



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero

Sr. Velasco Rodríguez, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 13 de febrero de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyy*, 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 29 de enero de 2014 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxx6.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 35/2014, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 8 de junio de 2012 D. xxxx y Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyy, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autónoma,



debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa y madre, Doña xxxx6, en el Hospital hhhh de xxxx1 (xxxx2), en el que ingresó el 21 de marzo de 2007, a causa del retraso en el diagnóstico y tratamiento de la encefalitis herpética que presentaba y en la derivación de la paciente a un hospital con mayores recursos diagnósticos y terapéuticos, lo que desembocó en su fallecimiento el 30 de marzo siguiente, en el Hospital hhhh1 de xxxx2, al que finalmente se la trasladó el día anterior y en el que se instauró el tratamiento adecuado con el antiviral aciclovir.

Solicitan una indemnización de 111.458,83 euros para el cónyuge y 9.288,23 euros para cada uno de los cinco hijos, más el 10% de factor de corrección, lo que asciende a un total de 173.689,97 euros.

Acompañan a su escrito copia de diversa documentación clínica sobre la asistencia recibida, del informe médico pericial de 2 de octubre de 2007, de bibliografía relativa al tratamiento de la enfermedad con fármacos antivirales y de las diligencias de Procedimiento Abreviado nº 1465/2007, seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxx1, en virtud de la querrela presentada por los interesados contra los facultativos del Hospital hhhh y que concluyeron mediante Auto de sobreseimiento provisional de 10 de junio de 2011.

A requerimiento de la Administración, aportan copia de la documentación acreditativa de la representación, del Libro de Familia y del certificado de defunción.

Segundo.- Al expediente se han incorporado, además de la historia clínica, informe de la Inspección Médica de 19 de marzo y dictamen de valoración del daño corporal de 12 de julio, ambos de 2013.

Tercero.- El 18 de septiembre de 2013 se concede trámite de audiencia a los reclamantes, que el 16 de octubre presentan alegaciones en las que reiteran la pretensión.

Cuarto.- El 18 de noviembre de 2013 se formula propuesta de orden estimatoria parcial de la reclamación presentada, en la que se reconoce el derecho de los interesados a percibir una indemnización total de 125.108,90 euros.



Quinto.- El 4 de diciembre de 2013 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.h), 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.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, 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 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (8 de junio de 2012) hasta que se formula la propuesta de orden (18 de noviembre de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 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 por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.



3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992 y se ha acreditado la representación en los términos por ella establecidos. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en atención a la fecha en la que se acuerda el archivo de las diligencias penales instruidas en relación con los hechos descritos.

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

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

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) 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.

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 aquél que pueda producirse.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, conviene tener presente que 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 están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis 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 está, 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.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

En el caso sometido a dictamen la asistencia prestada a la paciente no resultó ajustada a las exigencias de la *lex artis ad hoc*. Así lo ponen de manifiesto el informe pericial de parte, el dictamen de valoración del daño emitido a instancia de la Administración y el informe de la Inspección Médica, que consideran que se ha producido el retraso en el diagnóstico y tratamiento al que se refiere el escrito de reclamación.

El informe de la Inspección explica que "La característica clínica principal de las encefalitis, es la alteración de la conciencia desde una disminución del nivel conciencia (desde letargia hasta el coma) o trastorno del contenido de la conciencia, caracterizado por confusión, desorientación, alteración del comportamiento. Las convulsiones son otras manifestaciones clínicas frecuentes y a veces también pueden estar presentes signos y síntomas característicos de irritación meníngea como cefaleas, fiebre, náuseas, vómitos y rigidez de nuca.

»Ante una sospecha de encefalitis herpética, se debe tratar con antivirales (Aciclovir iv), sin demora, incluso sin esperar a los resultados de los exámenes realizados para un diagnóstico definitivo".

Refiere la Inspección que los síntomas de la paciente eran compatibles con los descritos como característicos de la encefalitis, de la que, tras el ingreso de la paciente el 21 de marzo de 2007, se empezó a sospechar el 22 de marzo, fecha en la que se realizó punción lumbar y examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) para descartar otro tipo de infecciones agudas del sistema nervioso central, fundamentalmente las de origen bacteriano. Sus resultados no fueron determinantes, tampoco los niveles de glucosa y los leucocitos sugerían posible infección. La enfermedad siguió evolucionando, sobre todo desde ese día 22 de marzo, en el que se solicita Resonancia



Magnética Nuclear (RMN), que fue realizada el 23 de marzo y valorada por el especialista de Medicina Interna el 26 de marzo y cuyos resultados coinciden con la posible existencia de una encefalitis. Indica la Inspección que "Al valorar este informe, se desconoce si el facultativo pudo sospechar o no en una encefalitis herpética, o bien si había descartado la encefalitis por las pruebas de diagnóstico realizadas y que no objetivaban patología alguna. Lo cierto es que el facultativo sigue su estudio y busca otras etiologías al proceso inflamatorio detectado, solicitando más pruebas de diagnóstico, entre ellas Bioquímica PCR. Los días pasan y la paciente sigue sin un diagnóstico probable, sin tratamiento específico y con un deterioro neurológico importante.

