



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 3 3 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de noviembre de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de su hijo (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 495/2021 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado 25 de junio 2020 por (...) y (...), actuando en nombre y representación de su hijo (...), por los daños ocasionados a este como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio Canario de la Salud.

2. Los interesados cuantifican una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y 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. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

A la Secretaría 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 de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos, según los reclamantes, es la siguiente:

Formulan reclamación por responsabilidad patrimonial, por la existencia de error y pérdida de oportunidad derivada de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo en el centro de salud de Valterra por dolor testicular izquierdo señalando como diagnóstico orquitis no siendo derivado al Hospital de Lanzarote ni realizándole pruebas complementarias.

Ante la situación evidente de falta de pruebas complementarias, atención y mejoría acuden al Servicio de Urgencia del Hospital José Molina Orosa en fecha 8 de mayo de 2019 donde tras realizarle Doppler testicular, no se detecta la presencia de vascularización arterial ni venosa intratesticular ni en el epidídimo, siendo el diagnóstico principal orquiepidimitis complicado con torsión e infarto testicular,

incluyéndolo en lista de espera para intervención quirúrgica el 14 de mayo siendo intervenido el 19 de octubre de 2019, teniendo como resultado de la intervención la pérdida de funcionalidad del testículo izquierdo.

2. Habiéndose requerido, se acuerda la remisión del expediente al Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 6 de Las Palmas por haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

No obstante lo anterior, por pesar sobre la Administración la obligación de resolver la reclamación formulada, se prosigue con el procedimiento.

3. El SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

*«-En fecha 5 de mayo de 2019, 21:55 horas, acude el paciente al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor en testículo izquierdo.*

*En la exploración física afebril. AC regular. Abdomen depresible, dolor ligero a la palpación suprapúbica, no signos de irritación peritoneal. PPRI ±. Dolor a la palpación testículo izquierdo, no enrojecimiento escroto. Tira reactiva de orina: normal.*

*Con el diagnóstico de orquitis se recomienda tratamiento antiinflamatorio causando alta el 6 de mayo a las 00:07 horas.*

*- Acude el 7 de mayo de 2019, a las 18:50 horas, al Centro de Salud. Se relata que presenta orquitis de 2 días de evolución. En tratamiento con AINE presenta empeoramiento del dolor y de la inflamación.*

*Se administra Nolotil y se añade tratamiento antibiótico, informa el Médico de Familia, con la indicación de que si la mejoría no se producía de forma inmediata y significativa debería acudir a urgencias hospitalaria para valoración por especialista en Urología.*

*A fin de justificar la falta de asistencia a clases y quedar exento de práctica deportiva, a petición de los padres y porque a pesar de mejoría clínica persistían algunas molestias se realiza documento justificante cuyo contenido es "El día 07/05/2019 a las 18.50 (...) estaba citado en este Centro de Salud. La consulta finalizó a las 19:45. Deberá guardar reposo el resto de la semana por enfermedad".*

*- El 8 de mayo, a las 08:54 horas, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa. En la anamnesis se recoge dolor e inflamación de teste izquierdo desde hace 3 días que no mejora a pesar de tratamiento AINE y antibiótico. Esta mañana amanece con pene inflamado. Sensación distérmica, no fiebre termometrada.*

*En la exploración física, entre otros, buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado, hidratado. Abdomen blando, depresible, sin dolor, no signos de irritación*

peritoneal. Teste con gran inflamación, edema, rubor, induración y dolor en teste izquierdo sobre todo, aunque también derecho. Edema de pene, sin dolor, ni induración o cambio de coloración.

Bajo el diagnóstico de orquiepididimitis se solicitó, a las 9:27 horas, ecografía de escroto pene para ver complicación. "Doppler de testículo urgente" Realizada la prueba, comentario: Testículo y epidídimo derechos de tamaño, morfología y ecoestructura normal, con vascularización preservada.

El testículo izquierdo se encuentra muy aumentado de tamaño con severa alteración de su ecoestructura, mostrándose globuloso y heterogéneo predominantemente hipoeoico en su periferia con áreas ecogénicas mal definidas si llegar a identificar claras LOES o colecciones intratesticulares. El epidídimo izquierdo también se encuentra completamente desestructurado siendo difícil identificarlo. No se detecta presencia de vascularización arterial ni venosa intratesticular ni en epidídimo. El cordón espermático presenta alteración de la ecoestructura de la grasa, cambios inflamatorios, su porción distal se encuentra localizada dentro del escroto y en esta región no se detecta flujo exploración Doppler color, el resto del cordón espermático se encuentra permeable. Se identifica engrosamiento de las cubiertas escrotales asociado a importantes cambios inflamatorios y edema de los tejidos blandos escrotales, con importante hiperemia. No hay colecciones organizadas en los tejidos blandos.

