



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 152/2017

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de mayo de 2017.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 120/2017 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 19 de junio de 2012, por (...), en el que reclama ser resarcido por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (360.000 euros) determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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 carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 Autónoma, 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.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la LRJAP-PAC.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

## II

1. El reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

- A principios del año 2010 acude acompañado por su madre al médico de familia con un insoportable dolor abdominal y pérdida de mucho peso. Aún a pesar de comenzarle a realizar toda clase de pruebas, acudía constantemente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde le administraban analgésicos para el dolor y le daban el alta, sin efectuar diagnóstico alguno. Después del alta del Servicio de Urgencias, se le derivaba a su médico de cabecera indicándole incluso en ocasiones como único tratamiento médico que tomara Motilium y Primperan.

- Hasta finales del mes de agosto de 2011 había perdido más de 20 kilos de peso y su estado físico y emocional se había deteriorado tanto que se vio obligado a dejar

de trabajar porque apenas podía permanecer en pie. Hasta ese momento el joven trabajaba como peón de la construcción.

- El 31 de agosto de 2011 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC porque continuaba con un dolor abdominal que lejos de mejorar empeora por momentos. Se decidió finalmente el ingreso en el HUC, en la planta de Digestivo. Los días siguientes fueron una absoluta calamidad, las molestias fueron cada vez a más. A pesar de tener programada una arteriografía abdominal desde el día 9 de septiembre, no es hasta el día 16 de septiembre, fecha en que la madre del interesado presenta una reclamación, cuando se le realiza la prueba. Ha pasado más de un año para que se le confirme un diagnóstico: oclusión del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior en su origen con relleno distal a partir de la arteria mesentérica inferior por arcada de Riojano.

- Es informado el día 19 de septiembre que debe ser intervenido quirúrgicamente. Ante su sorpresa, la intervención no se lleva a cabo sobre la marcha porque no hay suficientes anestesistas, y debe esperar su turno, aún pesar de haber perdido más de 25 kilos de peso y el dolor ser tan fuerte que tenía que estar conectado constantemente a una «máquina» que le inyectaba la morfina.

- El día 21 de septiembre de 2011, empeora. Ya no soporta el dolor y se retuerce como un «animal envenenado». Desde las 16 horas hasta las 12 de la noche el dolor se vuelve insoportable, aún a pesar de que se le aumenta la cantidad de morfina, hasta que finalmente ingresa en UVI, induciéndole un coma y entrando a quirófano de forma urgente realizándose resección intestinal debido a que se había producido la «muerte del intestino». Hasta el momento nos encontrábamos con una isquemia mesentérica crónica, que en el caso de haber realizado cirugía exitosa, tendría probablemente un pronóstico bueno, acompañado de cambios adecuados en el estilo de vida, como ejercicio y dieta saludable. Sin embargo, el pronóstico ahora es desalentador.

- El sufrimiento del joven y de la familia no acaba aquí, y el día 22 de septiembre de madrugada, vuelve a quirófano para ser intervenido después de apreciar un derrame. El personal que realiza la intervención informa a la familia que la situación es muy complicada y que hay que esperar 72 horas. El joven se encuentra muy débil y se debate entre la vida y la muerte. Permanece 8 días en la UVI, y abandona la Unidad habiéndole instalado una prótesis en el estómago.

- Debido al largo periodo que permanece ingresado en el Hospital, el día 13 de octubre de 2011 se acoge a la Unidad de Hospitalización a Domicilio, permaneciendo en este servicio hasta que el 7 de diciembre de 2011 se le retira definitivamente la «bolsa» y puede ir recuperando parte de una vida que le ha sido arrebatada.

- El 5 de diciembre de 2011 ingresa nuevamente en el servicio de Cirugía General del HUC para tratamiento quirúrgico programado consistente en cierre de ileostomía. El joven permanece ingresado hasta el 13 de diciembre de 2011. Se aporta copia de informe de última intervención realizada. Desde principios de 2010 hasta diciembre de 2011, la vida del joven se ha visto interrumpida por todo un conjunto de despropósitos en la atención sanitaria recibida por el SCS.

