemorrágicas del vítreo). La evolución, por tanto, debe considerarse como consecuencia de la gravedad intrínseca de un proceso (retinopatía diabética) que sigue constituyendo la causa más frecuente de ceguera en la población adulta no senil (...)

**Quinto.-** Concluida la instrucción del expediente se da audiencia del mismo al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

El 9 de mayo de 2001 el interesado formula alegaciones en las que manifiesta: "La simple lectura de la documentación obrante en el expediente evidencia que el compareciente, en el tratamiento de su dolencia, no fue atendido por los servicios del INSALUD con la diligencia que, atendidas las circunstancias concurrentes en el presente caso, le sería exigible a cualquier profesional médico, conforme a las más elementales normas de prudencia, puesto que ni siquiera al llamado «hombre medio» se le escapa el hecho de que para un paciente sobre el que de forma indubitada existe un riesgo de pérdida en la visión en un ojo, deban extremarse las precauciones e intensificarse al máximo los mecanismos de prevención y control, lo que en el supuesto analizado no se ha cumplido, aun cuando sólo fuera por los amplios lapsos de tiempo transcurridos entre las diversas consultas, revisiones e intervenciones a que fue sometido el paciente".

**Sexto.-** El 25 de noviembre de 2004 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

**Séptimo.-** El 16 de febrero de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa desfavorablemente sobre la propuesta de resolución



indicada, al considerar que existe responsabilidad patrimonial de la Administración derivada de la asistencia que fue prestada a la paciente.

**Octavo.-** El 31 de julio de 2006 el Director General de Administración e Infraestructuras formula una nueva propuesta, en este caso parcialmente estimatoria, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

**Noveno.-** El 7 de agosto de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad formulada.

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

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección 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.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en dicha tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró el 5 de abril de 2000, hasta el día 25 de noviembre de 2004 no se dictó



la primera propuesta de resolución, que fue seguida de la propuesta definitiva formulada el 31 de julio de 2006. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en el reclamante 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

**5ª.-** El interesado ha 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En efecto, consta que el escrito de reclamación lo presenta el 5 de abril de 2000, esto es, antes de transcurrir un año desde el momento en que puede



considerarse que se produjo la determinación de las secuelas, y que vendría determinado por el documento de 15 de febrero de 2000 de reconocimiento por el INSS de una gran invalidez en el interesado.

**6ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La cuestión fundamental se centra en determinar si los daños sufridos por el reclamante como consecuencia del tratamiento que le fue dispensado tienen o no carácter antijurídico, haciendo surgir o no, junto a los demás presupuestos, la obligación de reparar de la Administración.

En este sentido hay que señalar que la teoría de la *lex artis* constituye desde hace años un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, teoría que 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).

Dicha teoría 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, 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 a su alcance que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre consigue 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.

En Sentencia de 4 de abril de 2000 el Tribunal Supremo señala que “el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, el Alto Tribunal, en Sentencia de 14 de octubre de 2002, fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél,



incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, requiere analizar si el tratamiento prestado al reclamante por la Administración sanitaria fue adecuado según la *lex artis ad hoc*.

Para realizar un análisis correcto de las cuestiones que se presentan en este expediente es necesario determinar el alcance de la reclamación, ya que la pérdida de visión sufrida por el paciente en ambos ojos responde a causas diferentes.

Así, su ojo derecho se vio afectado por una embolia de la arteria central de la retina que condicionó la pérdida de la función visual. Ahora bien, según han manifestado los diferentes especialistas consultados, éste es un proceso que no tiene relación con la retinopatía que se le diagnosticó en el ojo izquierdo, cuyo tratamiento motiva precisamente la reclamación de responsabilidad patrimonial sobre la que versa el presente dictamen.

Pues bien, aclarados estos extremos procede examinar la causa a la que el reclamante imputa la pérdida de visión de su ojo izquierdo, esto es, la excesiva lentitud en el tratamiento realizado por el INSALUD. Señala en su reclamación que los daños producidos por la dolencia que padecía en el ojo



izquierdo pudieron ser evitados de habersele proporcionado un tratamiento médico adecuado y prestado a tiempo.

