



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 7 de septiembre de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado de oficio mediante Resolución de 16 de abril de 2015 de la Gerencia de Salud de Área de xxxx*, 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 21 de agosto de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado de oficio mediante Resolución de 16 de abril de 2015 de la Gerencia de Salud de Área de xxxx como consecuencia de la queja presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre ya fallecida, Dña. vvvv, en el Complejo Asistencial de xxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de agosto de 2018 se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 378/2018, 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 27 de enero de 2014 Dña. yyyy presenta una queja ante la Gerencia Regional de Salud en la que pone de manifiesto su disconformidad con

la asistencia sanitaria recibida por su madre, ya fallecida, Dña. vvvv, de 69 años de edad, en el Complejo Asistencial de xxxx.

En su escrito expone que la paciente ingresó el 20 de enero de 2013 en Urgencias del Hospital hhhh de xxxx, pasando al Servicio de Cirugía. El 24 de enero fue dada de alta por evolución satisfactoria, con el diagnóstico de tumoración pélvica.

El 27 de enero volvió al Servicio de Urgencias, solicitándose, entre otras cosas una ecografía que no llegó a hacerse. Tras permanecer 24 horas en Urgencias, fue trasladada a la quinta planta. La tensión arterial antes de subir a planta era 83/44, estando hipotensa, debiéndose realizar controles de tensión arterial cada dos horas, según el protocolo de actuación en estos casos.

Al llegar a planta se intenta tomar la tensión varias veces, lo que fue imposible a la enfermera, que llamó a otra persona del Servicio de Enfermería que tampoco pudo encontrar la tensión arterial. Pese a ello, no se volvió a tomar la tensión arterial hasta las 7:00 horas del día 28. Cuando se le tomó la tensión después de siete horas sin ninguna toma, esta era 70/33, muy baja. A partir de ese momento se le tomó la tensión arterial cada media hora como debía haberse hecho por la noche. A las 10:30 horas la tensión arterial no se recupera y es trasladada a la UCI donde fallece el 29 de enero.

En la queja se plantean entre otras cuestiones, por qué no se realizó a la paciente la ecografía solicitada por el médico de Urgencias y por qué no se le tomó la tensión cada dos horas al estar hipotensa.

Segundo.- Mediante Resolución de la Gerencia Regional de Salud de Área de xxxx de 16 de abril de 2015 se inicia de oficio el procedimiento de responsabilidad patrimonial tomando en consideración el escrito presentado por Dña. yyyy, se nombra instructor del procedimiento, lo que se notifica a la interesada el 22 de abril y se le concede un plazo de siete días, a partir del siguiente de la notificación, para que aporte cuantas alegaciones, documentos o información estime conveniente a su derecho y proponga cuantas pruebas sean pertinentes.

Tercero.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica de la paciente, informes de la Unidad de Urgencias, del Servicio de Cirugía General

y del Servicio de Rehabilitación del Complejo Asistencial de xxxx, informe médico pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora ssss y dos informes de Inspección Médica de 26 de marzo de 2015, a raíz del cual se inicia el procedimiento de oficio, y de 19 de mayo de 2016. En el primero de ellos se concluye lo siguiente:

»3.- El cuadro causante de la sepsis, según el resultado de Anatomía Patológica fue una colitis isquémica muy extensa con perforación y peritonitis aguda de rápida evolución. Es un cuadro muy grave y de mal pronóstico, con mortalidad superior al 30% de entrada que puede llegar a ser del 100% en casos de colitis fulminante universal (como parece ser el caso) debido a sepsis o complicaciones de comorbilidades previas. El pronóstico empeora, según la bibliografía, en casos de inicio de dolor abdominal sin rectorragia, afectación de colon derecho o inicio con peritonitis, factores que reunía en este caso.

»4.- Aunque la patología que presentaba la paciente es de mal pronóstico y por su evolución se presentaba complicada, la asistencia prestada en Urgencias y en la planta de Cirugía no fue correcta.

»Durante su estancia en Urgencias su situación fue deteriorándose, presentando datos de que estaba apareciendo un cuadro de sepsis.

