



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 415/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución 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. 417/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 29 de octubre de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 31 de octubre de 2019.

2. El interesado reclama una indemnización que asciende a la cantidad de un millón de euros lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. 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 con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Por otro lado, corresponde a la Administración autonómica la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues, si bien el interesado interpuso aquel escrito el 6 de septiembre de 2017, por correo postal, respecto al error de diagnóstico atribuido a la asistencia sanitaria recibida entre los días 25 y 30 de septiembre de 2013, el cómputo del plazo había quedado interrumpido por la tramitación de las Diligencias Previa Penales, n.º 343/2014, en el Juzgado de Instrucción n.º 1 de Telde, que dieron lugar al Auto de Sobreseimiento de 13 de junio de 2016, notificado al demandante el 22 de julio de 2016, cuya firmeza se produce por Providencia de 14 de noviembre de 2016, notificado a la parte demandante el 16 de noviembre de 2016.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, pues, aunque no se han aportado, a pesar de solicitarse por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), los informes de los facultativos de los servicios asistenciales de Atención Primaria

implicados en la asistencia por la que se reclama, constan los informes clínicos de aquéllos, así como «*resumen de visita de fecha 27/09/2013*», en virtud de los cuales se ha emitido el informe del SIP y la Propuesta de Resolución, no resultando pertinente, dado el tiempo acaecido desde la fecha de la asistencia por la que se reclama, la reiteración de los informes a los médicos implicados en ella.

No obstante lo anterior, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. A pesar de lo cual, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. El interesado expone, como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

«PRIMERO.- Que (...) fue atendido en Urgencias del Centro de Salud de Telde (...), el 25 de septiembre de 2013, a las 9:48 horas de la mañana.

(...) Que en ese momento se presenta mi dicente en Urgencias del Centro de Salud por fuerte dolor en los testículos.

En dicho centro se le diagnostica orquiepidimitis derecha, pautándole Augmentine Plus y Adolonta, Y remitiéndolo a su domicilio y control por su médico general.

Posteriormente, al continuar con fuertes dolores acude a su médico general el 27 de septiembre de 2013, el cual hace un diagnóstico diferencial entre orquitis y torsión testicular, recomendando a la madre que le hagan a (...) una eco testicular, urgentemente.

Se realiza en el Policlínico de Telde la ecografía testicular con los siguientes resultados:

“(...) CONCLUSIÓN Torsión testicular derecha con ausencia de flujo en teste y epidismo de este lado. Creo necesario acudir para valoración clínica urgente en hospital de referencia”.

A raíz de esta recomendación mi dicente acude al hospital insular de urgencias y allí le diagnostican orquitis y le comentan que se seguirá el tratamiento adecuado para ello, pero que ha perdido su testículo izquierdo (SIC) -debe decir derecho- por no haberse diagnosticado correctamente y tratado correctamente desde el 25 de septiembre en que se acude a Urgencias en el Centro de Salud.”

Se solicita una indemnización, que cuantifica el interesado en trámite de audiencia en un millón de euros, “*por las graves secuelas que conlleva la pérdida de dicho miembro*”».

III

Constan las siguientes actuaciones:

- El 14 de septiembre de 2017 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que recibe notificación el 3 de noviembre de 2017. A tal efecto aquél, a través de su madre, mediante escrito presentado por correo postal el 14 de noviembre de 2017, solicita ampliación del plazo para aportar la documentación consistente en el testimonio de las Diligencias Previas al estarse a la espera de ser entregadas por el juzgado, si bien no se aporta la solicitud al juzgado, lo que se requiere por la Administración, junto con la acreditación de la representación de la progenitora, el 20 de noviembre de 2017, con notificación de 23 de noviembre.

La acreditación referida se realiza en escrito presentado por correos el 30 de noviembre de 2017, si bien, aunque se insiste en la ampliación del plazo para la aportación del testimonio de las Diligencias Previas, sigue sin acompañarse su solicitud al juzgado.