- Analizando los hechos anteriormente expuestos, nos encontramos con que desde principios del año 2010 hasta principios de 2012, ha permanecido impedido para realizar una vida normal de un joven de su edad. Como consecuencia de un periodo de casi dos años de su vida sometido a continuas idas y venidas al SCS, se ha producido un daño tanto físico como moral innegable. Y todo ello como consecuencia de una actuación médica incorrecta y un mal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud que han derivado en que actualmente (...), se encuentra a la espera de ser evaluado por el Equipo de Valoración y Orientación del Gobierno de Canarias al encontrarse impedido para incorporarse al mundo laboral, habiendo solicitado una pensión de invalidez no contributiva que le permita una mínima subsistencia.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la historia clínica, de los informes médicos obrantes en el expediente y del relato de los hechos por los que se reclama como se recogen en la Propuesta de Resolución, que damos por reproducidos, concluye conque nos encontramos ante un cuadro de isquemia mesentérica crónica, que se presentó con síntoma de dolor en epigastrio, postprandial, acompañado de pérdida progresiva de peso, que requirió, el 21 de septiembre de 2011, intervención quirúrgica de resección intestinal, por el Servicio de Cirugía General del HUC, ante la presentación, súbita, de isquemia mesentérica aguda.

Revascularizado en el mismo acto, por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular mediante bypass Ilíaca común izquierda-mesentérica superior, presentó un segundo cuadro de isquemia aguda sin relación con el bypass, en la zona proximal y distal al mismo.

Este segundo episodio de isquemia aguda, que acontece después de intervención de revascularización del territorio inicialmente obstruido y tras un periodo

asintomático y de ganancia ponderal, nos habla de la tendencia del paciente en base a su patología arteriosclerótica, en la cual, como informa el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, juega un papel importante su hábito tabáquico que hasta al menos el 2012 no había abandonado. De esta forma, este Servicio expone que el paciente seguía fumando a pesar de las múltiples veces que se le recomendó cesar el tabaquismo, interpretando esto último, como factor coadyuvante en la progresión de la aterosclerosis en la arteria mesentérica superior, que condicionaron los eventos ocurridos.

Frente a los síntomas de clara sospecha de cuadro de abdomen agudo en una isquemia mesentérica aguda, la isquemia mesentérica crónica presenta síntomas inespecíficos e incluso se puede presentar de forma asintomática. No es infrecuente encontrar pacientes asintomáticos con estenosis significativas de las arterias digestivas principales (tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arteria mesentérica inferior). La desproporción en el curso de la digestión entre las demandas de oxígeno en el intestino y el flujo real proporcionado por el sistema vascular en la obstrucción arterial crónica, y no así en la oclusión arterial aguda, favorece el desarrollo de circulación colateral que impide la necrosis intestinal. Esta evolución junto a la inespecificidad de los síntomas lleva a un diagnóstico del cuadro tardío. De esta forma, aunque estudios angiográficos muestran con frecuencia oclusiones parciales o totales del tronco celiaco, de la arteria mesentérica superior o inferior, la isquemia mesentérica crónica es rara, debido a la gran cantidad de arterias colaterales y vasos vicariantes que existen para irrigar el intestino.

- El paciente comienza con manifestación a su Médico de Familia en las fechas 8 de junio y 27 de julio de 2010 de dolor abdominal epigástrico de características nocturnas que empeora con las comidas y se alivia con «sal de frutas». Como características del dolor se describe fijo, punzante y sin irradiación.

A partir del 3 de agosto de 2010 demanda asistencia en el Servicio de Urgencias hospitalario, donde en todas las ocasiones se realizó exploración física, analítica y estudio radiográfico en relación a los síntomas manifestados. Desde este mismo Servicio, después de las asistencias el 3 y el 4 de agosto se deriva al paciente al Servicio de Digestivo. Este último valora al paciente por primera vez en fecha 13 de agosto de 2010. A partir de este momento, ya está siendo estudiado de su proceso por especialista y en las posteriores demandas al Servicio de Urgencias no se

objetiva, después de exploración física y pruebas complementarias oportunas, síntomas que requiriesen una actuación urgente más allá del alivio de los síntomas.

Para llegar al diagnóstico de oclusión crónica de la arteria mesentérica es preciso excluir otras patologías que puedan explicar los síntomas de dolor epigástrico tras la ingesta acompañado de pérdida de peso. El diagnóstico de isquemia mesentérica crónica se realiza en pacientes con sospecha clínica, estudio radiológico compatible y luego de descartar otras causas de dolor abdominal y disminución de peso. La actitud correcta en relación al diagnóstico del origen de este dolor es descartar las causas que lo justifiquen como es el caso de la úlcera gastroduodenal, la pancreatitis crónica, el cáncer de páncreas o la coledocistitis. Precisamente en esta línea fueron indicadas en el estudio por Digestivo del CAE, después de la exploración física, las pruebas complementarias analíticas, ecografía abdominal, gastroscopia digestiva alta, TAC y RMN.

