Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 9 2 / 2 0 2 3

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de octubre de 2023.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 356/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de fecha 27 de julio de 2023, con entrada en este Consejo Consultivo el día 28 de julio de 2023, se solicita por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización formulada por (...), por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que se considera por parte de la Administración sanitaria que la cuantía de la indemnización sería superior a los 6.000 euros en caso de ser estimada, reclamando el interesado una indemnización total de 145.240,70 euros de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimado para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sra. de Haro Brito.**

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); 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 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. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el esposo de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama, el fallecimiento de su esposa [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, DCCC 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación por el hecho lesivo que ha ocasionado el fallecimiento de un familiar, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: "Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge

como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis" (...) ».

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que el reclamante, cónyuge que convivía con la fallecida, posee interés legítimo para interponer la reclamación.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

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 la reclamación se interpuso el día 14 de marzo de 2022 relativa a un daño personal que quedó perfectamente determinado el 20 de marzo de 2021, con el fallecimiento de la causante del interesado.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda

presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

II

1. En cuanto a los antecedentes de hecho, se deduce del escrito de reclamación lo siguiente:

1.1. Que el interesado reclama por el fallecimiento de su esposa acaecido el día 20 de marzo de 2021, cuando la misma contaba con 46 años de edad, la cual tenía como antecedentes médicos de interés: espondilolistesis, hernia cervical y lumbar y vértigos periféricos.

1.2. En relación con los hechos, de forma específica, se afirma que el día 14 de marzo de 2021, su esposa sufrió una caída en la ducha a causa de un cuadro vertiginoso importante que le ocasionó un trauma craneoencefálico (TCE), además, sintió un fuerte dolor de cuello que inicialmente contribuyó a la producción del accidente. Por tal motivo, acudió al Centro de Salud de Ingenio en el que tras una breve exploración se le recetó un tratamiento farmacológico, se le indicó el uso de un collarín blando, y también se le sugirió acudir al servicio de traumatología, dándole un volante para una radiografía de su columna cervical urgente.

1.3. Al día siguiente acudió al servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) al no mejorar y seguir sufriendo dolor de cabeza y cuello, donde se actuó de forma similar al día anterior en su Centro de Salud, prescribiéndosele también un tratamiento farmacológico (tramadol).

1.4. El día 18 de marzo de 2021 visitó a un traumatólogo privado en Telde que le realizó cinco infiltraciones de corticoides en cinco puntos distintos de la zona cervical en atención a los síntomas que presentaba en ese momento.

1.5. El día 19 de marzo de 2021 la afectada sufrió un cuadro sincopal en su domicilio, llamando su esposo, de forma inmediata, al 112 que remitió una ambulancia de soporte vital básico (SVB) para trasladarla a su Centro de Salud, donde fue tratada de su patología.

Sin embargo, esa misma tarde noche el estado de la afectada, que permanecía en su domicilio, empeoró gravemente perdiendo la conciencia y sufriendo, entre

otros síntomas, espasmos, razón por la que se volvió a llamar al 112 y se le envió otra ambulancia de SVB.

Mientras era trasladaba al Complejo Hospital Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), la esposa del reclamante sufrió una parada cardiorespiratoria, lo que dio lugar a que se le trasladara a su Centro de Salud, más cercano que el CHUIMI, lugar en el que expone, se le trató adecuadamente y cuando mejoró fue enviada definitivamente al CHUIMI.

Por último, en dicho Centro Hospitalario se sospechó que la afectada sufría hemorragia intracraneal secundaria a traumatismo en días previos, permaneciendo ingresada en el CHUIMI, empeorando su estado lo que dio lugar, finalmente, a su muerte, que se produjo al día siguiente.

2. El interesado considera que la actuación médica acontecida concretamente los días 14 y 15 de marzo de 2021 fue deficiente y contraria a la *lex artis,* al igual que el traslado en ambulancia de SVB, puesto que este tipo de vehículo no era el medio adecuado de transporte, por cuanto era necesaria una ambulancia medicalizada, argumentando que por ello, aumentó su daño.

Así, el interesado concluye manifestando que:

«(...). sufre de forma reiterada una inadecuada atención sanitaria, en el CS y hospital insular, se demora en el diagnóstico y tratamiento eficaz de su patología de TCE con cefalea incoercible lo que produce una vulneración repetida de la lex artis. De forma inicial se banalizó el traumatismo, no se prestó atención a los signos de alarma (pérdida de conocimiento y a la intensidad de la cefalea) y no se siguieron los protocolos de manejo, vigilancia y diagnóstico adecuado. La patología de TCE y cefalea grave de la peritada de haberse manejado de forma precoz y según los protocolos vigentes hubiera prevenido el desenlace fatal sufrido. Un diagnóstico precoz hubiera disminuido la extensión de la hemorragia subcranoidea y evitado la muerte encefálica por hemorragia masiva de la peritada. Así mismo la demos en la atención de la parada cardíaca hubiera prevenido el daño cerebral».

Finalmente, el interesado reclama por ello una indemnización total de 145.240,70 euros.

3. Así mismo, los antecedentes expuestos deben completarse con lo manifestado al respecto por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), en informe emitido el día 27 de octubre de 2022, teniendo en cuenta la documentación obrante en la Historia Clínica de la Sra. (...), en el que consta:

«1.-Entre los antecedentes previos al hecho reclamado destacamos cervicalgia (dolor cervical) mecánica crónica y vértigos:

Trastorno del disco intervertebral diagnosticado en mayo de 2001, contractura de trapecio en julio de 2008.

El 21 de junio de 2011: Vértigos periféricos en tratamiento con Serc 16 mg.

El 16 de enero de 2012 acude a su Centro de Salud bajo el motivo de dolor en región para espinal derecha a la palpación y en ángulo inferior escápula derecha movilización dolorosa. La flexión cervical aumenta el dolor.

El 27 de enero de 2012 y el 19 de abril de 2013 consta vértigos.

El 7 de mayo de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por vértigos y dorsalgia: Paciente que acude porque después de la siesta comenzó con dolor cervical leve, y mareos, tomó Dogmatil. Diagnóstico: Cervicalgia.

El 17 de mayo de 2013: Cuadro de vértigos, vómitos.

El 27 de septiembre de 2013: Paciente que desde hace 3 horas presenta mareos y náuseas, antecedentes de vértigo, se automedica con Dogmatil toma hace 3 horas, acude por nauseas. En la exploración leve inestabilidad en la marcha.

