



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 4 2 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de diciembre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por L.B.G., en nombre y representación de su hijo menor L.M.B.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 458/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 100.000 euros. Esta cuantía determina en todo caso la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. El interesado presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia recibida por el menor fue inadecuada y causante de los daños soportados.

El reclamante en su escrito inicial alega, literalmente, como sigue:

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

«(...) el hijo del actor acude el 06/04/2010 a Urgencias al presentar dolor abdominal.

El 13/04/2010 vuelve a acudir a Urgencias debido a que presenta dolor abdominal, vómitos, cólicos, se le receta Nolotil, y Primperan.

Ante la persistencia del dolor y los vómitos acude en la madrugada del día siguiente, 14/04/2010, a Urgencias en donde se le vuelva a diagnosticar de dolor abdominal y se le receta Primperan. Ese mismo día acude a las 12:56 al ambulatorio y se le remite finalmente al Hospital Insular.

En el hospital Insular es remitido al Centro P.S. en donde es diagnosticado de apendicitis aguda gangrenada y permanece hospitalizado hasta el 24/04/2010.

El 27/04/2010 vuelve a reingresar por presentar dolor abdominal+vómitos+fiebre postoperatoria. Se le realiza una laparotomía exploradora siendo diagnosticado de peritonitis plástica y siendo dado de alta el 30/04/2010.

(...) A resultas de la primera asistencia y la posterior intervención quirúrgica, no sólo se ha producido un grave error en el diagnóstico sino también mala praxis, que ha podido producirle a mi hijo unos daños irreversibles, así como el sacrificio de tener que volver a pasar por el quirófano para tener que ser nuevamente intervenido (...).

4. En el procedimiento incoado el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que actúa en representación de su hijo menor de edad alegando haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada por el interesado el 27 de septiembre de 2010 en relación con los daños soportados por el afectado durante el mes de abril del año 2010. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994,

de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

II

1. Es la segunda vez que este asunto se somete a dictamen de este Consejo por lo que, en cuanto a los trámites cuya realización constan en el expediente administrativo hasta la primera Propuesta de Resolución, emitida el 1 de diciembre de 2014, nos remitimos para evitar reiteraciones a lo reseñado en el Dictamen 81/2015, de 11 de marzo.

El 11 de marzo de 2015, el Consejo Consultivo de Canarias emite el Dictamen 81/2015, considerando necesario retrotraer el procedimiento a efectos de que la instrucción recabase informe médico preceptivo complementario que se pronunciare sobre la asistencia que el paciente recibió los días 6, 13 y 14 de abril de 2010 en los Servicios de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud, tanto sobre la adecuación de las exploraciones físicas practicadas, los medios de diagnóstico utilizados como de las pruebas complementarias que se debieron, en su caso, realizar; también si el diagnóstico de crisis emética, el dolor abdominal y los vómitos pudieran estar relacionados con la apendicitis, y si los antecedentes referidos pudieron influir en el diagnóstico de los citados días 6, 13 y 14 de abril de 2010.

Asimismo se indicó que, una vez retrotraídas las actuaciones y emitido el informe complementario, debería acordarse la apertura y práctica de nuevo periodo probatorio y, tras el preceptivo trámite de vista y audiencia, debería elaborarse nueva Propuesta de Resolución y solicitarse de nuevo dictamen a este Consejo Consultivo.

Practicada la retroacción del procedimiento se incorporan al expediente tres informes sobre la asistencia facultativa que el afectado recibió en Atención Primaria.

El 5 de octubre de 2015, la instrucción del procedimiento concede al interesado el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente. El interesado presenta escrito de alegaciones el 30 de octubre de 2015.

El 6 de noviembre de 2015, es emitida la Propuesta de Resolución.

2. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión del dictamen solicitado. Aunque se incumplió el

plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), la demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pues sigue pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.3.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

III

1. En el expediente resultan acreditados, particularmente, la siguiente secuencia de hechos de acuerdo con el contenido de los informes emitidos por los servicios sanitarios implicados, y la historia clínica del paciente, y que sintetiza el Servicio de Inspección de Prestaciones en su informe, que indica:

«El 6 de abril a las 21:20 horas es atendido en el Servicio de Urgencias de centro atención primaria por un cuadro de vómitos. Refirió que desde la tarde vómitos, no diarrea, (...) dolor abdominal. A la exploración: abdomen dolor difuso. El diagnóstico fue crisis emética. Se le aplicó y pautó tratamiento. Se remitió a su médico general.