De esta forma, en la primera consulta en el Servicio de Digestivo se expone «dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e irradiado a la espalda, acompañado de náuseas y vómitos. Nota alivio con Buscapina. Ha perdido 7 Kg.». La exploración física resultó anodina y en la analítica no se encuentra nada destacable. Se solicita desde esta primera consulta, en fecha 13 de agosto de 2010, ecografía abdominal a fin de descartar patología biliar que es valorada con resultado normal en la consulta de 3 de septiembre de 2010. Esto llevó a la solicitud de endoscopia digestiva alta que es valorada el 7 de septiembre de 2010 y en la que se objetiva eritema gástrico compatible con gastritis por *Helicobacter Pylori* y úlcera duodenal.

Este resultado justificaba la clínica del paciente por lo que se instaura tratamiento y se indica posterior prueba de control -test del aliento- de la eficacia del mismo. Concluido el tratamiento y aún sin ser realizada la prueba de control, en la visita del 30 de septiembre de 2010 con persistencia de los síntomas se cambia el tratamiento. El resultado negativo en la prueba de control junto a la persistencia de los síntomas condujo al especialista a la solicitud de TAC abdominal en fecha 26 de noviembre de 2010, con resultado de normalidad en fecha 28 de diciembre de 2010 y que es valorado en la fecha 18 de marzo de 2011. Por tanto, en el TAC no se detecta signos que pudieran sugerir oclusión arterial.

En este momento, se repite la indicación de ecografía abdominal y ante su normalidad en fecha 5 de mayo de 2011, valorada por Digestivo el 10 de junio de 2011, se solicita RMN.

Observamos que se indicaron las pruebas complementarias en función de las manifestaciones clínicas, descartándose de esta forma patologías compatibles con ellas. Es precisamente la ausencia de diagnóstico que justifique el cuadro, tras las diversas pruebas realizadas, lo que condiciona el ingreso del paciente tras su asistencia en el Servicio de Urgencias el 31 de agosto de 2011 y no la aparición de nueva sintomatología.

- Descartadas otras patologías se realiza en fecha 5 de septiembre de 2011 la realización de angioTAC que informa de ausencia de relleno del origen del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior con suplencia a partir de arcada de Riolo que condiciona un relleno retrógrado de la arteria mesentérica superior y sus ramas.

La estenosis u obstrucción de los vasos mesentéricos puede ser debida a diferentes causas tales como la aterosclerosis, fibrodisplasia, compresión de pilares diaphragmáticos y otras como son las vasculitis, la enfermedad de Takayasu, arteritis por radiación y arteritis autoinmune. Por ello, se indicó el estudio de las posibles causas de la obstrucción arterial y, para orientar la decisión terapéutica se indicó arteriografía, que se realiza el 16 de septiembre de 2011, así como interconsulta, en fecha 12 de septiembre al Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar que programa cirugía de revascularización.

A diferencia de la isquemia mesentérica aguda, la cirugía para tratar la crónica es programable, es decir, indicada la intervención en fecha 12 de septiembre la situación del paciente no requería intervención inmediata.

Al presentar la complicación en fecha 21 de septiembre de 2011 de isquemia mesentérica aguda se precisó intervención urgente por el Servicio de Cirugía General, realizándose, en el mismo acto de forma coordinada la revascularización por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar.

Observamos que durante el ingreso se indicaron los estudios complementarios oportunos que llevaron a diagnóstico cierto y se tomó la decisión terapéutica correcta. A pesar de lo anterior, el paciente debuta con una complicación súbita de su cuadro con anterioridad a la práctica de la solución quirúrgica. Incidimos en que dicha práctica en el momento inicial de ser indicada no revestía de carácter urgente. En la información aportada por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar se expresa que después de la valoración de fecha 19 de septiembre de 2011 «se programó la cirugía para una semana después, al no presentar motivos para una intervención

urgente y estar pendiente de la valoración del Servicio de Anestesia, requisito indispensable este último, para poder realizar una cirugía programada y oportuna».

La complicación posterior, hematoma inherente a la intervención, que a pesar de revisión no se identificó punto de sangrado y excluyó relación con el bypass realizado, es ajena a la actuación del servicio sanitario. También ajena a la actuación de los servicios actuantes encontramos el cuadro de isquemia intestinal aguda de mayo de 2012, que acontece a pesar de la revascularización en septiembre de 2011 y de permanecer permeable el bypass en las revisiones intermedias.