El 26 de mayo de 2014: Cervicalgia derecha sin relación con esfuerzos ni traumas concretos. Refiere que ha acudido en dos ocasiones el fin de semana y le han pautado tratamiento parenteral pero para casa sólo Nolotil. Ha mejorado sólo discretamente. Acude con dolor cervical y vértigo, se encuentra en situación de incapacidad temporal por este proceso. Se prescribe Diclofenaco, Dogmatil y Diazepam.

El 4 de septiembre de 2014 se realizó interconsulta al Servicio de Traumatología: Paciente con cervicobraquialgia de repetición y vértigos que no ceden.

Cuadro de cervicalgia en noviembre de 2014.

En valoración por el Servicio de Traumatología el 23 de diciembre de 2014: Cervicalgia. En RNM: Rectificación de la lordosis, incipiente discartrosis difusa, protrusiones en C4-C5 y C6-C7 sin compromiso significativo de espacio. Se remite al Servicio de Rehabilitación.

El 23 de marzo de 2016 consta contractura cervical con vértigos.

El 27 de septiembre de 2017 acude a su Centro de Salud por cuadro de vértigos de tipo rotatorio de inicio este medio día que no cede tras la toma de Dogmatil oral. No vómitos.

El 27 de agosto de 2019 consta vértigos y mareos.

El 15 de octubre de 2019 se realizó interconsulta al Servicio de Traumatología: Paciente con vértigos y mareos de repetición. Diagnóstico: Hernia cervical.

El 26 de octubre de 2020: Vértigos y mareos.

En valoración por el Servicio de Traumatología el 24 de noviembre de 2020: Cervicalgia mecánica desde 2014. Refiere las crisis como cuadro de vértigo súbito con giro de objetos y náuseas con vómitos asociadas y luego comienza con los cuadros de cervicalgia. Movilidad cervical completa con dolor paravertebral cervical. No apofisalgia. No signos de mielopatía ni radiculalgia. La marcha con movimientos de cabeza desencadena vértigo y perdida de equilibrio. Refiere valoración por ORL con normalidad de resultados. Se remite al Servicio de Rehabilitación.

El 27 de febrero y 5 de marzo de 2021 consta cervicalgia. El 5 de marzo dado la continuidad del dolor se indicó Tramadol con Paracetamol.

2.-El 14 de marzo de 2021 acude a su Centro de Salud con vértigos secundarios a dolor cervical. Sufrió caída en la ducha con TCE (traumatismo cráneo encefálico) y vómitos tras ingesta de Tramadol. Dolor en cuello intenso.

Paciente que estaba lavándose la cabeza y sufrió un cuadro vertiginoso importante, que impresionó afección en el conocimiento según refiere familiar, pero al examen constatamos que recuerda perfectamente el acontecimiento y no existió relajación esfinteriana asociada al mismo, visión conservada ahora. Después comenzó con dolor de cuello intenso, ahora dificultad para lateralizar, estado general conservado y no se recoge antecedentes de trauma recientes en ella.

Dentro de la exploración física Sistema Nervioso Central: Consciente, Orientado. Pupilas isocóricas, adecuada respuesta a la luz, no focalizaciones. Glasgow: 15/15.

Se administró Ranitidina, Metilprednisona, Tramadol, Sulpirida y Metamizol.

Nota: Paciente con respuesta adecuada al tratamiento médico. Se solicita Rx de columna cervical con cita urgente y se sugiere valoración con Traumatologia.

**Plan de actuación general:*

Control vital y anotar.

Reposo Físico.

Dieta suspender alimentación x 1 hora y luego comenzar con blanda + líquidos. Paracetamol 1 gr vo c/ 8 hrs para el hogar x 3 días.

Cuidados generales. Observación estricta.

Usar collarín cervical blando por 72 horas.

**Recomendaciones Especiales:*

-Tenga en cuenta que el cuadro clínico que tiene no es concluyente en estos momentos, por lo que se nos ha hecho muy difícil establecer un diagnóstico definitivo, pero al conservar

estado físico general, recomendamos observación para el hogar, bajo tratamiento médico sintomático y con orientaciones específicas como:

1)-Si no mejoría clínica con medicación impuesta pasada 3 horas, regresar urgente y volver a valorar.

2)-Si agravó su cuadro clínico con la aparición de nuevos síntomas volver de inmediato.

3)-No debe viajar, ir de senderismo o ir de pesca, al menos no transcurra más de 24 horas de haber desaparecido su cuadro clínico doloroso. Manténgase cerca de una institución de salud por cualquier cambio por suceder.

4)-Esta no es un alta definitiva, simplemente estamos sugiriendo observación para el hogar, para evitar que se pueda infectar o adquirir alguna otra enfermedad por exposición en el marco asistencial.

5)-Le deseamos una buena y rápida recuperación.

3.-El 15 de marzo de 2021, a las 09:00 horas, acude al Servicio de Urgencias del HUIGC bajo el motivo de cervicalgia.

Tratamiento actual: Ansium 1-0-0. Doctinex. Serc.

Mujer de 46 años que acude por cervicalgia desde ayer, refiere comenzó de forma brusca mientras se duchaba en posición de flexión máxima de la columna cervical. No traumatismo. No otra sintomatología. Ayer acudió a urgencias del CS donde pusieron Tramadol y Metamizol con alivio del dolor.

En la exploración física: BEG (buen estado general), Cyo (consciente y orientada), NhyNC (normohidratada y normoconstituida), eupneica, afebril. A la exploración de la columna cervical: dolor generalizado a la palpación de apófisis y musculatura cervical. Dolor a la movilización lateral, flexo-extensión y rotación, aunque movimientos no limitados.

Paciente clínica y hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas de alarma, con mejoría clínica tras analgesia, alta a domicilio con normas de evolución.

Tratamiento:

• Pazital, si mucho dolor alternar con Nolotil 575mg.

• Control por su médico de atención primaria

• Se explican signos de alarma por los que acudir a urgencias.

Diagnóstico principal: Cervicalgia.

4.-Refiere el reclamante que el 18 de marzo de 2021 (...). acudió a Traumatólogo privado y le realizaron infiltraciones con corticoides en 5 puntos diferentes de la zona cervical recetando dicho medicamento para posteriores tomas en dosis durante días sucesivos en domicilio.

5.-El mismo día, 18 de marzo de 2021, consta en la Historia de Salud de Atención Primaria (refiere el reclamante que telefónica) consulta con su Médico de Familia con motivo de realización de interconsulta a Endocrino por hiperprolactinemia.