Siete días después (13 de abril a las 23:11 horas), acudió al mismo Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal cólico y vómitos de 6 horas de evolución.

En la exploración presentaba buen estado general, bien hidratado y el abdomen era blando, depresible, doloroso difusamente. No peritonismo. El diagnóstico fue de dolor abdominal inespecífico, se le aplicó tratamiento y se remitió a su médico general.

Transcurridas aproximadamente cinco horas y media (madrugada del día 14 de abril a las 04:55 horas), acudió nuevamente refiriendo que hacía 30 minutos se le reanudaron los vómitos, no diarrea y no fiebre.

Exploración: buen estado general y abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso de forma leve a la palpación. No peritonismo.

El diagnóstico fue el de dolor abdominal, se le trató y en el tratamiento recomendado se anotó "Si persisten vómitos, acudir al hospital"».

Las citadas actuaciones se desprenden de los informes clínicos, manuscritos e ilegibles algunos de ellos, obrantes en los folios 306 a 308 del expediente, suscritos por tres facultativos diferentes.

Continúa el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de acuerdo con lo informado por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital

universitario Insular y por el cirujano general y digestivo de la Clínica P.S., en los términos siguientes:

«El mismo día, horas más tarde, es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, donde tras realizar anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias, es diagnosticado de apendicitis aguda y derivado a un centro concertado. El paciente presentaba una temperatura de 37,7°C y a la exploración abdominal dolor en FID (fosa iliaca derecha), Blumberg positivo.

Pruebas complementarias realizadas: analítica en la que destacaba una leucocitosis y una ecografía abdominal compatible con apendicitis.

Trasladado a la Clínica P.S. es atendido en el Servicio de Urgencias, siendo valorado por el Servicio de Cirugía que le pauta tratamiento (antibiótico), dieta oral absoluta e ingreso para intervención (según hoja de ingreso este se produce a las 23.41 horas de día 14 de abril).

Se le interviene en la mañana del día 15 de abril, previa firma de los correspondientes consentimientos informados para anestesia e intervención quirúrgica, encontrando un apéndice retrocecal gangrenada con peritonitis. Se le practica una apendicectomía y lavados con suero fisiológico. Se le dejó drenaje. La anatomía patológica reveló: apendicitis aguda gangrenosa con periapendicitis aguda.

La evolución fue favorable, aunque presentó fiebre y dolor abdominal en ocasiones, produciéndose el alta hospitalaria a los diez días de su ingreso (24/abril/2010) con el diagnóstico de: peritonitis apendicular por apendicitis aguda gangrenada. Se le pautó tratamiento y se le citó para control a los dos días.

A los tres días del alta hospitalaria (27/abril/2010), acude al Servicio de Urgencias de la Clínica P.S. por presentar vómitos y dolor abdominal tipo cólico. En la exploración abdominal se encontró un abdomen blando, depresible, no palpando masas ni visceromegalias, no datos de peritonismo y un dolor a la palpación profunda difusa.

Se le realizaron pruebas complementarias:

* Rx abdomen: asas delgadas dilatadas + silencio en hemiabdomen izquierdo.

* TAC abdomen (destaca): Pequeñas adenopatías mesentéricas reactivas; engrosamiento de la pared de asas de yeyuno e íleon, dilatación de las mismas. No se identifica líquido libre.

* Analítica: plaquetas ligeramente aumentadas, leucocitosis, neutrofilia y monocitosis. Con el diagnóstico de suboclusión intestinal, se le pauta tratamiento y se decide su ingreso en el Servicio de Cirugía, siendo valorado por especialista.

En la evolución posterior destaca el desarrollo de picos febriles, comienzo de deposiciones diarreicas, abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda al segundo día del ingreso. Se le solicitó hemocultivo, coprocultivo y Rx tórax cuyo resultado fue dentro

de límites normales. A los tres días de su ingreso, encontrándose hemodinámicamente estable y habiendo desarrollado fiebre de 39°C, se traslada al Hospital de referencia con la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.