Así pues, el 12 de diciembre de 2017 se reitera aquel documento, viniendo a aportarse copia de las diligencias penales, mediante escrito también presentado por correo postal, el 22 de enero de 2018.

- Por Resolución de 29 de enero de 2018 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado.

- El 30 de enero de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 13 de marzo de 2019.

- El 15 de marzo de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas, ya aportadas por el interesado a excepción, por su improcedencia, de la consistente en que sea visto por médico forense adscrito a la unidad administrativa, dado que tales especialistas no actúan en procedimiento administrativo sino judicial, sin perjuicio de instar al reclamante a aportar informe pericial, a cuyo efecto se le confiere plazo. Todo ello se le notifica 4 de abril de 2019, sin que, transcurrido el plazo concedido se haya aportado el referido informe.

- Tras otorgarse al interesado trámite de audiencia el 13 de junio de 2019, y serle notificado el 8 de julio de 2019, aquél presenta escrito de alegaciones el 25 de

julio de 2019, por correo postal, en el que valora «provisionalmente» el daño en un millón de euros, a la espera de que se valore por forense de la Administración.

- El 6 de octubre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, y en igual sentido se emite borrador de Resolución por la Directora del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio jurídico el 23 de octubre de 2019, por lo que se dicta Propuesta de Resolución definitiva el 25 de octubre de 2019.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en el informe del SIP, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, constan en la historia clínica del interesado, en relación con la asistencia que nos ocupa.

Así, se hace constar en aquel informe:

«1.- El día 25-09-2013, el paciente de 21 años acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Telde, a las 9:48 horas, por aumento de volumen del testículo derecho de horas de evolución. A la exploración física se detecta: Teste doloroso al tacto, aumentado de volumen. Conclusión diagnóstica: Orquiepididimitis derecha. Se pauta tratamiento con Antibiótico (Augmentine Plus, 1000/625), 1-0-1 durante 10 días y Antiinflamatorio (Ibuprofeno 600) 1-1- 1, durante 7 días. Se indica control del dolor, y si la inflamación aumenta, acudir al hospital.

2.- El día 27-09-2013, el paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, por tumefacción dolorosa en teste derecho. El diagnóstico fue: Orquitis testicular derecha. Se pauta tratamiento y se indica solicitar cita y hora, -con el informe de Urgencias- en el Servicio de Urología del Hospital.

3.- El día 30-09-2013, el paciente es valorado en consultas externas del Hospital Insular, y en la hoja de Curso Clínico se anota: Juicio Clínico (JC): Posible torsión evolucionada. Continuar igual tratamiento (pautado en Urgencias) y se cita para próxima semana.

4.- La ecografía realizada en el Policlínico de Telde, en fecha: 3-10-2013, concluyó que existía torsión testicular derecha con ausencia de flujo en teste y epidídimo de ese lado. Ese mismo día el paciente es remitido y valorado en Urgencias del Hospital Insular.

5.- El día 4-10-2013, es citado para pruebas funcionales de Urología en el Hospital Insular».

Ahora bien, de la mera observación del expediente se deriva la ausencia, en la relación de antecedentes realizada por el SIP, de uno de máxima relevancia en el proceso asistencial que ha de incorporarse, cual es la consulta realizada por el paciente el 27 de septiembre de 2013 al médico de familia del Centro de Salud de Telde, en la que aquél realiza un diagnóstico diferencial sentando la sospecha de torsión testicular, indicando la realización de eco-doppler para descartar o confirmar tal diagnóstico.

En la Propuesta de Resolución se hace referencia a esta consulta donde, si bien se señala que se solicita la ecografía testicular con carácter normal, lo que no se especifica en el informe clínico, se añade: *«al no conseguir radiólogo en Telde, se recomienda que acuda al Servicio de Urgencias del Hospital Insular»*, a donde acude diligentemente el paciente de inmediato.

Sin embargo, constando en el expediente el informe de urgencias del CHUIMI, se verifica que no se realizó aquella prueba al interesado, diagnosticando su dolencia de orquitis testicular derecha.