»A las 23,30 horas ya tenía marcadores claros de la misma: Temperatura inferior a 36° (tenía 35,5°, Taquicardia superior a 100 lpm (tenía 108 lpm), Hipotensión con TA inferior a 90 (tenía TA de 80/60) y además en la analítica realizada se encontró un nivel alto de Proteína C reactiva, que anota el laboratorio como valor crítico con aviso al médico.

»Con estos datos y los antecedentes de la patología abdominal había que haber empezado de forma rápida con la identificación del foco séptico con estudios de imagen (la ECO que no se pidió o TAC abdominal) y tratamiento antibiótico empírico. Cuando fue valorada por Cirugía antes de su ingreso no se tomaron en consideración esos datos.

»El personal de enfermería que tomó las constantes ante los datos tan anómalos debía haberlo puesto en conocimiento de los médicos de guardia

y debía haber realizado un seguimiento mucho más estrecho que el que se hizo, sin ningún control de constantes en las siguientes horas del ingreso.

»Estos hechos son especialmente relevantes ya que la evolución de la sepsis empeora con el retraso en el tratamiento, siendo especialmente importante su inicio en las primeras horas”.

En el informe de Inspección Médica de 19 de mayo de 2016 se concluye que “6. (...), la asistencia sanitaria prestada en el S. de Urgencias, al menos desde la toma de constantes realizada a las 23:00 horas, y en la planta del S. de Cirugía, no puede considerarse correcta, pues no se tuvieron en cuenta los claros marcadores clínicos de sepsis que presentaba la paciente y no se tomaron las medidas necesarias para su confirmación diagnóstica, la identificación del foco y el inicio del tratamiento de la misma.

»7. La colitis isquémica en sus formas más graves y la sepsis son patologías con una elevada mortalidad aún con un tratamiento óptimo. En estas patologías es especialmente importante un diagnóstico lo más precoz posible, y cada hora que se retrase el inicio de su tratamiento empeora su evolución agravando su pronóstico. En el caso de Dña. (...) es imposible saber lo que hubiera ocurrido de haber sido diagnosticada y tratada más precozmente, es posible, dada la gravedad de las patologías que presentaba, que el desenlace hubiera sido el mismo. Sin embargo, es indudable que el retraso de varias horas en establecer el diagnóstico de sepsis y en iniciar el tratamiento empeoró su pronóstico y disminuyó sus posibilidades de supervivencia”.

Cuarto.- El 28 de abril de 2015 la interesada presenta un escrito en el que se ratifica en lo expuesto en su queja y señala que las personas con derecho a reclamación por los daños ocasionados por el fallecimiento de Dña. vvvv son su esposo y sus tres hijas, a los que identifica debidamente presentando fotocopias compulsadas del Libro de Familia y D.N.I.

Quinto.- Obra en el expediente escrito de 24 de octubre de 2016 del Jefe de Servicio de Inspección, en el que se comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Sexto.- Concedido trámite de audiencia la parte reclamante, presenta alegaciones en las que se ratifica en lo expuesto en sus alegaciones anteriores

y solicita una indemnización de 86.018,43 euros para el cónyuge de la fallecida y 9.557,59 euros para cada una de sus tres hijas mayores de 25 años.

Séptimo.- El 5 de marzo de 2018 se emite un informe de valoración del daño corporal en el que se señala que, en el caso de que se determine la existencia de una mala praxis en relación con la paciente, se estima que, considerando la mortalidad intrínseca de la colitis necronizante y la patología tumoral causante del cuadro, la pérdida de oportunidad de supervivencia se estima en un 60-65%.

Octavo.- Concedido nuevo trámite de audiencia la parte reclamante se ratifica en las cantidades reclamadas como indemnización.

Noveno.- El 13 de junio de 2018 se formula propuesta de orden estimatoria parcial de la reclamación, al quedar acreditada la relación de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento del servicio público y, dado el porcentaje de pérdida de oportunidad, reconoce una indemnización de 56.079,66 euros para el cónyuge y 6.231,07 euros para cada una de las tres hijas de la fallecida.