El 30 de abril de 2010 es trasladado (recurso de soporte vital básico) al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, siendo valorado por médico especialista, destacando: fiebre (38,8°C); abdomen blando, depresible, doloroso en HI (hipocondrio izquierdo) donde se palpa un plastrón de asas, sin defensa ni peritonismo. Se le realizaron pruebas complementarias: analítica (destacando una leucocitosis), Rx abdomen (asas apelotonadas en HI). Juicio clínico: íleo paralítico prolongado, diarreas, absceso intraabdominal.

Se solicitó TAC abdomen-pelvis, el cual fue realizado el mismo día con el resultado de dilatación de asas intestinales con líquido interasas sin objetivar abscesos o colecciones delimitadas. En base a todo lo anterior, se decide una laparotomía exploradora, firmando los consentimientos informados para anestesia y para cirugía de urgencias. Se le interviene el mismo día encontrando una gran peritonitis plástica con abundante líquido purulento (...), por lo que se procedió a una liberación laboriosa de todo el intestino delgado, realizando lavados de cavidad abundantes con suero. Se realizó cultivo del líquido ascítico lo que permitió aislar el germen y tratar adecuadamente.

Evolucionó favorablemente en los días posteriores, por lo que se decide el alta hospitalaria a los 10 días (10 de mayo de 2010).

Los controles posteriores fueron realizados en consultas externas (meses de mayo y agosto del mismo año y febrero de siguiente año). En dichos controles el paciente presentaba una buena evolución».

2. Por otra parte, obran igualmente en el expediente los consentimientos informados de fecha 15 y 30 de abril de 2010, sobre las intervenciones quirúrgicas practicadas (folios 89 y 191 del primer expediente remitido).

Los referidos hechos asistenciales que recibió el paciente así como las pruebas médicas que se le practicaron constan, entre otros, en los documentos sobre observaciones de Enfermería, Registro de Enfermería, del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

3. En relación con los informes médicos recientemente incorporados al expediente, cabría mencionar, en cuanto a la asistencia recibida por el paciente el día 6 de abril de 2010, que acudió a Urgencias del Centro de Salud San José siendo el motivo de la consulta "vómitos" -refiere que desde la tarde tiene muchos vómitos- y dolor abdominal. En el examen físico el facultativo determinó dolor difuso en el abdomen, concluyendo con diagnóstico de "síndrome emético", remitiéndolo a su

médico general. El criterio del facultativo en el informe es que “el dolor epigástrico y vómito son primeros síntomas de apendicitis aguda, después se localiza el dolor en FID según tiempo de evolución (pocos tiempos). En este caso pudiera ser manifestación de apendicitis aguda, pero el tiempo de evolución demasiado largo (> 8 días), por eso en este caso lo llamamos apendicitis atípica”.

En el informe sobre la asistencia recibida por el paciente el día 13 de abril de 2010, indica el facultativo que fue visto en dicha fecha por presentar:

“(…) cuadro de poco tiempo de evolución de dolor abdominal, cólico y vómitos (sólo 6 horas de evolución).

En la exploración no impresionaba de gravedad, ni había signos de irritación peritoneal que hicieran pensar en un proceso quirúrgico.

(…) seguía pareciendo un cuadro de dolor abdominal inespecífico.

Aun así, se advierte a sus padres que si persiste sintomatología o empeoramiento de la misma, acudan a un centro hospitalario.

Este es el procedimiento que se sigue con dolores abdominales que no manifiesten signos de alarma (fundamentalmente signos de irritación peritoneal), que hagan pensar que se trata de dolor abdominal de origen quirúrgico”.

En relación con el informe sobre la asistencia que el afectado recibe el 14 de abril de 2010, se indica:

“(…) presenta náuseas/vómitos hace 30 minutos, sin diarreas, no fiebre.

Exploración física -general: buen estado general, normohidratado y normocoloreado. Afebril. Abdomen: globuloso, depresible y escaso dolor a la palpación. No peritonismo (el Servicio de Urgencias del Centro de Salud no cuenta con métodos de diagnóstico, como laboratorio -analíticas- o diagnóstico por imagen -RX-).

El dolor abdominal leve, la ausencia de peritonismo (blumberg negativo), la falta de fiebre, así como el buen estado general reflejado en el informe (BEG) y la hidratación y coloración normales hace que en ningún momento impresionase de gravedad, ni sospecha por los datos clínicos/exploratorios de apendicitis aguda.