Pues bien, desde luego, ya, en esta fecha, no puede negarse la existencia de un diagnóstico infundado en la asistencia prestada en el Hospital Insular pues, a pesar de provenir el paciente de su Centro de Salud por sospecha de torsión testicular, y con indicación de eco-doppler, tal prueba no se realiza.

Pero es más, del análisis del expediente y en relación con las manifestaciones contenidas en el informe del SIP, puede afirmarse que desde el día 25 de septiembre se produjo una adecuada orientación del diagnóstico del paciente.

Y es que, el referido informe, señala como síntomas propios de la torsión testicular, el dolor y aumento de tamaño del testículo, así como el signo de Prehn negativo, además de posibles náuseas y vómitos. Ciertamente es que este síntoma no concurrió en el paciente, pero sí el dolor intenso, razón por la que acudió por vía de urgencia al Centro de Salud el día 25 de septiembre, y el aumento de tamaño. Por su parte, en cuanto al signo de Prehn negativo, que se comprobó que concurría en la visita del día 27 como consta en el informe del facultativo, no se comprobó por parte del médico que asistió al paciente el día 25.

Es especialmente relevante en esta patología un diagnóstico precoz, pues, como señala el informe del SIP, es éste el que condiciona la viabilidad del testículo. Por

ello, dándose dos síntomas determinantes de esta patología: dolor intenso y aumento de volumen, a lo que se añade el hecho de que el paciente acudiera a las 9:48 horas de la mañana, pues la torsión testicular se suele manifestar durante el sueño, debió inmediatamente descartarse la torsión testicular mediante las pruebas disponibles para ello: comprobación de signo de Prehn negativo y eco-doppler, lo que no se hizo en su visita a urgencias el día 25 de septiembre.

No puede obviarse tampoco la actitud desesperada y diligente del paciente al acudir el día 25 de septiembre a urgencias de Atención Primaria durante primeras horas de la mañana, por dolor desde horas antes, así como su insistencia el día 27 acudiendo a su médico de cabecera al continuar los síntomas, a pesar del tratamiento instaurado el día 25, y a continuación al Hospital Insular para que se le realizara la eco-doppler que, sin embargo, no se hizo hasta el día 3 de octubre. Asimismo, tal y como consta en la historia clínica del paciente, éste acude nuevamente al Servicio de Urología del CAE de Telde el día 30 de septiembre, y aunque se sospecha de «posible torsión testicular», vuelve a no realizarse en ese momento eco-doppler, dilatando el momento del correcto diagnóstico del paciente.

Es preciso traer aquí a colación lo señalado por el propio SIP en un asunto similar al que nos ocupa, que fue objeto de nuestro Dictamen 119/2015, en el que se exponía:

«El escroto agudo constituye una situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición más o menos súbita de dolor intenso y en ocasiones, signos inflamatorios en el escroto o en su contenido.

Entre la variada etiología las más frecuentes son la torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares (sobre todo la torsión de la Hidátide de Morgagni).

Con la finalidad de conservar la viabilidad del testículo es preciso realizar un diagnóstico diferencial y tratamiento rápidos. Centrándonos en el caso que nos ocupa, el diagnóstico diferencial sería planteado entre la torsión testicular (que desde el punto de vista fisiopatológico es de etiología vascular) y la orquiepididimitis de origen infeccioso.

La anamnesis y la exploración física nos enfocan hacia una u otra entidad siendo la ecografía doppler la prueba diagnóstica de continuación al facilitar información sobre la disminución (torsión) o aumento del flujo (orquiepididimitis).

La torsión testicular consiste en la rotación axial del cordón espermático sobre sí mismo ocasionando una disminución del aporte sanguíneo al testículo y al epididimo. Se trata de una

urgencia urológica dado que la viabilidad testicular es inversamente proporcional a la duración de la torsión. El tratamiento urgente tiene como finalidad restablecer cuanto antes el flujo vascular al testículo evitando así la necrosis y atrofia posterior. La tasa de viabilidad testicular cae desde un 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas hasta un 20% a las 12 horas.