Conclusión: El conjunto de los hallazgos sugiere proceso inflamatorio infeccioso tipo orquiepididimitis complicado con torsión e infarto testicular, a correlacionar clínicamente.

Se realizó interconsulta al Servicio de Urología en la misma fecha siendo valorado a las 14:30 horas bajo el motivo de escroto agudo. En el apartado de enfermedad actual: Refiere dolor testicular izquierdo súbito hace 72 horas acompañado de náuseas y vómitos. Acudió a urgencias donde se pautó antiinflamatorios. Ha presentado disminución del dolor y aumento de la inflamación en los últimos 2 días.

En exploración física: Teste izquierdo aumentado de tamaño, indurado. Teste derecho sin alteraciones.

JC: Torsión testicular izquierda evolucionada.

Se indica reposo relativo durante una semana. Continuar con el tratamiento antiinflamatorio durante 5 días y antibióticos 10 días. Acudir a pruebas funcionales el 14 de mayo.

El 9 de mayo su Médico de Familia extiende justificante del reposo.

- El 14 de mayo de 2019 acude al Servicio de Urología para control de torsión testicular izquierda evolucionada. Se propone orquidopexia de teste contralateral (derecho) y se incluye en lista de espera quirúrgica.

- El día 21 de mayo se justifica desde el Médico de Familia reposo domiciliario en espera de IQ. Como diagnóstico orquitis.

El 31 de mayo se refiere que persiste la inflamación pero mejoría clínica.

- Ingresó en el Servicio de Urología durante el periodo 19 a 20 de octubre de 2019 bajo el motivo de torsión testicular izquierda hace meses que evolucionó hacia atrofia testicular. En la exploración física teste derecho normal. Teste izquierdo algo disminuido de tamaño.

El 19 de octubre se realiza pexia testicular bilateral: pexia testicular a la vaginal por tres puntos del teste derecho y pexia testicular por un punto del teste izquierdo.

Al alta se recomendó reposo relativo 2 semanas, curas en su Centro de Salud y revisión en un mes.

- Acude a curas en su Centro de Salud los días 21, 22, 25 y 29 de octubre y 5 de noviembre de 2019.

- En revisión en el Servicio de Urología de fecha 4 de marzo de 2020 el teste izquierdo está algo atrófico y el derecho está bien. No tiene molestias.

Causa alta en el seguimiento por Urología.

El 3 de julio de 2020 el Servicio de Urología realizó informe, no consta el solicitante: "Paciente conocido por nuestro servicio por escroto agudo izquierdo evolucionado, meses atrás con resultado de atrofia parcial del teste izquierdo en mayo de 2019 (72 horas de evolución).

Se le practicó en nuestro servicio una pexia bilateral el 10/10/2019, siendo el postoperatorio normal.

Fue dado de alta en nuestro servicio tras comprobarse la buena evolución."

#### CONSIDERACIONES

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. A menudo se acompaña de signos locales y síntomas generales.

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 que

son las dos patologías más frecuentes a destacar dentro del síndrome de escroto agudo y con características clínicas en común.

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

Por su parte, la torsión testicular consiste en la rotación axial del cordón espermático sobre sí mismo ocasionando una disminución del aporte sanguíneo al testículo y al epidídimo. 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.

Si bien el tratamiento definitivo es quirúrgico, 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.

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 Gouverneur), 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 la cara superior 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.

Por otra parte, la orquiepididimitis es la inflamación aguda o crónica del epidídimo aunque puede afectar también al conducto deferente y al testículo.

