



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de noviembre de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxx1 y D. xxx2*, 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 27 de julio de 2015 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxx1 y D. xxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija y hermana, respectivamente, Dña. vvvv.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 28 de julio de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 291/2015, 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 LA Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 24 de septiembre de 2013 D. yyyy, en representación de Dña. xxx1 y D. xxx2 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial,

debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. vvvv.

En su escrito exponen que la paciente, de 27 años de edad, fallecida el 7 de octubre de 2011, no fue correctamente diagnosticada y no se utilizaron todos los medios disponibles.

Transcribe a tal efecto las conclusiones del informe médico forense emitido en las Diligencias Previas 1841/2012 seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 1 de xxxx1, en las que se hace constar:

»1º Que Dª vvvv falleció de una anoxia por ocupación masiva de los espacios alveolares por material hemático procedente de una fístula traqueo-arterial.

»2º Que los actos diagnósticos y el tratamiento realizado a Dª vvvv fueron realizados conforme a la *lex artis*.

»3º Que a lo largo de la evolución y entre los controles periódicos se produjo una nueva ulceración y formación de una fístula traqueo-vascular, que no fue adecuadamente diagnosticada, no utilizándose todos los medios disponibles y cuya manifestación fue una hemoptisis masiva que le causó la muerte".

Solicita una indemnización de 150.000 euros, de los cuales reclama 110.000 euros para la madre y 40.000 euros para el hermano de la fallecida.

Acompaña a la reclamación copias del poder general para pleitos, de la carta remitida por el Director Gerente del Complejo Asistencial de xxxx1 de 4 de noviembre de 2010, de diversa documentación médica, del informe médico forense y del Auto de sobreseimiento libre de 22 de agosto de 2013, dictado por el Juzgado de Instrucción nº 1 de xxxx1 en las Diligencias Previas 1841/2012.

Previo requerimiento aporta copia compulsada de diversa documentación y Libro de Familia.

Segundo.- El 27 de septiembre de 2013 se nombra instructor del procedimiento.

Tercero.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informe de la Coordinadora de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx1 de 2 de octubre de 2013, informe del Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial Universitario de xxx1 de 11 de octubre de 2013, informe del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial Universitario de xxx1 de 16 de mayo de 2012, dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora e informe de la Inspección Médica de 19 de septiembre de 2014.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia, no consta que durante el plazo concedido al efecto se hayan presentado alegaciones.

Quinto.- El 10 de junio de 2015 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 29 de junio de 2015 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta.

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

Séptimo.- El 7 de agosto de 2015 el Consejo Consultivo acuerda recabar a la Universidad de xxx2 un informe de especialista, con suspensión del plazo para emitir dictamen. En concreto, se solicita información acerca de los siguientes extremos:

“1.- Con carácter general, valore la corrección, conforme a las reglas de la *lex artis ad hoc*, de las decisiones y actuaciones médicas en relación con la asistencia recibida.

» (...).

»2.- Si, a pesar del alto riesgo de mortalidad en estos supuestos, tal y como indica al respecto el informe de la Inspección Médica, un diagnóstico

precoz y un tratamiento adecuado habrían otorgado a la paciente posibilidades de superar la grave situación que padecía.

»En caso afirmativo, y de haber sido posible un diagnóstico anterior de la patología y ésta se hubiera tratado de forma debida, pondérese en términos porcentuales la posibilidad de supervivencia del paciente”.

Recibido el 30 de octubre de 2015 en este Consejo Consultivo el informe solicitado, se reanuda el plazo para la emisión del dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

2ª.- El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, 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 (24 de septiembre de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (10 de junio de 2015). 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, de 26 de noviembre. 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.

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 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) 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, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada.

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.

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, entre otros, 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 de 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".

Debe recalcar que la doctrina de la pérdida de oportunidad se refiere a supuestos en que hay una concausa en la producción del desenlace final. Junto a la enfermedad hay una acción u omisión sanitaria que disminuye las posibilidades de curación, sin que pueda saberse con certeza si dichas posibilidades se habrían o no materializado en el caso de prestarse adecuadamente el servicio sanitario.