»A petición de los familiares, se la deriva al Servicio de Neurología del Hospital hhhh1 (xxxx2) el día 29-3-2007. En ese servicio realizan en primer lugar, una nueva punción lumbar y un TAC craneal y se objetiva en las dos pruebas realizadas claras alteraciones sospechosas de encefalitis (...) se instaura tratamiento con Aciclovir".

A la vista del proceso asistencial, el informe de la Inspección establece las siguientes conclusiones: "El facultativo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Santiago Apóstol de xxxx1, se esforzaba para descubrir qué mal (...) padecía su paciente, pero hubo una demora en su diagnóstico que hizo que la enfermedad evolucionase de forma drástica.

»Hay un error médico en esta atención médica, debido a la demora de iniciar un tratamiento potencialmente adecuado y que aunque no existiese más que una sospecha clínica de posible encefalitis, deben de ser tratados para disminuir la letalidad y/o morbilidad".

Matiza, no obstante, que "aunque se hubiera iniciado tempranamente el tratamiento con aciclovir, no se puede asegurar si hubiera tenido el efecto para evitar el *exitus*".

El informe aportado por los interesados también sitúa la causa del daño en una inadecuada actuación sanitaria, contraria a la *lex artis*. Señala al respecto que "En resumen, aunque se sospechó la posible existencia de encefalitis herpética, el 22/03/07, no se realizó PCR de LCR, no se instauró tratamiento empírico con aciclovir i.v., se perdió el tiempo en pruebas neuroradiológicas y analíticas innecesarias o cuando menos secundarias, una



vez se hubiese prescrito el tratamiento específico antiviral y solamente 6 días después, cuando el deterioro neurológico es irreversible, se plantea la posibilidad en el Hospital hhhh `Santiago Apóstol´ de xxxx1 de comenzar 24 horas más tarde con tratamiento corticoideo y antiviral. Finalmente el tratamiento se prescribe, de forma empírica en el Hospital hhhh1 de xxxx2, al tener que ser trasladada la enferma en estado estuporoso, 8 días después de su ingreso en el Hospital hhhh, sin diagnóstico alguno”.

Todos los informes emitidos en el procedimiento acreditan de este modo que existió un diagnóstico tardío, esto es, que debió haberse diagnosticado la patología padecida con anterioridad, de acuerdo con la situación de la paciente y los medios disponibles, lo que podría haber permitido un tratamiento más temprano de la enfermedad y, eventualmente, otro resultado más favorable para la salud de la 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 algunos 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 672/2004; 842/2005; 194, 388, 561/2006; 93 y 148/2007, 360 y 1172/2009; 105/2010; 156/2012 y 619/2013 e indirectamente en otros muchos asuntos.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(...) ésta es una doctrina no sólo incipiente sino muy susceptible de debate público, ya que en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente".

La Sentencia de 27 Septiembre de 2011 de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, señala a este respecto. " Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009: 'La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005 , como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 , configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra



no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable'. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente".

En este caso, la consecuencia del retraso diagnóstico imputable a la Administración Sanitaria, supone que la paciente perdió las oportunidades de supervivencia que hubiera tenido si, de haber obtenido un diagnóstico correcto, se hubieran seguido los tratamientos procedentes conforme a los parámetros de la *lex artis*.

Cuestión aparte es el porcentaje de responsabilidad que corresponda a la Administración Sanitaria puesto que, aun en el supuesto de que se hubiese dispensado a la paciente un tratamiento adecuado y temprano, su supervivencia no estaba asegurada. Así lo indica la Inspección Médica "aunque se hubiera iniciado tempranamente el tratamiento con aciclovir, no se puede asegurar si hubiera tenido el efecto para evitar el *exitus*".

A este respecto, el dictamen de valoración de daño corporal emitido por la compañía aseguradora de la Administración señala que "Sin tratamiento, la encefalitis herpética presenta una mortalidad que se cifra en un 70%, y sólo un 2,5% de los pacientes se recupera sin secuelas neurológicas. El tratamiento con aciclovir disminuye la mortalidad a un 17%-30%, según los diferentes estudios. Los factores que ensombrecen el pronóstico son la edad mayor de 30 años, un nivel de conciencia disminuido en su presentación (índice de Glasgow menor de 6), la demora en el tratamiento en más de 4 días.

