



Sr. S. de Vega, presidente

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

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 15 de febrero de 2024, ha examinado *el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1 e hijos*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 31/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 16 de enero de 2024 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1 e hijos, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy2, esposa y madre de los anteriores, en el Hospital hhh1 de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 18 de enero de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 31/2024, 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. Herrera Campo.

Primero.- El 27 de julio 2021 D. yyy1, Dña. yyy3, yyy4 y D. yyy5, en calidad de perjudicados y legítimos herederos de su esposa y madre, Dña. yyy, fallecida el día 12 de febrero de 2021, a los 84 años de edad, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhh1 de xxxx, al



haberse producido una pérdida de oportunidad por retraso en el diagnóstico del ictus isquémico sufrido por la paciente, del que afirman ya habría signos de sospecha y alarma en la noche del viernes día 11 de febrero, demorándose, sin embargo, más de 15 horas la realización de un TAC cerebral.

Consideran que ese retraso en el diagnóstico determinó la imposibilidad de aplicar un tratamiento adecuado a la paciente. Indican que esta situación podría haberse evitado de haberse ordenado su inmediato traslado a urgencias ante el cuadro clínico que presentaba y la imposibilidad de realizar una exploración neurológica completa y afirman que "De esta forma se hubiera podido atender a la paciente en un momento en que hubiera sido posible activar el código *ictus*, cuando existían posibilidades de actuar sobre un accidente cerebrovascular de inicio reciente". La Administración no aplicó los medios sanitarios disponibles a su alcance para llegar a un diagnóstico correcto, y cuya demora no permitió tratamiento resolutivo del cuadro dado que la paciente presentaba una evolución muy extensa de la patología que sufría.

Cuantifican la indemnización que reclaman en un total de 176.625,01 euros (112.147,90 euros para el esposo, y 21.492,37 euros para cada hijo).

Adjuntan a la reclamación autorización de representación administrativa, DNI de los interesados, libro de familia, testamento y certificado de defunción, junto a diversa documentación médica relativa a la paciente.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica de la paciente, informe de especialista en Medicina Familiar Comunitaria del punto de atención continuada hhh3 de 6 de septiembre de 2021; informe de la médico de familia del centro de salud hhh2 de 9 de septiembre de 2021; informe del jefe de sección de Neurología del Hospital hhh1 de 23 de septiembre de 2021; informe del jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital hhh1 de 29 de septiembre de 2021 e informe del coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de 14 de febrero de 2022.

Se unen, además, un informe de la Inspección Médica de 21 de octubre de 2022 y un informe de médico especialista en Neurología de 20 de noviembre de 2022. emitido a instancia de la aseguradora de la Administración.

Tercero.- Consta acreditado (folio 77 del expediente) que el 26 de octubre de 2022 los reclamantes solicitaron información sobre el estado de la



tramitación del expediente y obtuvieron copia de los informes de los especialistas intervinientes y de la Inspección Médica.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia, el 20 de marzo de 2023 (folio 118 del expediente) se les facilita el informe pericial de la aseguradora de la Administración.

El 24 de marzo de 2023 las reclamantes presentan alegaciones, en las que fundamentalmente expresan su desacuerdo con las conclusiones contenidas en el informe médico pericial de la aseguradora y reiteran sus pretensiones iniciales.

Quinto.- El 27 de diciembre de 2023 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- La Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta el 4 de enero de 2024.

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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (27 de julio 2021) hasta que se



formula la propuesta de orden (27 de diciembre de 2023). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en las reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

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

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, a la que se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento



normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

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

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.



Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 4 de noviembre de 2021, 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, en síntesis los reclamantes indican en su escrito inicial que la paciente, de 84 años de edad y con diversos antecedentes médicos que no le impedían ser independiente en las actividades de su vida diaria, el 9 de febrero de 2021 fue diagnosticada por Traumatología del Hospital hhh1 de artritis inflamatoria, pautándose tratamiento antiinflamatorio y analgésico.