En el apartado de problemas fundamentales: Hernia discal cervical, tabaquismo, trastorno del disco intervertebral, espondilolistesis, hernia discal lumbar, otros vértigos periféricos no clasificable, hiperprolactinemia.

6.-El día 19 de marzo de 2021, a las 20:33:27 horas, se recibe llamada en la Sala Operativa del 1-1-2, alertándose por parte de un varón, que su mujer había sufrido una perdida aguda de la conciencia.

La Operadora, tras la toma de datos, pasa la llamada al Médico Coordinador de guardia, que tras hablar con el alertante e indicarle que pusiese a la paciente en posición lateral de seguridad, le comunica que va una ambulancia para su domicilio.

Dada las características del incidente, se creó de forma protocolizada una intervención de una Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB) más cercana al lugar con base en el municipio del incidente (Ingenio) que fue activada a las 20:34:20 y comunicó su movilización hacia el lugar a las 20:35:32.

La dotación de la unidad actuante a su llegada al lugar asistió a la paciente, que según su familiar había sufrido un sincope presenciado con relajación de esfínteres. En el momento de su asistencia se encontraba consciente con TA 137/66, FC 106 lat./mto., saturación O2 de 96% y glucemia de 200mg/dl.

Seguidamente, al transferirla a la camilla de la unidad, la paciente comienza con una convulsión tónico-clónica, la dotación de la unidad informa al centro coordinador y se dirige al centro sanitario más próximo, en este caso el Centro de Salud de Ingenio. A su vez solicitan la activación de una unidad medicalizada para dicho centro.

El TES de la unidad de SVB informa al Centro Coordinador que tras cesar la crisis convulsiva no recupera la conciencia y presenta depresión respiratoria, por lo que inició soporte ventilatorio con cánula de Guedel y balón de resucitación hasta su llegada al Centro de Salud.

A su llegada al Centro de Salud, en la unidad la paciente continuaba sin recuperar la conciencia y presentaba en el monitor una FC de 130 lat./mto. y una saturación de 02 del 95% con apoyo ventilatorio, trasladando el personal de la unidad de SVB toda la información disponible al personal facultativo del centro.

En el Centro de Salud: Mujer de 46 años, traída por el 112 en ambulancia sanitarizada por PCR durante el traslado. La paciente sufre episodio sincopal en la cocina del domicilio, siendo escuchada por su marido inconsciente con dificultad respiratoria (ronquidos) posteriormente se recupera y es llevada en ambulancia básica para traslado a H. Insular.

Durante el traslado se queja de dolor en el cuello, pierde la conciencia y realiza un episodio sincopal. Hace 5 días estuvo en el CS por cuadro vertiginoso y dolor cervical con TCE en la ducha. Se administró antivertiginosos y corticoterapia.

Exploración: A su llegada al centro encontramos a la paciente en apnea, con parada respiratoria y pupilas isocóricas, midriáticas arreactivas, hipoperfusión generalizada severa con saTO2 22%, TA 110/80mmHg, FC 165 lpm., Glucemia >200mgg/dl. Se inician maniobras de PCR pero presenta pulso carotídeo bilateral. Se procede a aislamiento de vía aérea recuperando satO2 al 98%.

En EKG: taquicardia sinusal a 140 lpm. Descenso del ST en cara anterior.

AC: rítmica, sin soplos.

AP (tras intubación) mv globalmente conservado.

Neurológico: isocóricas midráticas arreactivas, resto no valorable.

Se activa a la medicalizada y se realiza traslado a H. Insular.

Sospecha de Hemorragia intracraneal secundario a TCE en días previos, (alt EKG en relación a HTIC).

7.-La Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA) se activó -tras la información recibida de la ASVB- a las 21:02:44 horas y dio su llegada al Centro de Salud a las 21:16:52 horas procediendo a su traslado con la paciente sedada y relajada con ventilación mecánica y con perfusión continua de noradrenalina.

La ASVA informó su llegada a Urgencias del Hospital Insular a las 22:08:55 horas del 19 de marzo de 2021.

A las 22:10 horas llega al Servicio de Urgencias del HUIGC bajo el motivo de pérdida de conocimiento.

Mujer de 46 años, hace 48 horas asistida en un CS por cefalea occipital y mareos se administró analgesia y fue dada de alta, en la noche de hoy presenta pérdida del conocimiento con recuperación. En el trayecto al CS presenta cuna convulsión y se mantiene inconsciente, se describe a la llegada del CS apnea por lo inician RCP lográndose recuperación, se procede a IOT y traslado, no hay respuesta motora ni respiración espontánea durante el traslado.

En la exploración física: En lOT, hipoventilación en hemitorax izquierdo. Midriasis bilateral sin reflejos pupilares. ACP Rs Cs Rs taquicárdicos, FC 14O PA 12O/85.

Valorada por Neurocirugía: Mujer de 46 años trasladada desde CS en ambulancia medicalizada tras pérdida de conocimiento y PCR. El marido de la paciente refiere pérdida súbita de conocimiento al terminar de cenar asociado a rigidez, vómito, desviación de la mirada y pérdida del control de esfínteres con recuperación espontánea. En el traslado desde

domicilio a CS nuevo episodio de pérdida de consciencia asociado a convulsión siendo necesario maniobras de RCP e IOT.

A su llegada al servicio de urgencias IOT, sin respuesta motora ni respiración espontánea con midriasis bilateral y reflejos pupilares ausentes.

El marido refiere dos semanas de cefalea holocraneal y cervicalgia con episodio de presíncope y vómito sin TCE asociado en el inicio del cuadro, siendo necesario acudir en varias ocasiones al CS y Traumatólogo privado (realizadas infiltraciones de corticoides ayer) para valoración y tratamiento siendo dado como primer diagnóstico cervicalgia y tratado como tal.

En TAC cerebral: Hemorragia intraventricular con ocupación por nivel hiperdenso de ventrículos laterales, tercer y cuarto ventrículos así como extensa HSA (hemorragia subaracnoidea) con distribución en cisternas supra e infratentoriales y en cisura de Silvio. Asocia marcado edema cerebral difuso con borramiento de surcos corticales y mala diferenciación sustancia blanca-sustancia gris.

AngioTC arterias supraórticas/cerebrales: Mínima repleción de arterias cerebrales intracraneales de la circulación anterior y nula repleción de la circulación posterior desde el segmento V2 de las arterias vertebrales.

ECG: Taquicardisa sinusal a 124 lpm. Eje normal. QRS estrecho. No signos de isquemia aguda.

Juicio Clínico: Coma estructural secundario a HSA (hemorragia subaracnoidea) Fisher IV/ WFNS V. Posible neumonía broncoaspirativa secundaria.

