CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. S. de Vega, presidente

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

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 11 de diciembre de 2025, con asistencia de los miembros que se expresan al margen, emitió, por unanimidad, el siguiente dictamen:

DICTAMEN 465/2025

I
ANTECEDENTES DE HECHO

El día 7 de noviembre de 2025 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 Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su marido D. yyy2.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 13 de noviembre de 2025, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 465/2025, 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. Ramos Antón.

Primero.- El 12 de mayo de 2020 Dña. yyy1 presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por los daños y perjuicios sufridos a causa de la deficiente asistencia sanitaria recibida por su marido D. yyy2 en el Hospital hhhh de xxx1 desde su ingreso el 26 de junio de 2019 hasta su fallecimiento el 22 de julio de 2019.

La reclamante expone que cuando su marido ingresó con fiebre en el Servicio de Urgencias del citado hospital el 26 de junio de 2019 se redujo la dosis de heparina de bajo peso molecular (tratamiento anticoagulante) que

tenía pautada para el tratamiento de la trombosis venosa profunda (trombosis portal) de 100 mg a 40 mg cada 24 horas, por riesgo de sangrado, sin unos resultados analíticos previos que pudieran evaluar la coagulación. En este momento, el paciente estaba en cuidados paliativos y seguimiento por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) por un cáncer de páncreas con metástasis al hígado, pulmón y mediastino, en estado terminal, diagnosticado ese mismo año. Ante la imposibilidad de su tratamiento quirúrgico y el fracaso del tratamiento oncológico fue dado de alta en Oncología del Complejo Asistencial Universitario de xxx2 (Hospital hhh2 de xxx2) el 14 de junio de 2019.

Por otra parte, denuncia irregularidades y discrepancias que demuestran la falta de coordinación entre médicos, farmacia y enfermería del hospital a la hora de administrar dicho medicamento los días 1, 2, 3 y 8 de julio de 2019, fecha en la que fue suprimida su administración por orden médica, prescribiéndose al día siguiente no levantar al paciente, con falta de movilidad absoluta los días posteriores.

El 12 de julio de 2019 el paciente sufre un accidente vascular cerebral (AVC) que le ocasionó ceguera y posterior estado vegetativo hasta su fallecimiento. El día 13 de julio de 2019 el médico le indica al paciente un tratamiento antiagregante (Adiro 100) y el día 15 de julio de 2019 le indica la reanudación de administración de enoxaparina (40 mg/24 h), que se le administra hasta el día de su fallecimiento el 22 de julio de 2019.

La reclamante concluye que "(…) que se ha cometido un error por parte de la Dra. (…) en reducir la dosis a 40 mg. sin tener unos datos previos de coagulación, y un grave error que ha ocasionado daños y lesiones por parte del Dr. (…) en suspender al paciente la administración de enoxaparina durante 7 días consecutivos (5 días antes del ACV). Esto provocó unos daños y lesiones irreversibles al paciente quedando en coma con MOE desconjugada y atonía de las 4 extremidades. De haber actuado de otra forma (continuando de forma ininterrumpida la administración de HBPM) el final de mi marido no hubiera sido tan traumático, siendo de forma diferente".

La reclamación no cuantifica la indemnización de daños y perjuicios, y solicita que "se estime la reclamación procediendo al reconocimiento del error producido y del daño y lesiones ocasionadas como consecuencia de la falta de enoxaparina".

Adjunta a su solicitud documentación médica relativa a la asistencia recibida en el Hospital hhh2 de xxx2 desde el 22 de febrero de 2019 y en el hospital de xxx1 desde el 26 de junio de 2019, incluyendo informe de *exitus* de 22 de julio de 2019 e informe de historia del paciente del último ingreso.

Segundo.- Constan en el expediente, además de la historia clínica del paciente, los siguientes informes y documentación emitidos sobre los hechos objeto de la reclamación:

- Informe de 12 de junio de 2020, emitido por la facultativa especialista del Servicio de Oncología Médica del hospital de xxx1.

- Informe de 15 de junio de 2020, emitido por el facultativo especialista del Servicio de Medicina Interna del hospital de xxx1.

- Informe de 10 de junio de 2020, elaborado por la supervisora de enfermería de la Unidad de Medicina Interna.

- Informe de 31 de enero de 2022, emitido por el médico inspector de la Gerencia de Salud de Área de xxx3.

- Informe de 20 de febrero de 2022 e informe ampliatorio de 26 de diciembre de 2022, emitidos de forma colegiada por facultativos especialistas en cirugía general y del aparato digestivo, a instancia de la compañía aseguradora de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Tercero.- Se ha concedido trámite de audiencia a la reclamante en dos ocasiones; la segunda tras la emisión del dictamen pericial complementario de 26 de diciembre de 2022.

En los escritos de alegaciones de 28 de junio de 2022 y de 7 de febrero de 2023 la reclamante rebate los informes médicos y periciales indicados, y reitera las conclusiones alcanzadas en su escrito inicial.

No cuantifica el importe de la indemnización reclamada (si bien la instructora considera que la indemnización supera los 30.050 euros tomando como referencia el baremo de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a motor).