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, además de reposo y frío local.*

*El cuadro suele mejorar en 48 horas, pero en algunos casos puede evolucionar mal, produciéndose absceso testicular o isquemia testicular, precisando drenaje o incluso orquiectomía.*

#### CONCLUSIONES

*1.- El paciente sufre un cuadro de orquiepididimitis y como complicación de esta, torsión e infarto de testículo izquierdo como se desprende de estudio ecografía Doppler realizado el 8 de mayo de 2019.*

*Valorado, en la misma fecha, por el Servicio de Urología se estableció el juicio diagnóstico torsión testicular izquierda evolucionada.*

*2.- La reclamación se sustenta en la actuación en el ámbito de Atención Primaria en las fechas 5 y 7 de mayo de 2019 en las cuales el paciente acude al Centro de Salud con dolor en testículo izquierdo y se establece el diagnóstico de orquitis. Consideran los reclamantes que no se realizaron las pruebas complementarias diagnósticas.*

*Para enjuiciar la actuación han supuesto que en el momento de la atención en dicho Centro el usuario ya presentaba un cuadro de torsión testicular y que el tiempo transcurrido desde su instauración permitía, tras la realización de la prueba complementaria, salvar la viabilidad del testículo.*

*No obstante, los reclamantes no concretan si la torsión testicular estaba presente el 5 de mayo o con posterioridad en la segunda asistencia el 7 de mayo en las cuales la valoración efectuada concluye orquitis presente en la referida prueba diagnóstica. Además, el día 5 de mayo cuando acude por primera vez al Centro de Salud por dolor testicular no se expone el tiempo de evolución del cuadro.*

*Esta concreción es importante desde el punto de vista de la viabilidad del testículo después de sufrir una torsión ya que, como se ha expuesto en el anterior apartado de consideraciones, 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 los reclamantes consideran que el día 5 de mayo ya estaba presente la torsión testicular y no fue diagnosticada, en el momento de la segunda demanda de asistencia, 7 de*

mayo, ya había transcurrido más de 18 horas desde la salida del servicio de urgencias de Atención Primaria y por tanto no era posible salvar la viabilidad testicular. Lo anterior sin perjuicio de que en ningún momento se expone el tiempo transcurrido desde que se inicia el dolor hasta que se demanda la asistencia.

En cambio, si los reclamantes discuten la segunda asistencia, el día 7 de mayo a las 18:50 horas, como causante de la pérdida de la viabilidad testicular, se deduce que consideran que en la primera asistencia no estaba presente la misma y presentaba, como así se diagnosticó, un cuadro de orquitis. En este caso, para que los reclamantes puedan alegar que la demora en la realización de la prueba complementaria, en la asistencia del 7 de mayo, es responsable de la atrofia parcial del testículo diagnosticada, el cuadro de torsión se tenía que haber producido con posterioridad a las 12 horas del día 7 de mayo para entrar en un periodo de evolución máximo de 6 horas y con ello en el rango de una actuación precoz.

Finalmente, cuando el paciente acude el día 8 de mayo sí se objetiva además de un cuadro de orquiepididimitis la existencia de torsión de testículo izquierdo ya evolucionada sin posibilidad de salvar la viabilidad total del testículo al estar parcialmente atrófico.

El paciente abandonó el Centro de Salud el día 7 de mayo a las 19:45 horas y acudió al Servicio de Urgencias hospitalario el 8 de mayo a las 08:54 horas, es decir 13 horas después. La prueba ecodoppler se realizó a las 9:27 horas (14 horas después de la salida del Centro de Salud el día 7 de mayo). Por tanto, no podemos desechar la hipótesis de que la complicación pudiera producirse en ese intervalo en base a que un tiempo de evolución superior a 6 horas puede derivar en necrosis isquémica del testículo siendo más probable a partir de las 8-10 horas de evolución<sup>1</sup>.

3.- A la vista de la Historia Clínica observamos que: En fecha 5 de mayo de 2019, el paciente demanda asistencia por dolor en testículo izquierdo. No hay datos en la exploración que permitieran hacer un diagnóstico diferencial entre orquiepididimitis y torsión testicular.

En fecha 7 de mayo llama la atención que ha empeorado el dolor y la inflamación a pesar de tratamiento con AINES, no impresionando de torsión testicular. Por lo que sobre la misma línea diagnóstica de orquitis se añade antibióticos.

La siguiente demanda de asistencia se realiza transcurridas 13 horas desde la salida del Centro de Salud el 7 de mayo.

Sin perjuicio de que el transcurso de 13-14 horas podría justificar la complicación del cuadro de orquiepididimitis, no podemos descartar con los datos obrante en la Historia Clínica que no estuviera presente en algún momento previo. Todo ello sin olvidar que el cuadro de escroto agudo padecido por el paciente es compatible en un inicio con orquiepididimitis aguda y posterior evolución complicada con torsión testicular tal y como se recoge en el informe de la prueba complementaria realizada ecodoppler.