Si el diagnóstico se hace antes de las 6 horas de iniciado el proceso de torsión, el tratamiento es quirúrgico, pexia testicular y es la única posibilidad de salvar el testículo. Entre las seis y doce horas de iniciado el proceso de torsión de cordón espermático es dudosa la respuesta favorable de salvar el testículo con la orquidopexia.

Clínicamente, la torsión se caracteriza por dolor testicular de inicio súbito o gradual que puede irradiarse a región inguinal o suprapúbica, acompañado de tumefacción escrotal. Pueden aparecer náuseas, vómitos e hiperpirexia.

A la exploración física el testículo suele estar elevado hacia el anillo inguinal superficial y horizontalizado (signo de Goulemour), ser doloroso al tacto e incluso estar aumentado de tamaño. La piel del escroto puede estar edematosa y enrojecida. El signo de Prehn es negativo: al elevar el testículo hacia la sínfisis púbica no disminuye el dolor e incluso lo aumenta, y existe ausencia del reflejo cremastérico (reflejo cutáneo que aparece al rozar al cara supero-interna del muslo, produciendo elevación del testículo homolateral o la contracción de la pared abdominal). La identificación del epidídimo en posición anterior o lateral y la palpación de un cordón espermático de consistencia blanda y algo congestivo son indicios muy sugestivos de torsión testicular.

El tratamiento definitivo es quirúrgico si bien como medida temporal puede intentarse la detorsión manual comprobando a continuación, mediante ecografía la repercusión testicular. Si la medida es efectiva, la orquidopexia (fijación del testículo a la pared escrotal) que es el tratamiento de elección de la torsión podrá realizarse de forma electiva.

Por su parte, la orquiepididimitis es la inflamación aguda o crónica del epidídimo, aunque puede afectar también al conducto deferente y al testículo. Este cuadro es el más común de escroto agudo en pacientes mayores de 18 años.

Clínicamente se objetiva dolor escrotal intenso de instauración gradual con signos de inflamación en el hemiescroto afectado, incluyendo al epidídimo y el conducto deferente. Suele acompañarse de afectación del estado general con fiebre y síntomas urinarios. Puede evolucionar a absceso escrotal.

El cordón espermático está engrosado y tumefacto y es frecuente que haya hidrocele reactivo. La elevación del testículo produce disminución del dolor (Signo de Prehn positivo). El diagnóstico es clínico. Se recurre a la ecografía doppler en caso de duda que detectará un flujo testicular conservado o aumentado y signos de orquiepididimitis. El tratamiento es médico con antibióticos y antiinflamatorios».

De ello se deriva que, si bien no había náuseas el día 25 de septiembre, lo que se argumenta para descartar torsión testicular, a pesar de ser un síntoma que puede o no concurrir, lo cierto es que tampoco concurrían fiebre (en el informe de urgencias del día 25 consta: afebril) ni síntomas urinarios que indicaran que se trataba de orquiepidimitis, por lo que, en todo caso, ante la posibilidad de que se tratara de una torsión, necesariamente, siendo una urgencia clínica y dado su limitado pronóstico de viabilidad testicular, en este caso la realización de todas las pruebas encaminadas a descartar tal patología es exigible siempre con gran inmediatez.

En tal sentido, aquel mismo informe del SIP, en el caso referenciado en el Dictamen 119/2015 añadía:

«Sin perjuicio de que la valoración inicial de fecha 26 de enero sea compatible con orquiepidimitis faltan datos en la exploración que, en principio, nos permitan excluir un cuadro de torsión testicular».

Ello es íntegramente aplicable al presente caso.