Mal pronóstico a corto plazo, desestimada actitud quirúrgica.

Se informa al marido y al hermano de éste.

El 20 de marzo a las 01:14 horas causa alta en el Servicio de Urgencias para ingreso en UMI (Unidad de Medicina Intensiva) para monitorización neurológica.

Mujer de 46 años, ingresada por coma estructural secundario a HSA masiva. El domingo 14 la paciente sufre un episodio de cefalea occipital con sensación vertiginosa asociada y aturdimiento posterior. Persiste con molestias, acudiendo a médico privado donde realizan infiltraciones con corticoides. En la noche del ingreso, presenta un episodio de pérdida de conocimiento, que recupera de forma espontánea, sin postcrítico asociado. Siendo trasladada a CS, presenta un episodio convulsivo generalizado sin recuperación de nivel de conciencia posterior. A su llegada al CS, describen pausa de apnea, iniciándose RCP básica y procediéndose a lOT.

La paciente llega al Servicio de Urgencias en coma, tendente a la hipertensión arterial, intubada y con pupilas midráticas arreactivas. Se realiza TC cerebral donde se objetiva

extensa HSA con edema cerebral asociado y herniación múltiple. Es valorada por Neurocirugía quien desestima tratamiento quirúrgico, contactándose con UMI y decidiéndose ingreso para monitorización.

Exploración neurológica: Paciente comatosa, sin respuesta a estímulos verbales ni dolorosos. Midriasis bilateralarreactiva. Reflejo corneal, oculocefálico y nauseosotusígenos ausentes. No parálisis ni paresia facial. Tetraplejia flácida. Sensibilidad táctil no valorable. No respuesta a estímulos dolorosos. Hoffman negativo. RCP indiferente bilateral.

Ingresa en UMI con datos de mal pronóstico neurológico clínico-radiológicos habiéndose considerado fútil el tratamiento quirúrgico. Ya al ingreso existen datos radiológicos de pérdida de flujo cerebral sin poder realizar test de muerte encefálica a la espera de periodo de ventana de sedoanalgesia.

En la mañana del 20 de marzo de 2021, 10:39 horas, fue confirmada la muerte encefálica por test clínico y Duplex transcraneal ofreciendo a la familia la posibilidad de donación multiórganos que declinan. Se procede a la retirada de medidas de soporte vital estableciendo como hora de muerte la del diagnóstico de muerte encefálica.

Diagnóstico principal: Coma estructurado secundario a HSA Fisher IV/WFNS V. Posible neumonía broncoaspirativa. Evolución a muerte encefálica. Exitus».

III

1. En lo que se refiere a la tramitación del presente procedimiento administrativo, el mismo comenzó con la presentación del escrito de reclamación, efectuada el día 14 de marzo de 2022, la cual se acompañó, entre otra documentación, de un informe médico pericial emitido por los peritos pertenecientes a la Escuela de Medicina Legal y Forense de la Universidad Complutense de Madrid, Sr. (...), Sra. (…) y Sr. (…).

El día 1 de abril de 2022, se dictó la Resolución n.º 861/2022 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. El presente procedimiento cuenta con dos informes del SIP, de fechas 27 de octubre y 8 de noviembre de 2022, informe del Servicio de Urgencias Canario (SUC) y el del Servicio de Urgencias del CHUIMI, entre otros.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte del interesado y se le otorgó trámite de vista y audiencia, presentándose escrito de alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, consta una primera Propuesta de Resolución, emitida el día 15 de mayo de 2023, también consta borrador de la Resolución definitiva, informe de la Asesoría Jurídica Departamental, de fecha 7 de julio de 2023 y Propuesta de Resolución de 26 de julio de 2023.

5. Por último, se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, del que conoce el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5, de Las Palmas de Gran Canaria, lo que ni obsta, ni condiciona el cumplimiento de la obligación legal de resolver el procedimiento (art. 21.1 LPACAP), salvo en los casos en los que hubiera recaído sentencia firme.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En la Propuesta de Resolución se concluye manifestando que:

«En la reclamación como se acaba de exponer se cuestiona adecuación de las valoraciones, anamnesis de no seguir protocolos considerando siempre el resultado final (esto es la existencia de una hemorragia subaracnoidea) y se concluye que se debería haber actuado de otro modo.

Este método de proceder carece de validez jurídica para sustentar, desde este ámbito, un reproche a la asistencia proporcionada pues vulnera la doctrina jurisprudencial de la "prohibición de regreso" (Por todas Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de junio de 2011).

Dicha doctrina impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o la inadecuación del tratamiento solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar, en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que a partir del diagnóstico final se considera las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

Tal y como se ha explicado la anamnesis, las manifestaciones clínicas y la exploración física orientan a si existe necesidad de solicitud de pruebas complementarias. La determinación de un diagnóstico certero desde un inicio resulta de difícil concreción médica.

La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post "sino por un juicio "ex ante" `por lo que dados los síntomas y la clínica que presentaba la paciente en cada momento en relación con el diagnóstico recibido, no podemos considerarlo como incorrecto o tardío. En el presente caso tal y como se ha fundamentado todo ello se llevó a cabo acorde con los protocolos y guías actuales».

2. Además, en ella se refuta lo expuesto en el informe de la Asesoría Jurídica Departamental acerca de las cuestiones de fondo del presente asunto.

La referida Asesoría, en informe de 7 de julio de 2023 había señalado que tras «haber realizado el análisis concienzudamente todos y cada uno de los folios del expediente administrativo (...) :

I.-Desde el punto de vista formal.-Existen dos informes en el expediente administrativo, el del forense (folios 91 en delante) y de la inspección médica del Servicio de la Salud. Ambos informes aseguran que el protocolo en la atención a la paciente se incumplieron y que procede la responsabilidad patrimonial. Llama mucho la atención que la propuesta de resolución ignore lo relatado de forma palmaria en los informes, y en ningún caso fundamente en qué se basa para apartarse para el criterio de los médicos, que por otra parte, es coincidente, claro y responde al sentido común. Por lo tanto, solo por no ofrecer una réplica, o contra argumentar lo informado, apartándose de lo informado en el expediente administrativo, el borrador no es conforme a Derecho.

II.- Inadecuación de la aplicación de la "prohibición de regreso".- En primer lugar esa doctrina es aplicable principalmente a la responsabilidad penal, y por lo tanto es ajena al presente caso en el que resulta aplicable el Derecho Administrativo. Si bien se ha visto alguna aplicación al derecho administrativo, en este caso no procede su análisis, por lo tanto, el folio 488 debe modificarse en el FJ Sexto.