4.- Con relación a la visita del 9 de mayo de 2019 en el Centro de Salud sólo se transcribe en la Historia Clínica la actuación hospitalaria correspondiente al día anterior con el diagnóstico establecido y se entrega, nuevamente, justificante de ausencia del paciente a sus clases. Esta nota es tratada en la reclamación como si se tratara de una recomendación terapéutica después de una consulta asistencial expresándose "En fecha 9 de mayo, las 11:58 horas, acude, nuevamente, al centro de salud (...) recomendándole (...) guardar reposo por tiempo indefinido".

Observamos en la Historia Clínica que la conducta terapéutica fue recomendada el día anterior, 8 de mayo, por el Servicio de Urología después de establecido el diagnóstico y consistente en "reposo relativo durante una semana, continuar con el tratamiento antiinflamatorio durante 5 días y antibióticos 10 días. Acudir a pruebas funcionales el 14 de mayo."

5.- El tratamiento definitivo de la torsión testicular es quirúrgico, la orquidopexia (fijación del testículo a la pared escrotal) con independencia al momento del diagnóstico y con el fin de prevenir que la torsión vuelva a producirse así como para liberar la torsión residual que haya podido quedar. Se debe realizar también la fijación del testículo contralateral para evitar el riesgo de torsión futura.

En el presente caso se realizó pexia testicular bilateral en octubre de 2019, no fue necesaria la orquiectomía (extirpación del testículo). No se trató de una intervención urgente ya que después de 12 horas no es una urgencia quirúrgica dada la escasa oportunidad de recuperación del testículo siendo irreversible el daño.

6.- El hecho de no realización de la prueba complementaria los días 5 y 7 de mayo de 2019, aunque la decisión se tomara a la vista de la exploración que no objetiva signos de torsión testicular, nos conduce a considerar un supuesto de pérdida de oportunidad dentro de los límites y las incertidumbres expuestos en el apartado 2 de estas conclusiones.

Por tanto, de la documentación obrante en el expediente no podemos concretar las horas de evolución del cuadro ni afirmar que de la exploración física recogida se pudiera excluir que el paciente, en esas fechas, no presentara signos/síntomas que hicieran sospechar la presencia de torsión testicular y por ello, la necesidad de confirmación con la indicación de ecografía doppler.

El retraso en la realización de la prueba oportuna ha mermado la posibilidad de viabilidad testicular sin perjuicio de que la propia patología y su evolución no permiten la certeza de su posibilidad.

Procede indemnizar pero no por la pérdida del testículo, pues una vez producida, aunque la probabilidad de conservación del testículo aumenta con el diagnóstico precoz, no puede garantizarse, pero sí procede por la falta de diagnóstico precoz. Este hecho junto a la

descrita posibilidad en torno a un 85-100% de conseguir un testículo viable con una actuación dentro de las primeras 6 horas y caída hasta un 20% a las 12 hora nos conduce a indemnizar la falta de oportunidad de viabilidad del testículo izquierdo en el reclamante.

Por otro lado, como ha señalado el Consejo Consultivo de Canarias "la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado también 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 4981/2011)".

Por su parte, el mencionado Consejo Consultivo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el baremo.

Para el cálculo de la cuantía indemnizatoria proponemos aplicar un 85% a la que resulte de calcular la indemnización por pérdida de testículo.

Además entendemos que no procede valorar el día de ingreso hospitalario y días improductivos dado que: El paciente demanda asistencia sanitaria por un cuadro escroto y diagnosticado de torsión testicular es preciso la intervención quirúrgica para evitar nuevas presentaciones del cuadro. Este proceso es independiente de la actuación del sistema sanitario y un diagnóstico precoz hubiese derivado, igualmente, en una intervención quirúrgica, pexia testicular, con el consiguiente ingreso y proceso de IT.

7.- Cuantía indemnizatoria.

Año del hecho causante: 2019.

Edad del paciente: 15 años.

Recurrimos a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulatorio.

Aunque la secuela es atrofia parcial del testículo sólo disponemos de la ponderación de "Pérdida del testículo" (20-25 p) ..... 20 puntos.

20 puntos (paciente de 15 años) >>>>>> 29.262,48 € (cuantía actualizada al año 2021).

Aplicando el 85% resulta una cuantía de 24.873,10 €».

4. Mediante Resolución de 30 de junio de 2021 se notificó a los interesados la suspensión del procedimiento general y la propuesta de terminación convencional del procedimiento mediante la suscripción de un acuerdo indemnizatorio por un importe total de 24.873,10 €.