Décimo.- El 19 de julio de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de resolución.

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 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, ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se inicia de oficio el procedimiento de responsabilidad patrimonial (16 de abril de 2015) hasta que se formula la propuesta de orden (13 de junio de 2018). 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, en su caso, mediante la oportuna resolución

3ª.- Concurren en la reclamante 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.

El procedimiento se ha iniciado de oficio conforme a lo establecido en los artículos 69.1 y 142.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y en el artículo 5.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. El artículo 5.2 de la citada norma dispone al respecto que "La iniciación del oficio del procedimiento se efectuará siempre por acuerdo del órgano competente, adoptado bien por propia iniciativa, bien como

consecuencia de orden superior, petición razonada de otros órganos o por denuncia”.

En este caso el procedimiento se inicia de oficio a raíz de la queja presentada por la interesada el 27 de enero de 2014, debido al fallecimiento de su madre, que atribuye a una deficiente asistencia sanitaria, que tuvo lugar el 29 de enero de 2013, por lo tanto desde el momento de los hechos hasta que se presentó la queja que ha dado lugar al inicio del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial no ha transcurrido el plazo de un año.

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.

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 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 están, 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre 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 la 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 beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

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 135, 481, 619 o 837/2013, 1/2014, 279, 290/2015, 260/2016, 19, 66/2017, 106/2017 y 150/2017 entre otros- 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".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, la parte interesada manifiesta la disconformidad con la asistencia médica prestada a Dña. vvvv en el Complejo Asistencial de xxxx, que concreta en la no realización de la ecografía que le fue pautaada por el médico del Servicio de Urgencias y en la demora en la toma de tensión arterial que dada su situación, hipotensa, debería haber sido tomada cada dos horas.

A la vista de lo expuesto hay que valorar si la asistencia prestada a la paciente fue suficiente y ajustada a las exigencias de la *lex artis* y si las omisiones producidas han condicionado el resultado final, lo que comporta el análisis de la pérdida de oportunidad.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General señala que, una vez revisada la historia clínica, "dicha paciente fue ingresada el 20.01.2013 por un cuadro de oclusión intestinal secundaria a un proceso neoplásico pélvico de origen ginecológico siendo dada de alta pendiente de seguimiento por el Servicio de Oncología.

»Posteriormente reingresa el día 27.01.2013 por un cuadro de suboclusión intestinal. Durante su ingreso en planta, presenta de forma brusca un cuadro de hipotensión secundario a una isquemia intestinal siendo intervenida y realizándose una colectomía total y biopsia de nódulos peritoneales que son informados como infiltración por carcinoma sugestivo de origen ovárico.

»El postoperatorio transcurre en UCI.

»Desde el punto de vista de la actuación de los facultativos del Servicio de Cirugía en relación con dicha paciente, ésta se ha ajustado en todo momento a los protocolos y grado de evidencia clínica que existen en este tipo de patología".

El informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora ssss concluye que la atención dispensada a la reclamante fue acorde a *lex artis*. Se considera en el citado informe que la paciente fue correctamente diagnosticada en su primer ingreso solucionando su problema con una endoprótesis que es el procedimiento de elección hoy día. A su reingreso no había signos de alarma y el diagnóstico de presunción fue de suboclusión intestinal. En este momento el colon no estaba perforado. A pesar de la hipotensión y una PCR y Urea elevada, la situación de la paciente y la exploración física del abdomen no hacían pensar en una complicación grave. Cuando se inestabilizó la paciente se actuó adecuadamente con rapidez y eficacia. La isquemia de colon tiene altas tasas de mortalidad aún actuando tan precozmente.

Los informes de la Inspección Médica de 26 de marzo de 2015 y 19 de mayo de 2016, cuyas conclusiones últimas se han reproducido en el antecedente de hecho tercero, tras el análisis de los hechos, ponen de manifiesto que ante el claro signo de hipotensión era procedente una mayor observación y seguimiento. En ambos informes se considera que el retraso de varias horas en establecer el diagnóstico de sepsis y en iniciar el tratamiento empeoró el pronóstico de la paciente y disminuyó sus posibilidades de supervivencia. Asimismo, uniendo a la hipotensión los antecedentes de la patología abdominal había que haber empezado de forma rápida con la identificación del foco séptico con estudios de imagen (ECO o TAC abdominal) y tratamiento antibiótico empírico.