El tratamiento efectuado *in situ* fue la administración de un antiemético intramuscular y las recomendaciones (tratamiento al alta) son: -iniciar tolerancia a líquidos con suero oral (durante media hora, a cucharadas cada 5 minutos.- si se consigue tolerar: iniciar dieta blanda sin lácteos.- si tuviese fiebre: paracetamol. -indicó además, en el informe que ante un empeoramiento o persistencia de los síntomas (vómitos), acudirá al hospital (…)

IV

1. Por su parte, el instructor del procedimiento mediante la Propuesta de Resolución propone desestimar la reclamación presentada porque considera que no se ha llegado a acreditar la relación de causalidad entre la actividad sanitaria prestada al afectado como consecuencia de su diagnóstico y los daños sufridos por este, no apreciándose el error de diagnóstico alegado.

Por su parte, la reclamación presentada por el interesado se fundamenta en la deficiente asistencia médica recibida por su hijo desde el momento inicial, esto es, desde el 6 de abril de 2010, alegando la existencia de un error en el diagnóstico que tuvo como consecuencia que el afectado tuviera que ser intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto, se hace preciso recordar que el funcionamiento del servicio público de la Sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. Por ello, la obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste así en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Como señala, entre otras, la STS de 30 de octubre de 2007, cuando de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se trata, no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la salud del paciente. De este modo, solo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados. Asimismo, se ha de recordar que los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, según la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo son: el daño o lesión patrimonial sufrido por el afectado, evaluable económicamente, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus

servicios y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

3. Analizada la documentación obrante en el expediente se observa que el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe constata que la apendicitis es la inflamación aguda de este apéndice cecal, cuya causa fundamental es la obstrucción de la luz apendicular (85% de los casos), tras la cual se produce una secuencia de acontecimientos pudiendo llegar a una apendicitis gangrenosa y perforación. Indica el Servicio de Inspección y Prestaciones que lo que le ocurrió al paciente corresponde a una etapa evolutiva a la que se puede llegar, aunque es una evolución no deseable. Además, indica que su máxima incidencia es en la pubertad y que una de cada quince personas la padecerá en algún momento de su vida. Añade que el diagnóstico de apendicitis aguda puede ser tan simple como complejo (según fuentes utilizadas).

En relación a la atención recibida el día 6 de abril, el paciente presentaba en el examen físico un dolor abdominal difuso al haber acudido al Servicio Canario de la Salud por padecer de dolor abdominal y vómitos. El informe complementario del facultativo que asistió al paciente en fecha indica, según su criterio, que: "el dolor epigástrico constituye uno de los primeros síntomas de apendicitis aguda (...) en este caso pudiera ser manifestación de apendicitis aguda (...) por eso este caso lo llamamos apendicitis atípica".

Ciertamente, el paciente, de acuerdo con las pruebas diagnósticas iniciales realizadas, no presentaba síntomas que hicieran sospechar la existencia de apendicitis. No obstante, de acuerdo con lo informado por el facultativo que lo atendió el día 6 de abril, el dolor epigástrico constituye uno de los primeros síntomas de apendicitis aguda. En este caso, ese día no presentaba ningún otro síntoma que llevara a pensar que podría tratarse de una apendicitis. Sin embargo, cuando el paciente volvió al mismo centro de salud el día 13 de abril no se tuvo en cuenta estos antecedentes y se le diagnosticó de igual manera que una semana antes, sin practicársele ninguna prueba complementaria para descartar otras patologías ante la persistencia del dolor abdominal.

Lo mismo sucede con la asistencia prestada el 14 de abril. En ninguno de los informes sobre la asistencia prestada se menciona la asistencia recibida el día 6. Es como si con cada facultativo el paciente acudiera al centro de salud por primera vez.