Llegados a este punto es necesario realizar un análisis cronológico de la asistencia médica que le fue dispensada. Como ha sido expuesto en el relato fáctico, el paciente estuvo sometido a continuas y periódicas revisiones. En una de ellas, que tuvo lugar el 11 de junio de 1998, se le realizó una nueva angiografía retiniana del ojo izquierdo, apreciándose neoformación incipiente de vasos en la arcada temporal. Ante el carácter incipiente de la lesión y la preservación de la agudeza visual se decidió mantener una actitud expectante.

El 16 de octubre de 1998 fue revisado nuevamente, apreciándose agudeza visual de 1. Tras una nueva arteriografía realizada el 16 de noviembre se acordó la realización de la fotocoagulación con láser, aunque ésta no se practicó hasta el 11 de diciembre de 1998.

En enero acudió nuevamente refiriendo visión turbia con el ojo izquierdo, a pesar de que la agudeza visual seguía siendo de 1. No obstante, se apreció hemorragia retrohialoidea en vías de reabsorción, que fue cediendo progresivamente.

En abril de 1999 sufrió otra hemorragia en el ojo izquierdo, si bien mantuvo la agudeza visual. Un mes después se apreció otra hemorragia vítrea, esta vez con una disminución importante de agudeza visual que baja a 0,1. Se le citó para el mes siguiente para comprobar si, como había sucedido en otras ocasiones, se producía la reabsorción espontánea. Al apreciar que no existía mejoría, el 4 de agosto de 1999 se decidió practicarle una vitrectomía vía pars plana de membranas y panfotocoagulación. Posteriormente, el 11 de agosto de 1999, durante la práctica de un control postoperatorio, se apreció hemorragia vítrea que impedía ver el fondo del ojo y se detectó nula agudeza visual y desprendimiento de retina, por lo que volvió a ser ingresado realizándose nueva vitrectomía el 20 de septiembre, con resultado fallido, ya que no se consiguió recuperar la visión quedando el paciente con amaurosis.

A la luz del proceso descrito, no parece que pueda concluirse que la asistencia sanitaria prestada al paciente contravenga las exigencias de la *lex artis*, a pesar de no haberse logrado los resultados esperados al no lograr evitar la evolución negativa de la enfermedad padecida por el reclamante. En este



sentido, el Dr. bbbbb mantiene en su informe que “todo este proceso terapéutico es correcto y acorde con la *lex artis*; los medios terapéuticos fueron proporcionados a la situación clínica y evolutiva del paciente y se aplicaron de forma progresiva en función de su agresividad (control y vigilancia en fase inicial, fotocoagulación con láser cuando aparecieron signos de riesgo de hemorragia y vitrectomía una vez se desarrollaron las alteraciones hemorrágicas del vítreo). La evolución, por tanto, debe considerarse como consecuencia de la gravedad intrínseca de un proceso (retinopatía diabética) que sigue constituyendo la causa más frecuente de ceguera en la población adulta no senil”.

No obstante, y a pesar de lo expuesto, en el informe de la Inspección Médica se plantean dudas sobre la asistencia prestada por el Servicio de Oftalmología en la revisión que se realizó al paciente el 11 de junio de 1998, ya que en el examen al que se le sometió en esa fecha se advirtió la existencia de neovasos que resultaron ser de inicio, según se indica en el informe de Oftalmología de 2 de junio de 2000.

Señala el informe de la Inspección que en la historia clínica se indica que al observar la presencia de neovasos se iba a requerir la aplicación de tratamiento con láser y que, sin embargo, este tratamiento no se administra de forma inmediata, sino seis meses más tarde, debido a la valoración realizada por los facultativos de la agudeza visual del paciente en ese ojo (en ese momento la unidad) y los riesgos potenciales del tratamiento con láser.

No obstante, ante tales consideraciones la Inspección Médica indica: “Bien es cierto que el tratamiento de fotocoagulación en este tipo de patología tiene una finalidad preventiva intentando evitar las complicaciones que los neovasos puedan ocasionar; ahora bien, se describe un riesgo relativamente pequeño de pérdida visual severa (de un 3,6 a un 7% en dos años) para la RDP temprana por lo que en estas circunstancias la valoración del riesgo del tratamiento con láser sí asume una gran importancia”.

Por tanto, mientras que el tratamiento que se aplicó al paciente respondió a una actitud expectante, en función de la valoración que se hizo de su estado y de los riesgos potenciales de su tratamiento, la Inspección considera que el tratamiento correcto hubiera sido la aplicación de una fotocoagulación panretiniana en el ojo izquierdo.