Cuarto.- El 7 de octubre de 2025 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 31 de octubre de 2025 la propuesta de orden se informa favorablemente por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.

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, sustancialmente, 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, casi seis años, desde que se presentó la reclamación (12 de mayo de 2020) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de octubre de 2025). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una severa 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, así 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, eficiencia, servicio efectivo a los ciudadanos, racionalización y agilidad de los procedimientos administrativos, 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- La reclamación se ha interpuesto por persona legitimada de acuerdo con 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. La reclamación se interpuso el 12 de mayo de 2020, antes del transcurso de un año desde el fallecimiento de D. yyy2, producida el 22 de julio de 2019, por lo que se presentó dentro del plazo de prescripción legalmente establecido.

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 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 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, estando, 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, 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".

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.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y para la determinación de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(…) 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".

Debe añadirse que, en los supuestos en los que se reclama el reintegro de gastos sanitarios por un tratamiento en la sanidad privada, es posible su reclamación por la vía de la responsabilidad patrimonial cuando se invoca mala praxis médica o demora como causa del abandono de la sanidad pública, diferenciando este supuesto del reintegro de gastos médicos por urgencia vital, que requiere de reclamación previa a la vía jurisdiccional social y se regula en el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En este sentido, la Sentencia n.º 489/2025, de 11 de abril, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (recurso 258/2023), señala en su fundamento de derecho quinto: "(…)

Lo primero que debemos precisar al analizar el supuesto presente es que este orden jurisdiccional es el competente para conocer de los litigios de reintegro o reembolso de gastos sanitarios de medicina privada cuyo título no sea el derecho a la asistencia sanitaria en una urgencia vital en el sentido estricto de la expresión, sino la compensación o indemnización por funcionamiento anormal del servicio público sanitario que es lo argumentado en la demanda.

»Con ello queremos decir que en el presente supuesto la cuestión queda centrada en analizar si está justificado que el paciente acudiera a la sanidad privada ante la atención sanitaria que estaba recibiendo en la pública o si por el contrario lo que ha existido es un abandono voluntario de la sanidad pública no siendo procedente el reintegro de los gastos derivados de aquella (…)".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio recogido en la propuesta de orden y considera que la reclamación debe desestimarse.

En primer lugar, en cuanto a la justificación de las decisiones médicas adoptadas el 26 de junio, el 8 de julio de 2019 y el 15 de julio por los facultativos del Hospital hhh1, relativas a la reducción, supresión y reanudación, respectivamente, de la pauta y administración de heparina de bajo peso molecular (tratamiento anticoagulante que había sido prescrito al paciente en el Hospital hhh2 de xxx2 para el tratamiento de la trombosis portal) y la conexión causal de estas decisiones con el accidente vascular cerebral que sufrió el paciente el 12 de julio de 2019 y su fallecimiento el 22 de julio siguiente, los informes médicos emitidos consideran que la actuación médica fue correcta y ajustada a la *lex artis* a la vista de las circunstancias concretas del paciente.

En este sentido, la propuesta de orden expone que "tanto el inspector médico instructor del procedimiento, como los especialistas en cirugía general y aparato digestivo que realizan los informes periciales incorporados al procedimiento, coinciden en afirmar que, lejos de haberse producido un error asistencial en lo concerniente al tratamiento con enoxaparina, las decisiones en cuanto a variación de dosificación y supresión obedecieron a un balance entre riesgo y beneficio en un paciente en situación terminal".

En este sentido, el médico inspector, teniendo en cuenta lo informado por el facultativo de medicina interna que atendió al paciente, expone en su informe lo siguiente:

"a) A su ingreso (26/06/2019) se indicó enoxaparina 40 mg, indicada por trombosis portal, al valorar riesgo/beneficio de paciente en situación terminal avanzada por adenocarcinoma con metástasis con riesgo de sangrado.

»b) Los hemocultivos evidencian bacilos gram negativos y en ecografía hepática se aprecia lesión en lóbulo hepático derecho, que sugería absceso hepático o metástasis necrosada e infectada. En esta situación de complicaciones y ante el riesgo de sangrado digestivo y cerebral se reduce la heparina a dosis profilácticas.

»c) Evoluciona a deterioro en situación preterminal (09/07/2019). Se presenta el evento cerebrovascular y se aplican antiagregantes. Se reintroduce heparina a dosis bajas para complementar al antiagregante.

»d) Dada la situación del paciente, es arriesgado afirmar que la causa del accidente vascular cerebral es causado por la administración o no de anticoagulantes".

Por su parte, el dictamen pericial de la compañía de seguros, en el mismo sentido, expone que para adoptar esta decisión no era necesaria una analítica previa porque "para el control de las heparinas de bajo peso molecular no se realizan controles de coagulación con analítica, precisamente porque no alteran los tiempos de coagulación. Las alteraciones de coagulación que presenta el paciente en determinadas analíticas no responden al tratamiento anticoagulante sino a la enfermedad hepática (metástasis e infección). Por lo tanto, la reducción de la dosis de heparina que se realizó para cursar su ingreso el 26 de junio debía fundamentarse (y así se hizo) en el riesgo/ beneficio del paciente desde el punto de vista clínico y no era necesaria ninguna analítica específica". Estos controles, según aclara el informe ampliatorio, se hacen a pacientes que toman Sintrom o fármacos análogos, lo que no era el caso del paciente.