III.- Inexistencia de la consideración de la teoría de la "Pérdida de la oportunidad" y necesariedad de la misma. Se ha dicho en el expediente administrativo por el forense y por la inspección médica que tal y como dijo el médico de atención primaria, tenía que haberse realizado una prueba de imagen en el servicio de urgencias al que acudió la fallecida. De haberse realizado la prueba se hubiera podido diagnosticar la lesión que ésta tenía, y se hubiera podido actuar, independientemente de cuál hubiera sido el resultado, pero la idoneidad de la acción hubiera sido incontestable.

Asimismo, también se deduce que por la ambulancia no se llevó a cabo una correcta RCP, lo cual también agravó las circunstancias, por lo tanto, existe otra causa por la que la paciente perdió la oportunidad de vivir".

Ante ello, la PR señala que:

"A ello cabe refutar

1) La propuesta de Resolución incorpora como fundamento a la misma los informes señalados en el Fundamento de Derecho Quinto, constando no solo un informe del Servicio de Inspección y Prestaciones sino dos debidamente referenciados en la presente propuesta así como otros informes(folios 234 a 258 y 378 a 371), Informes del Servicio de Urgencias (folio 358 a 360) y de GSC (folio 366).

2) Tal y como se señala en el fundamento de Derecho Sexto y en contra de lo afirmado por el Servicio Jurídico, el Servicio de Inspección y Prestaciones, tras refutar los argumentos del dictamen aportado y a la vista de la historia clínica, informa negativamente la pretensión indemnizatoria:

Hemos analizado la asistencia siguiendo el relato cronológico de la HC conforme a la evolución de la paciente que nos ha permitido argumentar el motivo de la no solicitud de TAC en las primeras asistencias de la paciente. (...)

Lo expuesto nos lleva a informar de forma negativa la pretensión indemnizatoria. La propuesta por consiguiente no se aparta de su criterio.

3) La doctrina de la prohibición de regreso ha sido y es reiteradamente aplicada en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria y también invocada en múltiples dictámenes del Consejo Consultivo en la materia, por todos el Dictamen n.º 89/2022 de 10 de marzo de 2022.

4) En relación con la pérdida de oportunidad, ésta, como bien explica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se aplicaría como ponderación a la indemnización. Solo subsidiariamente, en el supuesto de reconocer el derecho a la misma, ya que en el repetido informe se ha justificado la corrección de la actuación sanitaria.

5) En relación con la "deducción" que por la ambulancia no se llevó a cabo una correcta RCP, cabe reseñar que lo que se cuestiona por los reclamantes no es la corrección de la RCP si no la elección del recurso sanitario movilizado, lo cual también queda justificado en el informe citado del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Por todo lo expuesto, este órgano y con fundamento en los informes reseñados que discrepan del dictamen aportado por el interesado, entiende que en el caso que se analiza, no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración».

3. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2022, de 7 de abril, entre otros, se ha manifestado que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "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».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos

declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)», esta doctrina resulta ser plenamente aplicable al presente asunto por la razones que se expondrán a continuación.

En el ámbito de las reclamaciones sanitarias, además, y en ello coincide este Organismo con la PR, y a diferencia de loa señalado en el informe emitido por la Asesoría Jurídica Departamental, no cabe excluir el uso de la doctrina jurisprudencial de la «prohibición de regreso», la cual tiene por objeto impedir la valoración de un diagnóstico o una actuación médica inicial de cualquier patología a la luz de la posterior evolución de la enfermedad, específicamente a la hora de determinar si ha habido o no error (por todos, DDCC 374/2015,de 8 de octubre; 85/2016, de 17 de marzo; 251/2021, de 13 de mayo o 137/2022 de 7 de abril).

4. En este supuesto, en el momento de analizar la cuestión de fondo, se ha de partir de los hechos que resulten indubitados en virtud de las pruebas que obran en el expediente remitido a este Organismo, en las que hemos de basar nuestro criterio.

Y en este punto es fundamental, para analizar si existió un incorrecto actuar de la Administración sanitaria, partir de la sintomatología que presentaba la paciente cuando acudió en solicitud de asistencia sanitaria los días 14 y 15 de marzo de 2021.

Así, uno de estos hechos indubitados es el correspondiente a que, como correctamente alega la Administración, la afectada y su esposo no hicieron mención alguna a que sufriera cefalea, en ninguna de ambas ocasiones, sino que no fue hasta el día 19 de marzo de 2021, al ser ingresada en el CHUIMI, cuando refiere tal dolor de cabeza, así:

- En la página 121 del expediente consta el informe clínico de urgencias (entre la documentación presentada por el interesado y obra también en el historial clínico de la afectada, página 343 del expediente), emitido el día 14 de marzo de 2021, en su Centro de Salud, en el que no se observa mención alguna a que la afectada presentara cefalea como consecuencia del golpe en la nuca que sufrió mientras se duchaba, ni siquiera en los apartados «Motivos de Consulta» e «Historia actual», donde se recoge lo manifestado por el interesado a los servicios sanitarios en el momento del ingreso de su esposa, pero en los que sí consta que sufría una fuerte cervicalgia.

- En la página 313 del expediente obra el informe clínico de Urgencias del CHUIMI, al que acudió el día 15 de marzo de 2021, por primera vez, en el que al igual que en el informe anterior no consta mención alguna a que la afectada hubiera sufrido cefalea y tampoco ello se observa en los apartados «Motivos de Consulta» e «Historia actual», en los que nuevamente solo se afirma haber padecido cervicalgia.

- En la página 346 del expediente consta el informe clínico de urgencias del Centro de Salud de Ingenio, correspondiente al ingreso efectuado a las 21:11 horas del día 19 de marzo de 2021, en el que se consigna en el apartado «Historia actual», que «*Durante el traslado se queja de dolor en el cuello, pierde la conciencia y realiza un "episodio sincopal". Hace 5 días estuvo en el CS por cuadro vertiginoso y dolor cervical con TCE en la ducha*», por tanto, tampoco se hace menciona el interesado o su esposa que los días previos sufriera cefalea.

- En los informes del SUC (referido a la actuación efectuada el día 19 de marzo de 2021, a las 21:37 horas), incluido en los apartados que obra en la página 369 del expediente (afectados e intervenciones), solo se menciona la cervicalgia.

- El propio interesado refiere que el día 18 de marzo de 2021 acudió junto a su esposa a un traumatólogo privado que le trató la cervicalgia con cinco infiltraciones y, si bien no era la especialidad de tal facultativo, no consta que le comentara haber padecido o padecer cefalea.