Con fecha 12 de julio de 2021, los interesados presentan escrito manifestando su conformidad con la cuantía propuesta en la citada Resolución.

5. La Propuesta de Resolución, pues, estima la reclamación formulada por los interesados, reconociendo el derecho a percibir una indemnización en metálico por importe de 24.873,10 €.

### III

1. De conformidad con lo establecido en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, que establece en su art. 32 que *«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley»*, la Propuesta de Resolución, partiendo de la premisa de que la Administración sanitaria ha practicado todos los actos de instrucción necesarios para el esclarecimiento de los hechos, quedando de manifiesto que en el presente supuesto concurren los requisitos necesarios para la exigencia de la responsabilidad, esto es, la realidad y certeza del evento lesivo ocasionado y la relación causa efecto entre el funcionamiento del servicio y el daño producido, estima la pretensión de los reclamantes.

Así, y de acuerdo con lo establecido en el art. 86.5 LPACAP, que establece que *«el acuerdo alcanzado entre las partes deberá fijar la cuantía y el modo de indemnización de acuerdo con los criterios que para calcularla y abonarla establece el artículo 34 de Ley de Régimen Jurídico del Sector Público»*, se fija el monto de la indemnización en la cantidad determinada por el SIP.

2. En el presente supuesto, ha resultado acreditada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y los daños reclamados, pues según los informes obrantes en el expediente en la asistencia del día 5 de mayo hubo mala praxis al no realizarse la prueba que hubiera permitido hacer un diagnóstico diferencial entre orquiepididimitis y torsión testicular, y ello aun cuando no se manifestara nada por el menor o sus padres, puesto que evidentemente, no tienen que saber los síntomas de una u otra cosa, acudiendo a urgencias donde manifestaron el dolor padecido por aquél. Es evidente que ha habido un retraso en la realización de la prueba oportuna -ecografía Doppler realizada el 8 de mayo de 2019, que evidencia un cuadro de orquiepididimitis y, como complicación de ésta, torsión e infarto de testículo izquierdo- que ha mermado la posibilidad de viabilidad testicular del menor.

De lo anterior se desprende que el hecho que motiva la indemnización, como afirma el SIP, no es la pérdida del testículo, pues una vez producida, aunque la probabilidad de conservación del testículo aumenta con el diagnóstico precoz, no puede garantizarse -pues depende del tiempo transcurrido-, sino por la falta del diagnóstico antes indicado, esto es, por pérdida de oportunidad.

3. Asimismo, consta en la documentación incorporada al expediente la conformidad expresa de los interesados con el importe de la indemnización reconocida por la Administración en la Propuesta de Acuerdo indemnizatorio definitiva, objeto del presente Dictamen, y que asciende a 24.873,10 euros, cantidad que se desprende de la valoración efectuada por el SIP.

En este caso el SIP, para el cálculo de la cuantía indemnizatoria, aplica un 85% de la que resulta de calcular la indemnización por pérdida de testículo, fundamentándolo en la incertidumbre existente sobre si en la asistencia del 5 de mayo el menor ya presentaba un cuadro de torsión testicular y que el tiempo transcurrido desde su instauración permitía, tras la realización de la prueba complementaria, salvar la viabilidad del testículo. Como no es posible asegurarlo, como se dijo, se indemniza por pérdida de oportunidad. Pero como tampoco es posible descartarlo del todo, es acertada que se aplique, en este caso, un alto porcentaje como es el 85% de la cantidad resultante por pérdida de testículo.

Valoración, con la que este Consejo está de acuerdo, que excluye el día de ingreso hospitalario y días improductivos dado que el paciente demanda asistencia sanitaria por un cuadro escroto y es diagnosticado de torsión testicular, por lo que es precisa la intervención quirúrgica para evitar nuevas presentaciones del cuadro. Se ha de convenir que es un proceso independiente de la actuación del sistema sanitario y que un diagnóstico precoz hubiese derivado, igualmente, en una intervención quirúrgica, pexia testicular, con el consiguiente ingreso y proceso de IT.

Por último, señalar que deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en el art. 86.5 LPACAP, que remite a los criterios establecido en el art. 34 LRJSP, cuyo apartado 3 contempla la actualización de la cuantía y el abono de intereses.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se llega a un acuerdo indemnizatorio con los reclamantes, es ajustada a Derecho.