A la vista de lo expuesto observamos que el paciente fue seguido oportunamente ante la inespecificidad de sus síntomas e indicadas las pruebas complementarias adecuadas en relación a su sintomatología. No obstante, como es habitual en los casos de isquemia mesentérica crónica, transcurre un tiempo dilatado para llegar al diagnóstico cierto, condicionado por la necesidad de pruebas complementarias que excluyan otros diagnósticos posibles así como para conocer la causa de dicha isquemia y adecuar la terapéutica conecta.

Por otra parte, dada la patología de base, no podemos asegurar, como así ocurrió, que después del tratamiento quirúrgico de revascularización no sobreviniera nueva complicación isquémica en otro tramo intestinal. Sólo cabría indemnizar, en su caso, la probabilidad de que mediante una revascularización previa en el tiempo se hubiese evitado el primer cuadro de isquemia mesentérica aguda. En base a esta posibilidad, se propone indemnizar el tiempo transcurrido desde la valoración de la última prueba excluyente en marzo de 2011 hasta el ingreso para estudio en agosto de 2011, así como la resección intestinal necesaria ante cuadro de abdomen agudo por isquemia mesentérica aguda en septiembre de 2011.

Periodo 18 de marzo de 2011 a 31 de agosto de 2011: 165 días impeditivos sin ingreso hospitalario.

Resección intestinal (conservación de 150 cm de delgado) no se acredita limitación dietética estricta con limitación del estado general): 15 puntos.

Aplicando la Resolución de 20 de enero de 2011, 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 2011 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación:

165 días x 55,27 €/día: 9.119,55 €



15 puntos x 1.142,31 €/punto: 17.134,65 €

Total cuantía: 26.254,20 €

Actualizando la cuantía conforme a evolución del IPC desde marzo de 2011 (4,4%): 27.409,38 €.

3. En informes posteriores el SIP reitera que si se hubiera procedido a la revascularización mesentérica en un primer momento se hubiera podido evitar el primer cuadro agudo, y revisa la valoración del daño, concretándolo, sin argumentación alguna, en 5.000 euros.

4. El informe de la letrada departamental repara la Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión resarcitoria que le es remitida ya que entiende, de acuerdo con el informe del SIP, que existe daño indemnizable respecto al primer momento asistencial.

5. Finalmente, la Propuesta de Resolución, con fundamento en los Informes del SIP y de la asistencia letrada, estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, procediendo al reconocimiento de una indemnización, cuantificada en 5.000 € por los daños morales derivados de la pérdida de oportunidad que se produjo por no realizarse otras pruebas (en concreto, una angiografía) a fin de agotar el criterio diagnóstico de la enfermedad (habiéndose analizado la clínica compatible y excluida la sospecha de otras patologías, como correctamente se hizo) tras las últimas pruebas excluyentes que tuvieron lugar en marzo de 2011 y valoradas en mayo de dicho año. Si el paciente hubiera quedado ingresado antes a cargo del Servicio de Digestivo, tal vez la práctica de la angiografía hubiera podido evitar el primer cuadro agudo de isquemia mesentérica, lo que podía haber posibilitado, desde entonces, el estudio que se efectuó a partir de su ingreso de agosto de 2011 y la resección intestinal ante el cuadro de isquemia mesentérico agudo sufrido en septiembre de 2011, previa a la intervención programada.

### III

1. Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación nº 6676/2003).

«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación nº 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye 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, frente a sus servicios públicos de la salud, 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» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación nº 1247/2014).

2. En el presente caso, el SIP establece que ante un cuadro de isquemia mesentérica crónica, pese a que se indicaron los estudios complementarios oportunos que llevaron a diagnóstico cierto y se tomó la decisión terapéutica correcta, no podemos asegurar, como así ocurrió, que después del tratamiento quirúrgico de revascularización no sobreviniera nueva complicación isquémica en otro tramo intestinal. Es decir, el SIP entiende que hubo una excesiva tardanza en la realización de la revascularización (entre diciembre 2010/enero 2011, en que se descartaron otras patologías, y 31 de agosto de 2011, cuando efectivamente se realizó la revascularización), que si se hubiera hecho a tiempo hubiese evitado el primer cuadro de isquemia mesentérica aguda. En base a esta posibilidad, la propia Propuesta de Resolución reconoce la existencia de un error en el diagnóstico que ha

producido daños morales al interesado derivados de la pérdida de oportunidad, con lo que coincide este Consejo, pues sigue la jurisprudencia antes citada.