Sin embargo, el Dr. bbbbb señala en su informe que aunque la fotocoagulación en el tratamiento de la retinopatía proliferativa, en condiciones normales, debe ser panretiniana, esta técnica presenta riesgo de complicaciones ocasionalmente graves que pueden afectar al segmento anterior o al segmento posterior, por lo que, considerando la lesión del ojo contralateral, la aparición de la lesión yatrogénica grave hubiera tenido efectos devastadores.

Por esta razón considera prudente la decisión de realizar fotocoagulación restringida a la zona de proliferación vascular, pues supone un intento por retrasar la progresión del proceso minimizando los riesgos de complicación que comporta la técnica panretiniana, difíciles de asumir considerando la incapacidad visual del otro ojo.

Por tanto, y de acuerdo con lo expuesto, puede concluirse que existían varios tratamientos que podían considerarse correctos, sin que el hecho de optar por un tratamiento menos agresivo, que implicaba una actuación más cautelosa y quirúrgicamente más prudente, implique una infracción de la *lex artis*.

De este modo puede afirmarse que la verdadera causa del daño sufrido por el paciente reside en la propia patología que padece y no en el tratamiento elegido, sin perjuicio de que no sea posible determinar si el hecho de optar por un tratamiento más agresivo hubiera dado resultados más positivos para su recuperación.

En cualquier caso, aunque pueda considerarse adecuado el tratamiento consistente en la realización de la fotocoagulación paramacular, técnica menos invasiva y con menos riesgos y también menos beneficiosa que la fotocoagulación panretiniana, que es la opción que procedería en circunstancias normales, no cabe duda que el paciente debió ser informado sobre la diversidad de tratamientos opciones y riesgos, con el fin de que pudiera hacer efectivo su derecho a optar por el tratamiento al que deseaba someterse.

Por tanto, en el caso que nos ocupa, la infracción de la *lex artis ad hoc* no reside tanto en el tratamiento terapéutico aplicado al paciente como en el menoscabo de la autonomía personal de paciente al haber sido privado de su derecho a optar por la opción que considerara más conveniente teniendo en cuenta sus propias circunstancias personales.



Por ello, procede analizar si existe daño moral indemnizable como consecuencia de un eventual incumplimiento de la obligación de proporcionar al paciente información bastante sobre su proceso para prestar válido consentimiento al tratamiento al que fue sometido.

En este sentido, merece la pena recordar que ya el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconocía el derecho del paciente a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (apartado 5), así como la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (apartado 6), salvo las excepciones previstas legalmente.

Posteriormente, tanto en el ámbito estatal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), como en el ámbito autonómico (Ley de las Cortes de Castilla y León 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud), se han concretado los límites precisos del derecho a la información del paciente (y la correlativa obligación por parte de la Administración sanitaria), acentuándose la necesidad de su constancia por escrito.

La relevancia de este derecho ha sido puesta de manifiesto de forma reiterada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Así, por ejemplo, en Sentencia de 2 de octubre de 1997 (referencia Aranzadi RJ 1997/7405), se calificaba como uno de los elementos esenciales de la *lex artis ad hoc*.

No obstante, puede afirmarse que es a partir de la Sentencia de 4 de abril de 2000 (referencia Aranzadi RJ 2000/3258), luego confirmada por otras muchas (por ejemplo, Sentencias de 18 de junio de 2004, referencia Aranzadi RJ 2004/3859, y de 18 de enero de 2005, RJ 2005/995, por citar dos de las más recientes), cuando se ha establecido un criterio preciso sobre el contenido y alcance de este derecho y sobre la trascendencia que deba atribuirse en cada caso a la falta de constancia por escrito de su debida satisfacción.

En cuanto al daño derivado de la ausencia de información necesaria, aun cuando haya existido una actuación médica correcta, la citada Sentencia de 4 de abril de 2000 señala:



«No cabe duda, sin embargo, de que, al omitir el consentimiento informado, se privó a los representantes del menor de la posibilidad de ponderar la conveniencia de sustraerse a la operación evitando sus riesgos y de asegurarse y reafirmarse en la necesidad de la intervención quirúrgica y se imposibilitó al paciente y a sus familiares para tener el debido conocimiento de dichos riesgos en el momento de someterse a la intervención. Esta situación no puede ser irrelevante desde el punto de vista del principio de autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud.