En la madrugada del 11 de febrero siguiente, tras aviso al Servicio 112 por aparición brusca de cuadro de mareo, inestabilidad, sudoración, náuseas y vómitos, la paciente es asistida en su domicilio por médico, que diagnóstica un cuadro de mareos vertiginosos, posible efecto secundario del tratamiento pautado el día 9. Sin poder realizar adecuadamente exploración neurológica, la médico administró determinados medicamentos por vía intravenosa.

Sobre las 10:15 h. de esa mañana es trasladada al Hospital hhh1, donde a las 15:48 h. se le realiza TAC cerebral, que evidencia que había sufrido un ictus isquémico en región inferior de ambos cerebelos. La extensión y tiempo de evolución (24-48 horas) del ictus no hacían posible activar ya el Código Ictus, por lo que la paciente es ingresada en Neurología a las 18:00 h. para vigilar su evolución. A las 3:32 h. del 12 de febrero, tras ser encontrada arreactiva por la enfermera de planta, se certifica el fallecimiento de la paciente.

Los reclamantes califican como "deficitaria e imprudente" la atención domiciliaria del 11 de febrero, pues los síntomas de la paciente debieron hacer sospechar a la médico la presencia de un posible ictus, por lo que ante la imposibilidad de realizar la adecuada exploración neurológica debió haber



ordenado su inmediato traslado a Urgencias, para ser atendida, activarse a tiempo en su caso el Código Ictus, y poder beneficiarse de los oportunos tratamientos. Al no actuar así, se privó a la paciente de tales posibilidades. Y cuando finalmente fue atendida en el Hospital hhh1, el daño ya estaba establecido, y por su tiempo y extensión ya no cabía dicha activación.

A mayor abundamiento, los reclamantes reprochan también la demora (que califican de “desmesurada e injustificada”) de cinco horas en el Hospital hhh1 entre el ingreso de la paciente en Urgencias y la realización del TAC; y, asimismo, la falta de vigilancia y monitorización de la misma en Neurología, al no constar ninguna visita médica entre su ingreso en planta y la certificación de su fallecimiento a las 3:32 h. del día 12 de febrero.

Frente a las reseñadas alegaciones de los reclamantes, la Inspección Médica, en su informe de 21 de octubre de 2022, concluye que en este caso, pese al lamentable fallecimiento de la paciente, la actuación sanitaria ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, tanto en la primera asistencia prestada en el domicilio de aquella el 11 de febrero de 2021, como una vez que se produjo su ingreso en el Hospital hhh1.

El informe de la Inspección señala que en aquella primera asistencia la facultativa “realizó una completa exploración” e hizo constar en su informe que la exploración neurológica resultó normal, a excepción de la “Marcha y Romberg no exploradas por intensa exacerbación de síntomas a la movilización”. Añade la Inspección que la médico “Pautó correctísimamente el tratamiento sintomático para la sintomatología vertiginosa” que aquella presentaba, dejando abierta la posibilidad de que esta pudiera traer causa de un fármaco prescrito con anterioridad para tratar una patología de rodilla. Al coincidir la aparición de los síntomas con la toma de esa medicación, no era desacertado pensar en un efecto adverso de la misma. “Aun así, dejó anotado en el informe que si se produjera un empeoramiento de su situación, acudiera de nuevo a Urgencias y que a la mañana siguiente fuera valorada de nuevo por su médico de Atención Primaria para seguir la evolución. Por lo tanto, y en este caso, con el tiempo de inicio y de duración, la presencia de náuseas y vómitos tan frecuentes en un vértigo periférico y la ausencia de sintomatología que evidenciase isquemia e hiciera sospechar un vertido central, la paciente fue tratada de la sintomatología aguda y no fue derivada a especializada porque los síntomas hasta el momento no hacían sospechar la gravedad de la lesión”.