En su descargo, la Propuesta de Resolución, en la línea del informe del SIP, alude a que cuando el paciente acudió a Urgencias el día 25 de septiembre quedó anotado en la hoja clínica que el dolor y aumento de volumen del teste derecho eran de «horas de evolución», sin que se haya determinado si transcurrieron más de seis horas, tiempo en el que la viabilidad de conservación del teste es más segura. Mas, lo cierto es que, habiendo acudido el paciente a las 9:48 horas de la mañana, los síntomas ocurrieron durante la noche probablemente, pues se dice: «horas de evolución», por lo que, con mucha probabilidad no habían transcurrido seis horas, máxime, tratándose de una patología que es común que aparezca durante el sueño.

Por todo ello, nos encontramos ante un caso en el que no solo no se realizan las necesarias pruebas diagnósticas al paciente, sea para determinar o descartar el diagnóstico de torsión testicular, en el momento de acudir a urgencias de Atención Primaria el día 25 de septiembre, a sabiendas de la gravedad de esta patología que implica la pérdida de un órgano principal, sino que tal ausencia de pruebas se perpetúa aun habiéndose indicado una eco-doppler el día 27 por el médico de cabecera por sospecha de torsión testicular por la sintomatología presentada y signo de Prehn negativo, retrasando el diagnóstico y, por ende, el tratamiento, hasta el día 3 de octubre de 2013 cuando, inevitablemente, ya ninguna probabilidad de viabilidad del testículo existía.

En relación con esta materia, como hemos manifestado en diversas ocasiones (ver por todos Dictamen 287/2017, de 6 de septiembre), 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 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 ha 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, recurso casación n.º 6676/2003).

Pues bien, como hemos dicho en el reciente Dictamen 300/2019, de 12 de septiembre, 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, recurso casación n.º 1247/2014).

Así pues, debemos concluir que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues el retraso en la realización de las pruebas oportunas determinó un error en el diagnóstico inicial y un retraso en el correcto tratamiento, mermando las probabilidades de curación del paciente, razón por la cual se concluye la falta de adecuación a la *lex artis ad hoc* dada por una falta de puesta a disposición del paciente de todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes.

Por ello, debe ser indemnizado, como consecuencia de la ausencia de puesta a su disposición de todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes, si bien, no por la pérdida del testículo, pues una vez producida la torsión testicular, aunque la posibilidad de conservación del testículo aumenta exponencialmente con un diagnóstico precoz, no puede garantizarse, como no puede garantizarse nunca la curación en los procesos médicos, al tratarse de obligación de medios y no de resultados, como recuerda la constante doctrina jurisprudencial:

«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación» (Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007).

3. En cuanto a la cuantificación del daño, resulta igualmente aplicable lo expuesto en el propio informe del SIP referido al expediente 119/2015, donde se indicaba:

«De lo expuesto podemos concluir que la falta de constancia clínica excluyente de torsión testicular y por tanto, la duda sobre la indicación de eco-doppler para realizar un diagnóstico diferencial entre orquiepidídimitis y torsión testicular en la primera asistencia; la demora en la demanda de asistencia del paciente con continuidad del cuadro; la posibilidad del 85-100% de conseguir un testículo viable con una actuación en las primeras 6 horas o del 20% dentro de las 12 horas siguientes, nos conduce a la existencia de falta de oportunidad de viabilidad del testículo derecho del paciente».

En aquel caso, las circunstancias condujeron al cálculo de una cuantía de indemnización del 85% de la ponderación de pérdida de un testículo, lo que es también aplicable a nuestro caso, resultando de ello que, aplicando para la

valoración de las secuelas como orientativo al Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, recurriendo para el cálculo de la cuantía indemnizatoria a la Resolución de 21 de enero de 2013, 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 2013 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, resulta:

Pérdida de un testículo: 20 puntos

Valor del punto 1.254,84 (por ser mayor de 21 años) € x 20 puntos: 25.096,8 €

Aplicando el 85% = 21.332,28 €

Tal cantidad debe ser la que se pague en concepto indemnizatorio al reclamante, sin perjuicio de su actualización en los términos previstos en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, debiendo estimarse la pretensión del interesado en los términos expresados en el Fundamento IV del presente Dictamen.