Sin embargo, como acaba de señalarse, debe tratarse siempre de una probabilidad sustancial y, en consecuencia, no es suficiente cualquier porcentaje de pérdida, para ello es preciso valorar en cada caso concreto, si existe una probabilidad sustancial de un resultado diferente, o una probabilidad suficiente.

En este sentido en la Memoria del Consejo de Estado del año 2005 se indicaba que "En la jurisprudencia española se suele exigir un mínimo de en torno al 30 o 40 % de probabilidad de curación o salvación para que pueda establecerse el nexo causal, si bien la doctrina ha señalado que este uso de la estadística debe tomarse con mucha cautela". De este modo, si el porcentaje es mínimo, no procede declarar la responsabilidad por no concurrir el requisito del nexo causal.

En el supuesto que se dictamina no existe una incorrección asistencial en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de tráquea de la paciente.

Fue diagnosticada de carcinoma adenoide quístico traqueal en el año 2010, es intervenida quirúrgicamente el 9 de septiembre de 2010 y se le realiza estereotomía y traqueoplastia, que requiere implante de stent, posterior retirada y radioterapia.

La causa del fallecimiento de la paciente, ocurrido el 7 de octubre de 2011, fue debida a una anoxia por ocupación masiva de los espacios alveolares por material hemático procedente de una fístula traqueo-arterial. Ahora bien, la aparición de dicha complicación no puede vincularse a una mala *praxis*, tal y como se constata de los diferentes informes médicos obrantes en el expediente.

El informe de experto independiente afirma que "La presentación de la complicación de una fístula traqueo-vascular está dentro de las posibilidades en el desarrollo de posibles complicaciones y más considerando el estadio clínico evolutivo del cáncer que presentaba la paciente, la cirugía paliativa que se la pudo practicar, la complicación postoperatoria en la resección del tumor sufrida y el tratamiento coadyuvante con radioterapia que se la aplicó".

No obstante, en cuanto al diagnóstico de la fístula traqueo-vascular, el informe médico forense afirma que la formación de la fístula traqueo-vascular no fue adecuadamente diagnosticada, sin que se utilizaran todos los medios disponibles. En el mismo sentido se pronuncia el informe de la Inspección Médica que indica de modo expreso que "durante septiembre y octubre de 2011 (...) presentó clínica de dolor de garganta, afonía siendo valorada por Atención Primaria, Urgencias del Hospital de xxxx1 y ORL no derivándola a los especialistas que correspondía la patología de base (tumor de tráquea y cirugía) como reseña el informe del especialista de ORL del Hospital de xxxx1 "que no se trata de patología ORL y las exploraciones ORL no permiten la valoración de lesiones traqueales y deben ser valoradas por los especialistas y exploraciones adecuadas" pero no se realizaron los trámites ni derivación o interconsultas para la valoración en los especialistas apropiados por el Servicio Público de Salud, es decir, no se pusieron todos los medios disponibles en el Servicio Público de Salud". No obstante, también advierte que "la complicación según los conocimientos médicos es grave, urgente y con una mortalidad del 100% y para otros autores del 80 % después de la intervención quirúrgica y probablemente no hubiera evitado el no deseable y fatal desenlace".

A pesar de lo señalado en dichos informes, en el dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora se indica que "Cuando la paciente acudió a urgencias en septiembre de 2011 no era posible diagnosticar la existencia de esa fístula, pues aunque se hubiera realizado una endoscopia nada hubiera dado la pista sobre algo que se estaba desarrollando debajo de la mucosa traqueal. Hasta que no apareció la hemorragia masiva era imposible llegar a un diagnóstico que hubiera conducido a un tratamiento, que difícilmente hubiera podido evitar la hemorragia que luego se produjo.

»El fallecimiento del paciente se debió a la mala evolución de una cirugía correctamente realizada, pero en unas circunstancias muy desafortunadas que condujeron a una complicación post quirúrgica y postradioterápica tardía, que a pesar de que fueron bien tratadas no pudieron evitar el fatal desenlace".

El informe de experto independiente afirma que el proceso patológico que se presenta es raro y, por lo tanto, poco frecuente, lo que crea dificultad diagnóstica al considerar en muchas ocasiones que la sintomatología clínica es provocada por otros procesos más frecuentes. A ello añade que "Cuando se presentó la complicación, se actuó correctamente de acuerdo a las circunstancias, que hace que por la presentación repentina de este tipo de complicaciones no sea posible aplicar la totalidad de los medios disponibles, ni poner en marcha los procedimientos terapéuticos adecuados para solucionar el problema. La alta morbi-mortalidad de esta complicación está reflejada en la bibliografía".