La Inspección Médica continúa señalando que a la mañana siguiente, tras comunicar la familia al médico de cabecera empeoramiento de la paciente, esta es derivada al Hospital hhh1, donde fue nuevamente explorada, sin apreciarse ninguna otra sintomatología añadida. Sin embargo, repreguntada por el neurólogo manifestó la imposibilidad de la deambulacion, lo que, unido a la inestabilidad y posible pérdida de fuerza con la extremidad inferior derecha, determinó la petición de un TAC craneal urgente, que puso de manifiesto "un infarto isquémico subagudo en territorio de la PICA izquierdo".

La Inspección Médica considera que, a la vista de la información médica de la se disponía al llegar a Urgencias y el tiempo de evolución del cuadro clínico de los síntomas de la paciente, parece justificado que no se activará el Código Ictus al ingreso en Urgencias, y fueron adecuados los tiempos de respuesta para la realización del TAC.

Según el informe de Inspección, ante el hallazgo del ictus isquémico, "probablemente de más de 48 horas de evolución, con factores de riesgo cardiovascular conocidos y fibrilación auricular permanente ya anticoagulada", se descartó tratamiento fibrinolítico, y se dispuso ingreso en planta para vigilancia y tratamiento de las complicaciones. Se califica como correcto el seguimiento, conforme los controles y objetivos establecidos para este tipo de casos, constando en la historia clínica actuaciones de enfermería con la paciente a partir de las 19:15 h. tras llegar a la planta, a las 00:20 h., y a las 01:19. En nueva visita a las 03:00 h. se la encuentra ya fallecida, avisándose entonces al neurólogo, que certifica el *exitus*.

Finalmente, la Inspección Médica formula las siguientes conclusiones:

"La paciente fue diagnosticada de una artritis de rodilla derecha y se la pautó un tratamiento adecuado a la intensidad del dolor que sufría. Este analgésico puede tener efectos adversos propios de los opioides como náuseas, vómitos, estreñimiento, sudoración, sequedad de boca, cefalea, mareos y vértigo y era una causa a tener en cuenta en la etiología de la sintomatología.

»Cuando solicitan asistencia en el domicilio por la sintomatología vertiginosa, la clínica y la exploración neurológica no hacían sospechar que fuera un vértigo de origen central que requiriera derivación al hospital.



»A la mañana siguiente, y ante el empeoramiento de la enferma es enviada al Hospital hhh1. Allí, es re interrogada para concretar el inicio de la clínica, y ante una posible disminución de fuerza de la pierna derecha (enmascarada por la artritis diagnosticada hace días), se pide un TAC craneal urgente que descarte un accidente cerebrovascular, con tiempo de respuesta adecuado.

»Tras el diagnóstico de *ictus* isquémico tipo POCI evolucionado (más de 48 h) no siendo susceptible de tratamiento fibrinolítico alguno es ingresada en planta para vigilancia y tratamiento de las complicaciones que puedan surgir.

»Pero a pesar de todo y lamentablemente, la paciente fallece a las pocas horas de su ingreso aunque se aplicaron en todo momento los protocolos existentes en la práctica clínica, siendo la actuación sanitaria correcta y actuándose según la *Lex artis ad hoc*".

Del mismo parecer participa el informe pericial de la aseguradora de la Administración, emitido por médico especialista en neurología y jefe de servicio y de la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología del Hospital hhh4. En relación con la actuación médica domiciliaria, dicho informe pericial señala: "Por tanto, con los datos clínicos de los que dispuso la Dra. yyy6 al valorar a la paciente no es posible realizar una sospecha diagnóstica razonable y fundada de un vértigo de origen central. Su actuación por tanto fue correcta, incluso estableciendo diagnóstico diferencial con una posible reacción medicamentosa del medicamento Zaldiar, prescrito dos días antes por su artritis de rodilla, que contiene un derivado opiáceo (tramadol) y entre sus posibles efectos adversos frecuentes se encuentran la sensación de mareo, las náuseas y los vómitos y estableciendo el tratamiento correcto y el seguimiento para un síndrome vertiginoso de características periféricas".