3. La indemnización de ese daño se concreta en una cantidad alzada sin motivación alguna, lo que no se ajusta a Derecho.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado sobre la cuantificación de las indemnizaciones provenientes de pérdida de oportunidad, señalando que procede valorarla «no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. de casación nº 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación nº 4981/2011). Por ello, procederá atenderse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación nº 7126/2012).

Este Consejo, en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar al Servicio Canario de la Salud el daño en su totalidad, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según las circunstancias de cada caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido Baremo (ver, entre otros, DCC 171/2016 y 322/2016).

Para ello, en el caso que nos ocupa, primero hemos de determinar el período de tiempo en el que el interesado recibió una deficiente asistencia sanitaria derivada de la pérdida de oportunidad. Así, el SIP, en su primer informe, propone indemnizar el tiempo transcurrido desde la valoración de la última prueba excluyente en marzo de 2011 hasta el ingreso para estudio en agosto de 2011, así como la resección intestinal que se practicó ante el cuadro de abdomen agudo por isquemia mesentérica aguda en septiembre de 2011, pues entiende que con anterioridad a esa fecha se realizaron, conforme las *lex artis*, toda una serie de pruebas complementarias en función de las manifestaciones clínicas destinadas a descartar patologías compatibles con ellas. Fue precisamente la ausencia de diagnóstico que justificara el cuadro, tras las diversas pruebas realizadas, lo que aconsejó, aunque tardíamente, el ingreso del

paciente tras su asistencia en el Servicio de Urgencias el 31 de agosto de 2011 y no la aparición de nueva sintomatología.

Sin embargo, de acuerdo con la jurisprudencia reseñada más arriba, este Consejo considera que se debe computar todo el tiempo que el interesado necesitó asistencia derivada del cuadro de isquemia mesentérica aguda y que precisó intervención urgente por el Servicio de Cirugía General, aunque se haya realizado, en el mismo acto y de forma coordinada, la revascularización por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Esa asistencia se recibió hasta el 18 de noviembre de 2011, momento en el que causa alta en la Unidad de Hospital de Día.

Las complicaciones posteriores a esa fecha derivadas del cuadro de isquemia intestinal aguda como la de mayo de 2012, que acontecen a pesar de la revascularización en septiembre de 2011 y de permanecer permeable el bypass en las revisiones intermedias, son ajenas a la asistencia prestada hasta noviembre de 2011 ya que, según los informes médicos obrantes en el expediente, son propias de la tendencia del paciente en base a su patología aterosclerótica, en la cual juega un papel importante su hábito tabáquico que hasta al menos el 2012 no había abandonado.

Por tanto, el periodo a computar a efectos de valorar los daños ocasionados por la deficiente asistencia sanitaria recibida solo ha de ser el comprendido entre el 18 de marzo de 2011 a 31 de agosto de 2011 (165 días improductivos sin ingreso hospitalario) y el 31 agosto de 2011 a 18 de noviembre de 2011 (periodo en el que estuvo ingresado, incluido en el UHD, 79 días).

Además de la resección intestinal (conservación de 150 cm. de delgado) sin que se haya acreditado limitación dietética o de su estado general.

Aplicando la Resolución de 20 de enero de 2011, 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 2011 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación:

165 días improductivos x 55,27 €/día: 9.119,55 €

79 días con ingreso hospitalario x 67,98 €/día: 5.370,42

Resección intestinal (15 puntos) x 1.142,31 €/punto: 17.134,65 €

Total cuantía: 31.624,62 €

Como se dijo, la valoración económica en casos de daños provenientes de pérdida de oportunidad, de acuerdo con la jurisprudencia del TS, no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, debiéndose ponderar, en un porcentaje que varía entre el 10 y el 60 % de la cantidad en que se concrete la cuantía de la indemnización, el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada.

Este Consejo entiende que la indemnización que corresponde al interesado en este caso ha de alcanzar el 50 % de esa cantidad, dadas las secuelas que alega (daños tanto físicos como morales estando a la espera de ser evaluado por el Equipo de Valoración y Orientación del Gobierno de Canarias al encontrarse impedido para incorporarse al mundo laboral), sin que ello haya sido refutado por el SCS.

En definitiva, la Propuesta de Resolución que estima parcialmente la pretensión del reclamante por la tardanza en la realización de pruebas que dieran con el diagnóstico y la práctica de la revascularización mesentérica es correcta, pero debe proceder a una nueva valoración de los daños, actualizada a fecha de la Resolución.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la pretensión del reclamante, no se ajusta a Derecho en lo referente a la valoración económica de los daños, por lo que debe proceder de acuerdo con lo razonado en el Fundamento III.3.