»Esta situación de inconsciencia provocada por la falta de información imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente, con absoluta independencia de la desgraciada cristalización en el resultado de la operación que no es imputable causalmente a dicha falta de información o de que ésta hubiera tenido buen éxito, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención. En el sistema de valoración del daño corporal regulado en la Ley de responsabilidad civil y seguro de vehículos de motor, a cuyos criterios esta Sala acude de modo analógico y orientativo para la ponderación necesaria en la indemnización del daño moral, no se halla incluido un daño moral por omisión de información para obtener el consentimiento de la naturaleza del que estamos contemplando. Sin embargo, el concepto con el que hallamos una mayor analogía es el previsto en la tabla II para los daños morales complementarios en el caso de secuelas de especial gravedad, dado que se trata de un concepto que parece encaminado a valorar con independencia, cuando la secuela padecida es de especial intensidad, un daño moral añadido al correspondiente a la situación concreta de lesión permanente o invalidez y a las circunstancias personales, familiares y sociales que la rodean. La cuantía aplicable para dicho concepto es la de 11.170.000 pesetas, que es la que, a falta de otras referencias, esta Sala toma como orientación acudiendo a un prudente criterio estimativo, con las observaciones siguientes:

»a) Consideramos prudente aplicar la suma contemplada en el sistema de valoración en su grado máximo, habida cuenta de la grave importancia y riesgo notable (por su gravedad, aun cuando el grado de



probabilidad sea bajo) de la operación, puesto de manifiesto por las secuelas padecidas, aunque este último resultado es indiferente para la fijación de la cuantía (...)"

A la vista de lo expuesto, debe valorarse el alcance del daño sufrido por el reclamante, considerando el daño sufrido como un daño moral derivado de la vulneración del principio de autonomía personal, al no ser informado de las diferentes alternativas de tratamiento y ser privado de su derecho de elección, sin que dentro de esta valoración se tenga en cuenta el resultado de la intervención quirúrgica en sí misma ni las secuelas que se derivan del desarrollo de la actividad.

De acuerdo con el criterio mantenido en la sentencia referida, la indemnización que correspondería recibir al interesado vendría establecida en la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, vigente en el momento en el que se produjo el daño, sin perjuicio de la actualización que correspondería realizar de la cuantía resultante al momento en el que se proceda al pago de la misma, que, de ser durante el año 2006, será coincidente con la cuantía recogida en la tabla VI de la Resolución de 24 de enero de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por las que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2006, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Pues bien, como se ha indicado, en la tabla IV de la citada Resolución se cuantifica la indemnización complementaria por daños morales ante secuelas que superen un número determinado de puntos en atención a su gravedad, reconociendo una cuantía de hasta 80.511,76 euros.

En cuanto al reconocimiento de los 74 puntos que corresponden al paciente, según la propuesta de resolución, derivados de la ptisis bulbi que padece, de la ceguera total del ojo izquierdo y del perjuicio estético sufrido, el Consejo Consultivo no muestra ninguna objeción al respecto.

Igualmente se muestra conforme con la modulación que realiza de la indemnización que corresponde percibir al interesado, mediante la aplicación de



la doctrina de pérdida de oportunidades, si bien consciente de la prudente aplicación que ha de hacerse de ésta.

En relación con la doctrina de la “pérdida de oportunidades”, la Audiencia Nacional, ha tenido la ocasión de señalar:

- “Por lo tanto, a juicio de esta Sala, hay que considerar que en este caso se produce la confluencia de varios factores, por un lado la dificultad de diagnóstico dado lo poco frecuente de la patología que presentaba la paciente y, por otro, la dificultad de que, aun con el diagnóstico adecuado, no se consiga la remisión de la enfermedad o la desaparición de sus secuelas. También influyó en la producción del resultado la circunstancia del diagnóstico erróneo de la doctora que atendió a la paciente que retrasó la remisión del paciente al especialista haciendo imposible de este modo que pudiera recibir el tratamiento precoz que hubiera podido servir para tratar de evitar la sordera del oído derecho que se le ha producido.

»Por lo tanto, la actuación conforme a *lex artis* habría consistido en la remisión inmediata al centro hospitalario para recibir el tratamiento correcto, en cambio, lo que se hizo fue mantener a la paciente con un tratamiento farmacológico desde el día 9 de febrero hasta que el día 27 la propia paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. De este modo, se imposibilitó el que recibiera el tratamiento correcto que le hubiera permitido evitar la sordera.