La falta de realización de pruebas complementarias, solo puede considerarse contraria a la *lex artis* cuando los indicios de los pacientes son evidentes de la sospecha de una patología que sea necesario confirmar o descartar y, además, cuando dichas pruebas pueden arrojar sobre dicha patología claros diagnósticos. En el presente caso, a las 23:30 horas del día 27 de enero de 2013, cuando estaba ingresada en el Servicio de Urgencias ya tenía marcadores claros de un cuadro séptico: Temperatura inferior a 36° (tenía 35,5°, Taquicardia superior a 100 lpm (tenía 108 lpm), Hipotensión con TA inferior a 90 (tenía TA de 80/60) y además en la analítica realizada se encontró un nivel alto de Proteína C reactiva, que anota el laboratorio como valor crítico con aviso al médico, por lo que debería de haberse procedido a la práctica de la ecografía solicitada, así como la toma de tensión arterial cada dos horas.

Por todo ello, a pesar de que la patología de la paciente era de mal pronóstico y por su evolución se presentaba complicada, la asistencia prestada en Urgencias y en la planta de Cirugía no fue correcta, pues la no realización de la ecografía pautada, así como no tomar la tensión arterial en los intervalos de tiempo establecidos según protocolo, ha significado una pérdida de oportunidad de haber podido diagnosticar antes la sepsis, que derivó en el fallecimiento de la paciente.

Debe incidirse en 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.

En definitiva, hay grandes probabilidades de que la actuación médica tardía le haya privado de la posibilidad supervivencia aunque en el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora se señala que la isquemia de colon tiene altas tasas de mortalidad aún actuando tan precozmente.

Por todo lo expuesto, este Consejo Consultivo considera que la reclamación patrimonial debe estimarse, al quedar acreditada la relación de causalidad ente el daño sufrido y el funcionamiento del servicio público y ser imputable a la Administración Sanitaria la falta de realización de la ecografía pautaada por el médico de Urgencias, así como la ausencia de toma de tensión arterial en los tiempos establecidos ante los datos clínicos que presentaba la paciente en su ingreso en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx el 27 de enero de 2013, lo que derivó en la disminución de sus posibilidades de supervivencia, con el consiguiente desenlace fatal de fallecimiento.

6ª.- Para cuantificar la indemnización que corresponde a los interesados es preciso determinar el porcentaje de pérdida de oportunidad que, atendiendo a los informes obrantes en el expediente, dado el cuadro clínico que presentaba la paciente, se considera de un 60-65%.

Para la valoración de la indemnización procedente, se tiene en cuenta 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, y la actualización de este sistema por Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante el 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Al tratarse de una víctima que contaba con 69 años de edad en el momento de su fallecimiento y con cónyuge y tres hijas mayores de 25 años resulta de aplicación el Grupo I de la Tabla I del anexo del baremo, que comprende también la cuantificación de daños morales. En el citado Grupo I se

establece que cuando la víctima tiene hasta 69 años de edad al cónyuge viudo le corresponde una indemnización de 86.276,40 euros y a los hijos mayores de 25 años 9.586,26 euros. Aplicando el porcentaje del 65% vinculado a la pérdida de oportunidad, al cónyuge le corresponderían 56.079,66 euros y a cada una de las hijas 6.231,07, lo que hace un quantum indemnizatorio de 74.774,76 euros.

Todo ello, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, en los términos expuestos en el presente dictamen, y reconocer al cónyuge viudo una indemnización de 56.079,66 euros y a cada una de sus tres hijas 6.231,07 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado de oficio mediante Resolución de 16 de abril de 2015 de la Gerencia de Salud de Área de xxxx como consecuencia de la queja presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre ya fallecida, Dña. vvvv, en el Complejo Asistencial de xxxx.

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