Y en cuanto a la asistencia en el Hospital, el mismo informe pericial afirma que "En la exploración neurológica realizada cabe mencionar como diferencias con realizada en su domicilio horas antes, la aparición de un nistagmo horizonte-rotatorio agotable y la ataxia de tronco. A su llegada al hospital habían transcurrido al menos 10 horas desde el inicio de la clínica por lo que la paciente estaba fuera de la ventana temporal de la activación del Código ictus y por tanto la realización de la TC cerebral no se contempla como una urgencia inmediata.



»La TC cerebral realizada mostró la presencia de un infarto cerebral de curso subagudo en el territorio de la PICA (arteria cerebelosa postero inferior) izquierda y otro posible pequeño infarto de menor tamaño en territorio contralateral.

»Dado el tiempo transcurrido y la ausencia de un déficit neurológico objetivo de la suficiente gravedad (NIHSS <4) no estaba indicada la administración de trombólisis iv.

»Tampoco hubiera estado indicada por este mismo último motivo, en el hipotético caso de que se hubiera podido sospechar el infarto cerebeloso al inicio del cuadro en su domicilio”.

Además, el informe médico pericial de la aseguradora añade: “Para terminar, la paciente fue ingresada en la planta de Neurología. A la vista de la información clínica disponible (paciente con infarto cerebral de menos de 24 horas de evolución y con independencia funcional previa) no había una contraindicación formal para que el ingreso en la Unidad de Ictus. Según expresa el Dr. yyy7, jefe de servicio de Neurología en su informe, esto no se hizo porque en la situación asistencial de pandemia que se vivía en febrero de 2021, la Unidad de Ictus estaba situada en una planta con enfermos COVID y a criterio del Neurólogo que la ingreso se estimó que aumentaba los riesgos para la paciente.

»En cualquier caso, como se ha referido con anterioridad, el beneficio del ingreso en una Unidad de ictus radica en la protocolización de los cuidados generales y la mortalidad y la dependencia se reduce al limitar la extensión del daño cerebral que produce el infarto cerebral. Sin embargo, el ingreso en una Unidad de ictus no ha demostrado benefició en la reducción de la recurrencia del ictus ni de la muerte súbita en la fase aguda del infarto cerebral, como fue el caso de la paciente”.

Finalmente, el informe médico pericial establece estas conclusiones:

“5. Con los datos clínicos de los que dispuso la Dra. yyy6 al valorar a la paciente no es posible realizar una sospecha diagnóstica razonable y fundada de un vértigo de origen central. Su actuación por tanto fue correcta, incluso estableciendo diagnóstico diferencial con una posible reacción medicamentosa del medicamento Zaldiar, prescrito dos días antes por su artritis de rodilla, y estableciendo el tratamiento correcto y el seguimiento para un síndrome vertiginoso de características periféricas.



»6. En la mañana de ese mismo día, la paciente recibió la llamada de su médico de cabecera, como había dejado programado la Dra. yyy6 horas antes. La persistencia de la clínica a pesar del tratamiento administrado motivó el traslado al Hospital.

»7. A su llegada al hospital habían transcurrido al menos 10 horas desde el inicio de la clínica por lo que la paciente estaba fuera de la ventana temporal de la activación del Código ictus y por tanto la realización de la TC cerebral no se contempla como una urgencia inmediata.

»(...)

»9 Dado el tiempo transcurrido y la ausencia de un déficit neurológico objetivo de la suficiente gravedad (NIHSS<4) no estaba indicada la administración de trombólisis iv. Tampoco hubiera estado indicada por este mismo último motivo, en el hipotético caso de que se hubiera podido sospechar el infarto cerebeloso al inicio del cuadro en su domicilio.

»10. La paciente fue ingresada en la planta de Neurología. A la vista de la información clínica disponible no había una contraindicación formal para que el ingreso en la Unidad de Ictus. Según expresa el Dr. yyy7, jefe de servicio de Neurología en su informe, esto no se hizo porque en la situación asistencial de pandemia que se vivía en febrero de 2021, la Unidad de ictus estaba situada en una planta con enfermos COVID y a criterio del Neurólogo que la ingreso se estimó que aumentaba los riesgos para la paciente.