»No obstante, este es un supuesto en el que se puede aplicar la doctrina jurisprudencial de la llamada «pérdida de oportunidades» puesto que la actuación de la administración, si bien ha sido contraria a la *lex artis*, no puede decirse que haya sido la única responsable del resultado producido puesto que un tratamiento médico correcto no garantizaba que se hubiera podido evitar la sordera total y definitiva. Por tanto, lo que debe ser objeto de reparación es, solamente, la pérdida de la oportunidad de que con un tratamiento más acorde a la *lex artis* se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable a la salud de la paciente ahora recurrente, el hecho de que se valore, exclusivamente, esta circunstancia obliga a que el importe de la indemnización deba acomodarse a esta circunstancia y que se modere proporcionalmente con el fin de que la cantidad en al que se fije la



indemnización valore en exclusiva este concepto indemnizatorio" (Sentencia de 15 de octubre de 2003, JUR 2003/264821).

- "Parece evidente, por tanto, que el único efecto que tuvo sobre la salud de la paciente el hecho de que el tratamiento no fuera del todo correcto y que no se practicara la vitrectomía con prontitud no aplicándose el tratamiento a nivel intravítreo con más prontitud fue un efecto de lo que se ha dado en llamar «pérdida de oportunidades» por cuanto que lo único indemnizable, es, pues, la pérdida de la oportunidad (por no decir, hipótesis) de haber obtenido una curación completa.

»Por tanto, la pretensión de indemnización de la parte recurrente debe ser aceptada pero solo en parte de modo que lo único que puede ser indemnizado es la posibilidad de que, de haberse actuado con arreglo a la *lex artis*, se hubiera podido lograr una completa curación pero tomando en consideración que no se ha acreditado si dicha curación completa era posible ni de qué factores dependía" (Sentencia de 24 de septiembre de 2003, JUR 2004/108126).

Esta doctrina, aplicada al caso concreto, conlleva la necesidad de determinar el porcentaje de éxito que podría haberse conseguido en el ojo izquierdo de haberse aplicado la técnica fotocoaguladora a toda la retina en lugar de haberla aplicado únicamente a la parte de la retina con lesión aguda, como efectivamente se hizo. Y ello, sin olvidar que la elección del tratamiento que se aplicó se hizo privando al paciente de su derecho de autodeterminación, circunstancia de la que deriva realmente la responsabilidad patrimonial objeto de análisis.

Pues bien, según señala la propuesta de resolución, la literatura médica, de la que se hace eco el informe de la Inspección, indica que, en líneas generales, la panfotocoagulación puede reducir en una media de un 60% la pérdida de agudeza visual esperable en el ojo diabético que no recibe tratamiento. Por el contrario, alrededor del 7% de los pacientes a los que se realiza esta técnica sufren una pérdida completa de visión. (Ha de recordarse que ésta fue la causa por la que no se aplicó al paciente, considerando la posibilidad de pérdida total de visión del ojo izquierdo, teniendo en cuenta la situación de su ojo derecho).



Continúa la propuesta manifestando que algunos textos, de modo no unánime, cifran en un 20% el éxito de la terapia con láser parcial sobre la retina, que es la que se aplicó al paciente.

Por ello, y de modo estimativo, puede concluirse que el daño resarcible resultaría de detraer del 60% de probabilidades de éxito de que se privó al paciente, el 20% de posibilidades de éxito a que se le expuso, aunque en su caso no se lograra aquél. Así, podría cifrarse en un 40% la pérdida de oportunidades por las que el paciente debe ser indemnizado.

Por tanto, siguiendo el criterio marcado por la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000, el porcentaje obtenido deberá aplicarse, no sobre las secuelas, sino sobre el daño moral causado y su trascendencia o influencia sobre la hipotética curación o no del paciente.

Como ya quedó expuesto, la valoración máxima del daño moral, tal y como figura en la tabla IV de la Resolución de 24 de enero de 2006, asciende a 80.511,76 euros, cantidad que, al ser minorada en un 40%, da un resultado de 32.204,70 euros, que es precisamente la indemnización que el reclamante tendría derecho a percibir.

Ello sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo comparte el sentido de la propuesta parcialmente estimatoria formulada por la Consejería de Sanidad en el expediente sometido a dictamen.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 32.204,70 euros, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx 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.