- Por último, el interesado no ha presentado prueba alguna, ni documental ni testifical que acredite que los días 14 y 15 de marzo alegara a los sanitarios intervinientes que su esposa sufría de cefaleas a causa del accidente referido.

Este síntoma es de especial importancia, como luego se dirá, para la determinación de la necesidad de la realización de otras pruebas diagnósticas ante la sospecha de una lesión mayor en un paciente. Téngase en cuenta, independientemente de ello, que además, se trataba de una paciente que había presentado cervicalgia y episodios de vértigos en ocasiones anteriores, alguna de ellos escasos días antes de los días respecto a los que se cuestiona la atención sanitaria – concretamente el día 5 de marzo del mismo año-.

5. Tal y como se manifestó en un Fundamento anterior, el interesado reclama porque considera, por un lado, que la actuación médica llevada a cabo por lo sanitarios del SCS los días 14 y 15 de marzo de 2021, en lo que se refiere principalmente al tratamiento del TCE, fue deficiente y, por otro lado, que la ambulancia que se le envío a su domicilio el día 19 de marzo, al no ser medicalizada era inadecuada lo que influyó en el resultado final.

6. Pues bien, en cuanto a la actuación médica correspondiente al día 14 de marzo de 2012, en el informe del SIP se afirma que:

«Una circunstancia a destacar es el antecedente en la paciente de cervicalgia y cuadros de vértigos repetidos desde el año 2011. En el año 2014 fue valorada por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología por cervicobraquialgia de repetición y vértigos que no ceden siendo objetivado en RMN patología cervical: rectificación de la lordosis, incipiente discartrosis difusa, protrusiones en C4-C5 y C6-C7 sin compromiso significativo de espacio. Las crisis fueron referidas en noviembre de 2020 "como cuadro de vértigo súbito con giro de objetos y náuseas con vómitos asociadas y luego comienza con los cuadros de cervicalgia". La marcha con movimientos de cabeza desencadena vértigo y perdida de equilibrio.

De hecho, días previos a la fecha en la que sufre caída en la ducha, 14 de marzo de 2021, la paciente demandó asistencia el 5 de marzo de 2021 por cervicalgia que no cedía.

3.-En el contexto del antecedente descrito, cervicalgia y vértigos, solicita asistencia el 14 de marzo de 2021 en su Centro de Salud por "vértigos secundarios a cervicalgia". Describe dolor intenso en el cuello y que sufrió caída en la ducha con TCE y vómitos tras ingesta de Tramadol.

En la anamnesis se recoge que "la paciente estaba lavándose la cabeza y sufrió un cuadro vertiginoso importante, que impresionó afección en el conocimiento según refiere el familiar".

De lo que se puede deducir que acompañado al movimiento de cabeza surgió el cuadro de vértigo y por tanto no que es que el cuadro de vértigo debutara después de una caída.

Por otro lado y a pesar de lo que se expresa en la reclamación, sí se escuchó al acompañante familiar que es el que refiere impresión de afección en el conocimiento.

En cuanto a la posible pérdida de conocimiento aludida en la reclamación, en el momento de valoración en el Centro de Salud se constata que la paciente recuerda perfectamente el acontecimiento y no existió relajación esfinteriana asociada al mismo, conservando su visión en ese momento. Esta pérdida de conocimiento es referida por el reclamante en la asistencia de 14 de marzo como "impresión de afección en el conocimiento", en otro extremo de la reclamación como "mareo" y el relato en fecha 19 de marzo en centro hospitalario se interpretó como presíncope." En cualquier caso no hubo amnesia del accidente.

Hay referencia a que después de la aparición del cuadro de vértigo y caída comenzó con dolor de cuello intenso, ahora dificultad para lateralizar, estado general conservado.

No hay mención en esta primera visita a cefalea como se menciona en asistencia de fecha 19 de marzo. El motivo de consulta y los datos de la anamnesis y exploración fueron cervicalgia y vértigos, especialmente cervicalgia después del cuadro de vértigo.

La mención a cefalea no consta hasta la fecha 19 de marzo que inicialmente el reclamante refiere occipital y posteriormente, en la misma fecha, holocraneal.

En esta primera asistencia sí se realizó exploración neurológica (Consciente, orientado. Pupilas isocóricas, adecuada respuesta a la luz, no focalizaciones. Glasgow: 15/15) estando dentro de la normalidad.

Tras tratamiento médico presentó mejoría.

Se solicita con cita urgente Rx de columna cervical e interconsulta al Servicio de Traumatología.

Destaca las recomendaciones dadas al alta con observación domiciliaria que son propias de un TCE. Se indica, entre otros, observación estricta, collarín cervical blando durante 72

horas, regresar de forma urgente en los supuestos de no mejoría clínica con medicación impuesta pasada 3 horas y en caso de agravamiento del cuadro clínico».

7. Además, en dicho informe, a continuación de lo anterior, se explica acerca del tratamiento del TCE de la interesada con mención a diversos protocolos médicos al respecto, que:

«El TCE sufrido cumple los requisitos de clasificación de leve.

Siguiendo la guía de atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencias del Servicio de Salud de La Rioja se considerará "paciente adulto que sufre un TCE leve" a aquella persona de 18 años o mayor que haya sufrido un golpe en la superficie del cráneo (no exclusivamente facial), sin signos clínicos de fractura o depresión de la bóveda craneal, y que al ingreso no presente sintomatología neurológica focal y tenga un nivel en la escala de coma de Glasgow de 14 o 15. Se entiende que estas recomendaciones son aplicables para aquellos pacientes que consulten en urgencias en las primeras 24 horas tras el traumatismo.

Otras guías distinguen entre TCE mínimo (minimal) y leve (mild) siendo preciso para los casos leves la consideración de un periodo de pérdida transitoria de conciencia o amnesia postraumática en ausencia de otros factores.

Aunque en la reclamación se alude a pérdida de conciencia no se describe amnesia postraumática en el momento de valoración en el Centro de Salud se constata que la paciente recuerda perfectamente el acontecimiento lo que nos sitúa enun TCE mínimo/leve.