»11. El beneficio del ingreso en una Unidad de ictus radica en la protocolización de los cuidados generales y la mortalidad y la dependencia se reduce al limitar la extensión del daño cerebral que produce el infarto cerebral. Sin embargo, el ingreso en una Unidad de ictus no ha demostrado beneficio en la reducción de la recurrencia del ictus ni de la muerte súbita en la fase aguda del infarto cerebral, como fue el caso de la paciente.

»12. El paciente sufrió una muerte súbita, circunstancia posible en el curso de la fase aguda de un infarto cerebral pero difícilmente evitable, y cuyas causas más frecuentes son de origen cardíaco (arritmias e infartos de miocardio) y vasculares cerebrales (recurrencias embólicas cerebrales o trombosis progresivas).



»13. Por todo lo anterior y a la vista de la documentación analizada, este perito no ha encontrado deficiencias en la atención sanitaria prestada a la paciente que hayan podido influir en su fatal desenlace. El fallecimiento de la paciente se debió exclusivamente a la gravedad de la enfermedad que sufrió posiblemente condicionada por su avanzada edad y su pluripatología de base”.

Estas conclusiones no son compartidas por los reclamantes, quienes, en trámite de audiencia, centran sus alegaciones en contestar el informe médico pericial anteriormente expuesto, reiterando sus pretensiones iniciales.

Así, afirman que durante la visita médica domiciliaría la paciente ya presentaba signos inequívocos de un accidente cerebrovascular, por lo que la actuación médica fue deficitaria, al conformarse con una exploración parcial, no completa, debiendo haber derivado de forma inmediata a la paciente al Hospital. Aquel error inicial de diagnóstico determinó un retraso de 10 horas en que la paciente recibiera atención hospitalaria, al que habría que añadir las 5 horas de espera para la realización del TAC, suma de tiempos y causas que impidieron la activación oportuna del Código Ictus, privando así a la paciente “toda posibilidad de haber superado el cuadro, con la aplicación de los medios terapéuticos oportunos y en tiempo precoz”. Por fin, ingresada en planta para vigilancia, los reclamantes señalan que no recibió ni una sola visita médica en las horas previas a su fallecimiento. Por todo lo cual concluyen que “Es claro que no se pusieron a disposición de la paciente los más elementales medios, ni técnicos ni humanos. Se desestimó toda suerte de intento terapéutico con la paciente, que fue desahuciada desde el momento del diagnóstico del *ictus*”.

La propuesta de orden sometida a dictamen concluye, a la vista de todo lo actuado en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, que la asistencia sanitaria prestada a la paciente se adecuó a la *lex artis ad hoc*, cumpliendo con la obligación de medios que compete al profesional sanitario, sin que pueda establecerse en el presente caso relación causal entre esa correcta asistencia y el lamentable fallecimiento de la paciente.

La propuesta destaca cómo todos los informes médicos generados en la instrucción del procedimiento, y muy en particular, por su autorizado criterio, el pericial emitido por especialista en neurología e ictus, coinciden en confirmar dicha adecuación. Y ello, frente a las alegaciones formuladas por la parte reclamante, cuyas argumentaciones e interpretaciones sobre la atención prestada carecen del necesario respaldo científico, ya que no han aportado



ningún informe o pericia que avale los pronunciamientos contenidos en sus pretensiones iniciales o presentadas en respuesta al dictamen médico pericial de la aseguradora, en la mayor parte de los casos efectuados además desde una regresión y reinterpretación a partir del resultado finalmente conocido, lo cual es un planteamiento jurisprudencial y doctrinalmente no admitido.

A la vista de lo expuesto, este Consejo Consultivo debe compartir con la propuesta de orden que en este supuesto no han quedado debidamente acreditadas razones objetivas que permitan concluir que las actuaciones de los profesionales sanitarios hayan sido negligentes o incorrectas, ni que los medios utilizados hayan sido tardíos o inadecuados. Por lo cual, no cabe apreciar la responsabilidad patrimonial pretendida, y la reclamación debe ser desestimada.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1 e hijos, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. yyy2, en el Hospital hhh1.

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