Señala que durante septiembre y octubre fue atendida debidamente en el sistema sanitario público, que cuando es atendida en septiembre se puede considerar difícil diagnosticar la existencia de una fístula, que una simple endoscopia traqueal no hubiera aportado datos relevantes, y que otros medios se aplican en muchas ocasiones cuando ya se ha desencadenado el episodio de hemorragia.

El meritado informe de experto independiente, en relación con si una diagnosis precoz y un tratamiento adecuado hubiera otorgado a la paciente posibilidades de superar la grave situación que padecía, mantiene en general que "La tasa de mortalidad de estos procesos tumorales se puede considerar elevada estando relacionada la supervivencia a la extensión y grado evolutivo

de los mismos. La enferma tenía un tumor de 5 cm de extensión en el que no se pudo hacer una cirugía radical. El diagnóstico se realizó después que el tumor provocó una sintomatología que hizo poner en marcha la aplicación de los métodos diagnósticos adecuados, una vez que el proceso parecía no corresponder a un proceso banal. Las actuaciones terapéuticas fueron las adecuadas, remitiéndole al centro hospitalario con disponibilidad de recursos para aplicar el tratamiento adecuado, posteriormente se trató de forma coadyuvante con radioterapia y más tarde con la técnica específica de braquiterapia en otra Comunidad Autónoma. Según la información recogida en el dossier de documentos facilitados, se realizaron las revisiones pertinentes y estudios adecuados en su seguimiento. En el caso de que el tumor no esté extendido, la supervivencia a los 3 años esta referenciada e la bibliografía sobre este tipo de procesos, en un 80 %, a los 5 años 70 %, a los 10 años 40 % y 20 años, 15 %. Según el estadio de extensión y afectación regional o localizada, las cifras de supervivencia disminuyen de forma ostensible”.

En relación con la complicación surgida, precisa que “La supervivencia cuando se presenta una fístula traqueo-tronco braquicefálico arterial, se sitúa alrededor del 5 % de los pacientes en los trabajos publicados sobre esta complicación, pero hay que considerar que posiblemente esta cifra sea muy optimista y esté sesgada, tendiendo en consideración que hay una tendencia de los autores de publicar los éxitos y no los fracasos”.

Este Consejo Consultivo, a la vista de todos los informes obrantes en el expediente, considera que, a pesar de la dificultad de la diagnosis de la complicación surgida (fístula traqueo-vascular), desde que acude a Urgencias el 13 de septiembre de 2011 (fallece el día 7 de octubre) la paciente debió haber sido derivada a los especialistas apropiados teniendo en cuenta los antecedentes que presentaba (cáncer de tráquea, y cirugía). No obstante, la existencia de una indebida puesta de medios suficientes, a los efectos de prever un diagnóstico más eficiente, no es en sí misma causa suficiente para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Autonómica si dicha falta de medios no ha sido relevante en el resultado finalmente padecido.

En el presente caso, al tener en cuenta la existencia de un porcentaje de supervivencia mínimo, casi inexistente, tras la complicación surgida (el informe de experto independiente cifra la supervivencia surgida tras la complicación consistente en fístula traqueo-tronco braquicefálico arterial en un 5%, y estima

dicha cifra como muy optimista), no puede considerarse que de haber habido un diagnóstico de tal complicación, la evolución hubiera sido favorable, por lo que no puede apreciarse la existencia de una pérdida de oportunidades. Esto es, si la Administración Sanitaria hubiera actuado de otra manera no consta que la paciente hubiera tenido la oportunidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su vida.

En definitiva, los perjuicios sufridos por la interesada encuentran su causa principal y directa en su propia dolencia, en una complicación surgida en el tratamiento de ésta, sin que la actuación de los servicios sanitarios de la Junta de Castilla y León haya tenido influencia decisiva en la evolución del curso causal, por lo que la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxx1 y D. xxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija y hermana, respectivamente, Dña. vvvv.

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