Por su parte, en la guía sobre manejo del TCE del País Vasco se recoge la clasificación de TCE en base a la escala de Glasgow como medida objetiva del nivel de conciencia después de un traumatismo craneal. La escala de coma de Glasgow (GCS) es una escala utilizada ampliamente en la evaluación inicial de pacientes con un TCE, tanto a nivel extrahospitalario como a su llegada al hospital y muchos estudios apoyan su validez y reproducibilidad. Esta escala evalúa el nivel de consciencia que informa de la integridad de las funciones cerebrales, su puntuación mínima es de 3, nula respuesta, y máxima de 15 que se corresponde con un estado de completa vigilia. Valores entre 12 y 15 indican estado de alerta, entre 9 y 12 cierto grado de alteración neurológica y por debajo de 8 coma o lesión cerebral grave si la puntuación persiste más de 6 horas.

En el presente caso el GCS inicial en la valoración en el Centro de Salud el 14 de marzo de 2021 fue de 15/15 que se correspondía con un estado de completa vigilia y conduce a encuadrar el TCE que nos ocupa en el grupo de "TCE mínimo" pero que considerando la referencia a posible pérdida de conocimiento y aunque no existió amnesia se correspondería con TCE leve (GCS entre 14-15, pérdida de conciencia breve (< 5 minutos) o amnesia).

Siguiendo la guía de práctica clínica mencionada2, la paciente recibió los cuidados inmediatos y recomendaciones adecuados.

Se indicó collarín cervical».

Así mismo, en dicho informe se exponen de forma pormenorizada los requisitos relativos a los supuestos en los que ante un TCE procede la inmovilización de la columna cervical, como se llevó a cabo en este caso con la prescripción del uso de collarín blando, como ya se mencionó, dándose en este caso el requisito de dolor intenso en el cuello.

Además, se hace también referencia a los casos en lo que procede derivación hospitalaria tras un TCE, como el que la interesada sufrió el día 14 de marzo y la misma no los cumplía tal día, ni en los días posteriores hasta el día 19 de marzo, lo mismo ocurre con los presupuestos que se consignan para que fuera necesario efectuarle un TAC craneal, que tampoco concurrían en tales fechas.

8. En lo que respecta a la actuación del día 15 de marzo de 2021, en el informe del SIP se señala que:

«La paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario al día siguiente, 15 de marzo de 2021, por persistencia de la cervicalgia.

De este modo, se describe como motivo de consulta cervicalgia. No consta manifestación de nueva sintomatología. No se expresa cefalea.

Se recoge "Mujer de 46 años que acude por cervicalgia desde ayer, refiere comenzó de forma brusca mientras se duchaba en posición de flexión máxima de la columna cervical. No traumatismo. No otra sintomatología".

A la exploración de la columna cervical: dolor generalizado a la palpación de apófisis y musculatura cervical. Dolor a la movilización lateral, flexo-extensión y rotación, aunque movimientos no limitados. Se encontraba estable clínica y hemodinámicarnente, sin signos ni síntomas de alarma, con mejoría clínica tras analgesia con lo que causa alta a domicilio con normas de evolución.

Ni de la anamnesis ni de la exploración física se hacía sospechar, como ha informado el Servicio de Urgencias, patología grave. De hecho consulta 3 días más tarde a Traumatólogo privado y según referencia del reclamante la patología quedó orientada a la región cervical no evidenciándose por tanto signos de hemorragia subaracnoidea.

Nos podemos cuestionar si en esta ocasión, 15 de marzo, estaba indicada la realización de TAC.

Siguiendo la guía aludida en los apartados anteriores, en pacientes que no presentan los factores mencionados en el apartado anterior y sí alguno de los siguientes, el TAC puede ser realizado en un periodo de 8 horas tras el traumatismo.

En el caso de que hayan transcurrido más de 8 horas del mismo, el TAC debe realizarse inmediatamente en caso de:

• Amnesia anterógrada de más de 30 minutos.

• Mecanismo del traumatismo peligroso (atropello por vehículo a motor, despedido de vehículo, caída de más de un metro o cinco escalones) siempre que hayan experimentado pérdida de conciencia o amnesia.

• Cefalea.

• Edad ≥ 65 años, siempre que hayan presentado pérdida de conciencia o amnesia.

• Coagulopatía (historia de sangrado, alteraciones de la coagulación o tratamiento actual con anticoagulantes).

En la asistencia recogida en la HC no se hace mención a estos factores.

Otra cuestión que puede plantearse es si era preciso que la paciente permaneciera en observación hospitalaria. Se debería admitir a pacientes con TCE en el servicio de urgencias de un hospital para observación y/o ingreso, si presentan alguno de los siguientes criterios, no presentes hasta ese momento en la paciente:

• Alteración del nivel de conciencia (GCS <15/15).

• GCS de 15/15 que presente alguno de los siguientes factores de riesgo: Amnesia para sucesos anteriores y/o posteriores al traumatismo; cefalea persistente; vómitos repetidos; crisis convulsiva tras traumatismo no inmediata; signos neurológicos focales; irritabilidad o alteración del comportamiento; evidencia clínica o radiológica de fractura craneal reciente o sospecha de traumatismo penetrante; TAC craneal anormal; lesiones faciales severas; tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes, o alteraciones de la coagulación; intoxicación por alcohol y/o drogas.

• Hallazgos patológicos nuevos y clínicamente significativos en la TAC.

• No recuperación del GCS 15/15 tras la exploración y valoración de pruebas complementarias e independientemente del resultado de ésta.

Con respecto a la consulta con el Servicio de Neurocirugía la guía contiene2 que debe realizarse ante pacientes con TCE:

• Si el TAC realizado al paciente es patológico.

• Si independientemente del resultado del TAC, el o la paciente presenta alguno de los siguientes rasgos clínicos: Coma persistente GCS ≤ 8/15 después de las maniobras de

reanimación inicial, confusión inexplicable que persiste durante más de 4 horas, deterioro de la puntuación del GCS tras el ingreso (la disminución de la subescala motora tiene mayor valor), signos neurológicos focales progresivos, crisis convulsivas sin recuperación completa, fractura, hundimiento craneal, sospecha o confirmación de traumatismo penetrante, fístula de líquido cefalorraquídeo u otro signo de fractura de base del cráneo».

Además, se añade que *«5.-Hasta el día 19 de marzo de 2021 no consta en la HC referencia a cefalea intensa ni factores de riesgo de lesión intracraneal.*

Son factores de riesgo de lesión intracraneal: Fractura craneal radiográficamente demostrada, traumatismo por encima de la clavícula, signos clínicos de fractura (hundimiento o fractura de base de cráneo), GCS < 15/15, crisis convulsivas postraumáticas, hidrocele tratada con shunt, amnesia postraumática, dolor de cabeza severo persistente, vómitos persistentes, déficit focal neurológico, edad < 1 año y hematoma palpable o visible sobre todo en localización temporo-parietal, edad ≥ 65 años, tratamiento anticoagulante o alteraciones de la coagulación, accidente de alta energía, intoxicación por drogas y alcohol, lesiones múltiples, historia de traumatismo no clara o ambigua.