No puede perderse de vista que, como indica el dictamen pericial de la aseguradora, en los TAC realizados en el mes de mayo de 2019 se evidenciaba el aumento del tumor que englobaba por completo la salida de la arteria mesentérica superior y vena porta en su cara inferior, conectando ya con la vena cava y la vena renal, por lo que existía un altísimo riesgo de que la masa tumoral penetrara en cualquier momento en los vasos sanguíneos mencionados ocasionando una hemorragia mortal. Por este motivo, concluye

el citado informe que "Ese ya sería motivo suficiente para suspender la heparina a dosis terapéuticas y dejar únicamente dosis profilácticas habituales en el paciente ingresado (enoxaparina 40 mg en inyección subcutánea/24 horas).

»Sin embargo, en este caso existe otro factor y es la propia trombosis portal diagnosticada en febrero junto con el tumor. En el TAC de control realizado el 31 de marzo, la trombosis ya ha desaparecido y esto se confirma por el hecho de que ni en el TAC realizado en mayo ni en la ecografía realizada en junio vuelve a reaparecer (…)".

Los mismos especialistas también concluyen que "la suspensión de la heparina profiláctica por parte de los facultativos fue correcta en el contexto de la situación del paciente, terminal y ya establecida la limitación del esfuerzo terapéutico".

Y en cuanto a la reintroducción de la heparina tras el accidente vascular cerebral, tal como señala el facultativo que atendió al paciente, "se volvió a introducir la heparina valorando riesgo beneficio porque en ese momento se consideraba que la heparina a dosis bajas podía complementar el antiagregante, pero es clarísimo que la heparina sola no hubiera impedido la trombosis".

Sobre la posibilidad de que un trombo portal pueda causar un trombo cerebral, los especialistas de la aseguradora consideran que es imposible. En primer lugar, porque el trombo no existía, al menos desde el 31 de marzo, fecha en la que se realizó un TAC que así lo objetivaba. Y en segundo lugar porque "biológicamente es imposible que un trombo en la porta `circule´ por el sistema venoso hasta el cerebro. El drenaje venoso de los miembros inferiores y el abdomen finaliza en último término en la vena cava y de ahí al corazón, que redirige esa sangre al pulmón para que pueda ser `reoxigenada´. Este es el final del `circulo venoso´. Es por eso por lo que los problemas trombóticos de miembros inferiores y abdomen potencialmente pueden determinar la aparición de un tromboembolismo pulmonar pero nunca cerebral".

6ª.- En lo que respecta a la pérdida de oportunidad, debe tenerse en cuenta que, como indican los informes médicos, se trataba de un paciente terminal respecto del cual consta en la historia clínica que el 7 de julio de 2019 se decidió la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y la aplicación de medidas de confort.

Las decisiones adoptadas en cuanto a la administración de la enoxaparina, aun cuando hubieran sido diferentes (manteniendo el tratamiento pautado antes del ingreso) no habrían evitado el fallecimiento del paciente, causado por su propia enfermedad terminal, ni que el desenlace se precipitara en la forma en que lamentablemente se produjo.

La reclamante considera que las decisiones médicas fueron las responsables del deterioro de la calidad de vida del paciente en sus últimos días (puesto que perdió la visión y quedó en estado vegetativo a raíz del AVC) pero dada su situación terminal y su progresivo deterioro desde que ingresó el 26 de junio no puede concluirse que el mantenimiento de la heparina hubiera evitado dicho accidente vascular, lo cual es negado rotundamente por el facultativo interviniente en su informe.

Por otra parte, tal como expone el informe de la Inspección Médica, "de los datos analizados, no se puede deducir la existencia de error diagnóstico, ni de denegación de asistencia en urgencia vital, ni supuesto retraso injustificado en prestar la asistencia debida. Tampoco se puede apreciar si se ha producido algún tipo de actuación incorrecta o defectos en el diagnóstico y tratamiento. Con los datos obrantes no se puede afirmar que ha existido una conducta profesional descuidada y tratamiento inadecuado".

Finalmente, ya se ha manifestado en otras ocasiones que el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y pronunciarse únicamente sobre lo que figura en la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que pueda realizar acto de instrucción alguno y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente. En el caso de expedientes de responsabilidad patrimonial por daños derivados de actuaciones sanitarias, cobra especial trascendencia, a los efectos de dictaminar sobre el fondo del asunto, el contenido de los informes médicos que se hayan emitido.

Por ello, sobre la base de los datos obrantes en el expediente, y dado que el reclamante no ha aportado informes médicos o elementos probatorios que puedan desvirtuar las afirmaciones contenidas en el informe de la Inspección Médica y en los demás informes médicos, y permitan a este Consejo alcanzar una conclusión diferente, no puede considerarse acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y tampoco que se haya producido una pérdida de oportunidad.

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 Dña. yyy1 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su marido D. yyy2.

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