Tampoco es justificable por parte del Servicio Canario de la Salud, en el informe relativo a la asistencia médica recibida el día 14 de abril en el Centro Médico San

José, se trate de exonerar la responsabilidad por no disponer en dicho centro de métodos de diagnóstico como laboratorio o diagnóstico por imagen, pues estas pruebas debieron de practicarse desde el momento en el que el facultativo pudiera sospechar el posible diagnóstico -13 de abril de 2010- dados los antecedentes y la persistencia del dolor, así como sus consecuencias ante la falta de tratamiento inmediato, ya sea en el Centro de Salud, si dispusiera de los medios, ya sea directamente mediante la remisión del afectado al hospital, como posteriormente lo confirmaría la primera analítica que se le realizó al menor en fecha 14 de abril de 2010 en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria al presentar un nivel elevado de leucocitos -17.80, cuando la media normal es al parecer entre 4.50-12.50- cuya presencia elevada constituye un indicador relevante de la enfermedad diagnosticada, de modo que si se hubiera practicado con anterioridad, ante la sospecha de apendicitis, al prueba adecuada se podría haber evitado, al menos en parte, la evolución desfavorable de la enfermedad.

En lo que ahora interesa y de acuerdo con reiterada jurisprudencia (SSTS de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, 4 y 12 de julio de 2007, 24 de noviembre de 2009, 23 de septiembre de 2010, 27 de septiembre de 2011 y 2 de enero de 2012), la privación de expectativas en que consiste la denominada "pérdida de oportunidad" constituye igualmente un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la Medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, cuando de asistencia médica se trata, con la garantía de que al menos van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la Ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias. En el presente caso, el no haber practicado pruebas complementarias el día 13 de abril de 2010, bien en el centro de salud bien derivando directamente al paciente al centro hospitalario para realizarlas, conllevó una demora en el correcto diagnóstico del paciente que se tradujo en un agravamiento de su estado y un sufrimiento innecesario, pudiendo haber sido intervenido el mismo día 13 de abril de 2010 en lugar del 15 de abril siguiente, con una privación de expectativas y que se configura, como reconoce la jurisprudencia, como un daño indemnizable.

4. En cuanto a los supuestos daños derivados de la segunda intervención - peritonitis plástica-, dicha dolencia es un riesgo inherente a la primera operación practicada, tal y como consta en el correspondiente documento de consentimiento informado suscrito por la madre del menor. Por tanto, no existe responsabilidad de la Administración sanitaria en cuanto a esta segunda intervención quirúrgica, al tratarse

de la propia evolución postoperatoria de la intervención practicada y cuyo riesgo de producirse fue asumida por los padres del menor, siendo correctamente tratada tras las exhaustivas pruebas diagnósticas practicadas, con resultado satisfactorio. No existe pues, en cuanto a esta complicación que originó una segunda intervención, infracción de la *lex artis*.

5. No obstante, si bien se considera que existe responsabilidad de la Administración sanitaria en su actuar por parte de los servicios de Atención Primaria, cierto es que en el caso que nos ocupa también concurre culpa de los padres del menor porque es sabido que si un paciente recibe un tratamiento médico y no evoluciona correctamente tras su aplicación los responsables del menor no tienen la obligación de esperar casi una semana para acudir nuevamente a un centro médico. Por tanto, el hecho de que los padres no hubieran llevado al menor con anterioridad al Servicio Canario de la Salud determina que en este caso existe concurrencia de culpas. Ante la falta de una evolución favorable de la enfermedad del menor, se tendría que haber actuado en consecuencia.

6. En definitiva, en el presente caso existe concausa. Por el daño soportado por el menor deben responder tanto los padres como el Servicio Canario de la Salud, si bien, aplicando los principios de proporcionalidad y equidad, se considera que los padres deben asumir el 60% de la valoración del daño y la Administración sanitaria el 40% restante.

7. En relación a la valoración del daño, la cantidad indemnizatoria (100.000 euros) que los padres en representación del menor solicitan por los daños causados no está justificada.

Es evidente la dificultad de valorar el daño, en este caso el perjuicio causado por una pérdida de oportunidad terapéutica por falta de práctica de pruebas médicas y que tuvo como consecuencia el sometimiento del menor a una intervención quirúrgica que podría haberse realizado con anterioridad si se hubiera diagnosticado correctamente. Tal proceder ha ocasionado al paciente sufrimientos innecesarios. Aplicando los criterios ya citados de proporcionalidad, equidad y prudencia, el daño causado, cuando menos de índole moral, lo podemos fijar en 3.000 euros, cantidad de la que al Servicio Canario de la Salud corresponde abonar 1.200 euros.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada por L.B.G., en nombre y representación de su hijo menor L.M.B.A., no se considera conforme a Derecho, debiendo ser estimada parcialmente en los términos que se indican en el Fundamento IV.