»Según lo anterior, el tratamiento con aciclovir, está indicado ante cualquier sospecha de infección vírica del sistema nervioso central, aún sin



esperar a la confirmación diagnóstico. Considerando la edad de la perjudicada y que los síntomas iniciales no hicieron sospechar el cuadro clínico, ambos factores de mal pronóstico, hemos de suponer que la mortalidad aún con tratamiento correcto se habría situado en el extremo más elevado del intervalo, es decir, en torno al 30%, lo cual implica una pérdida de oportunidad de supervivencia del 70%.

Por su parte el informe médico pericial aportado por los reclamantes cifra la pérdida de oportunidad en un 80%. Indica en este sentido que "La mortalidad antes de la aparición de los antivirales era de un 70%, y los supervivientes presentaban graves secuelas. Con la aparición del aciclovir, las tasas de mortalidad se han reducido hasta un 20% y las secuelas son menos incapacitantes. Tradicionalmente se decía que la edad > 30 años, el estado de nivel de conciencia (escala de coma de Glasgow < 6) y una evolución de la encefalitis > 4 días sin tratamiento eran determinantes para el pronóstico de la enfermedad (34,35), pero en estudios publicados en los últimos años se llega a la conclusión de que la administración temprana de la terapia antiviral es el único parámetro capaz de modificar el pronóstico de la enfermedad, tanto en mortalidad como en secuelas".

Pese a no eliminar el riesgo de fallecimiento, todos los informes que obran en el expediente coinciden en afirmar que cuanto antes se inicia el tratamiento con aciclovir mayores son los beneficios terapéuticos, especialmente si se comienza el uso del antiviral durante el pródromo de la enfermedad, es decir, durante sus primeros síntomas, en la medida en que aquél impide la replicación viral y con ello disminuye la extensión y duración de la enfermedad. Frente a lo que afirma el dictamen de valoración aportado por la Administración, en el caso examinado los primeros síntomas sí que hicieron sospechar tempranamente la presencia de una encefalitis herpética. Así lo indica el informe de la Inspección, "(...) En la evolución clínica, además de persistir los vómitos, Dña. xxx6 presenta una alteración del comportamiento, con conducta desinhibida y lenguaje verborreico, el médico de guardia el día 22 de marzo de 2007 sospecha de la posible existencia de encefalitis, por lo que realiza punción lumbar y examen de LCR", no obstante lo cual, el aciclovir no se prescribió hasta el 29 de marzo siguiente, pese a que, según los protocolos, debe administrarse ante la simple sospecha de la enfermedad, sin esperar a su diagnóstico definitivo. En consecuencia, parece más coherente con la situación fáctica que resulta del expediente entender que la mortalidad, aún con



tratamiento correcto, se habría situado en el extremo menos elevado del intervalo fijado en el dictamen, es decir, en torno al 17%, lo cual implica una pérdida de oportunidad de supervivencia del 83%.

6ª.- Para la valoración de la indemnización procedente, la Administración, al igual que los reclamantes, se basa en el sistema de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, aunque, a diferencia de aquellos que cifran su importe en atención a las cuantías establecidas para el ejercicio 2012, toma en consideración la última actualización de este sistema hasta la fecha, efectuada por Resolución de 21 de enero de 2013 de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones.

En el supuesto que se examina, los factores a considerar para la aplicación del baremo son el de que se trata de víctima con cónyuge, su edad al tiempo del fallecimiento (59 años), inferior a 65 años, y con 5 hijos, todos ellos mayores de 25 años. En atención a ello, la indemnización total asciende a 162.479,09 euros, de los que corresponden al cónyuge 114.691,14 euros y a cada hijo 9.557,59 euros.

Como se indicó anteriormente, esta indemnización debe reducirse en atención a la pérdida de oportunidad de supervivencia, que se ha apreciado en un 83%, de lo que se obtiene una indemnización total de 134.857,64.

Por último, se adiciona a dicha cantidad el 10% de factor de corrección por perjuicios económicos de la Tabla II del Anexo del baremo, establecido para cualquier víctima en edad laboral aunque no se justifiquen ingresos, como es el caso, lo que supone un incremento de 13.487,76 euros, y una indemnización final de 148.343,40 euros.

En cualquier caso, el importe de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, de acuerdo con lo previsto en el citado artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 148.343,40 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y Dña. xxxx5, representados por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxx6.

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