De este modo en esa fecha fue valorada por Traumatólogo privado y abordado su cuadro de cervicalgia, no se aporta más datos por el reclamante.

En consulta de la misma fecha con su Médico de Familia (afirma el reclamante, telefónica) se realizó interconsulta a Endocrinología por su problema de prolactinemia. No consta anotación en HC relativa al cuadro objeto de la reclamación».

Finalmente, se concluye en el informe del SIP, en su versión definitiva, tal y como se explicó anteriormente, señalando que «Como se ha expuesto, el TCE padecido por (...) se correspondía con la clasificación de leve. La hemorragia subaracnoidea (HSA) ocurre en el 41% -55% de los pacientes tras un TCE moderado o TCE grave (Servadei y col., 2002; Choi y col., 2008; Compagnone y col., 2009).

La forma más común de presentación de la HSA es la cefalea3. Se trata usualmente de una cefalea intensa de comienzo súbito, que alcanza su acmé en segundos o minutos. Se describe como cefalea intensa ("la más fuerte de mi vida"). Esta circunstancia no consta en la HC que fuera referida inicialmente por la paciente correspondiendo la primera constancia al día 19 de marzo. Pueden asociarse síntomas como pérdida de conciencia, náuseas o vómitos, focalidad neurológica o crisis comiciales.

Hemos analizado la asistencia siguiendo el relato cronológico de la HC conforme a la evolución de la paciente que nos ha permitido argumentar el motivo de la no solicitud de TAC en las primeras asistencias de la paciente.

Lo expuesto nos lleva a informar de forma negativa la pretensión indemnizatoria. No obstante, ante el curso actual RCA de este ERP se hace preciso efectuar una discusión sobre la cuantía reclamada».

9. Por lo tanto, en lo que se refiere a la primera parte de la reclamación del interesado, la relativa a las actuaciones sanitarias acontecidas los días 14 y 15 de marzo de 2021, procede concluir señalando que se actuó en todo momento de forma adecuada a los síntomas que presentaba y refería la propia afectada, entre los que no se hallaba ninguno que indicara una actuación médica distinta a la efectuada.

En este mismo sentido, el interesado no ha logrado demostrar que la actuación sanitaria del SCS fuera contraria a los protocolos médicos aplicables al tratamiento de un TCE que presentaba los síntomas ya mencionados, pues su informe pericial, que en gran medida se limita a reproducir la versión de los hechos del interesado que posteriormente se plasma en la reclamación, no logra desacreditar o, al menos, poner en duda lo expuestos en los informes elaborados por el SCS en este asunto que nos ocupa.

Al respecto, dicho informe parte como fuente externa no clínica –páginas 2 y 3 del informe- del relato de los hechos dado por el reclamante, y tiene como un hecho constatado que en los días en que se pone en duda la asistencia sanitaria prestada, él mismo había comentado que su esposa insistía en un horrible dolor de cabeza (pág. 6 del informe). Se señala en dicho documento, igualmente, que desde el alta el 15.03.21 persistía la cefalea intensa (pág. 8 del informe) añadiéndose que con posterioridad a dichos días, el día 18.03.2021 en consulta telefónica con la médico de familia, la peritada informa a su doctora de la situación de cefalea que inició el 14 de marzo. En otros lugares también se hace mención a dicho dolor de cabeza.

Teniendo en cuenta esta sintomatología, el informe aportado llega a unas conclusiones -genéricas- que este Consejo Consultivo entiende que, por basarse en hechos que no figuran en la documentación clínica correspondiente a los días en que fue asistida la esposa del reclamante y que tampoco han sido confirmadas por otro medio de prueba, no pueden tenerse como determinantes para estimar la existencia de responsabilidad.

10. Así mismo, para finalizar el análisis de esta primera cuestión es necesario manifestar que el diagnóstico de las dolencias de la afectada dado por los facultativos del SCS se correspondía a la sintomatología referida por la paciente, como ya se señaló, siendo de aplicación la doctrina de la «prohibición de regreso»,

que se caracteriza, como se afirma en el Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2022, de 7 de abril, que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)", doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto.

9. Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común –norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 LRJSP-, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 LEC, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Pues bien, la doctrina expuesta resulta plenamente aplicable al supuesto que nos ocupa por las razones expuestas.

11. En cuanto a la cuestión relativa al transporte sanitario que acudió al domicilio del interesado el día 19 de marzo de 2021, de Soporte Vital Básico, el

criterio empleado para su activación descartando el uso de una ambulancia medicalizada, como la que sí se utilizó poco después, fue el de la cercanía la domicilio de la afectada, lo que evidencia *per se* que tal criterio era el correcto, pues permitía un traslado más rápido y urgente, tal y como consta en los distintos informes obrantes en el expediente, informe del SIP y del SUC.

Así, en el informe del SUC se señala que *«A las 20:33:27 horas del día 19 de marzo de 2021 se recibe llamada en la Sala Operativa del 1-1-2, alertándose por parte de un varón, que su mujer había sufrido una perdida aguda de la conciencia.*

La Operadora, tras la toma de datos, pasa la llamada al Médico Coordinador de guardia, que tras hablar con el alertante e indicarle que pusiese a la paciente en posición lateral de seguridad, le comunica que va una ambulancia para su domicilio.

Dada las características del incidente, se creó de forma protocolizada una intervención de una Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB) más cercana al lugar, la 33.52 con base en el municipio del incidente (Ingenio) que fue activada a las 20:34:20 y comunicó su movilización hacia el lugar a las 20:35:32.

La dotación de la unidad actuante, la 33.52, a su llegada al lugar asistió a la paciente, que según su familiar había sufrido un sincope presenciado con relajación de esfínteres, en el momento de su asistencia se encontraba consciente con TA 137/66, FC 106 lat./mto., saturación O2 de 96% y glucemia de 200mg/dl.

Seguidamente, al transferirla a la camilla de la unidad la paciente comienza con una convulsión tónico-clónica, la dotación de la unidad informa al centro coordinador y se dirige al centro sanitario más próximo, en este caso el Centro de Salud de Ingenio. A su vez solicitan la activación de una unidad medicalizada para dicho centro.

El TES de la unidad de SVB informa al Centro Coordinador que tras cesar la crisis convulsiva no recupera la conciencia y presenta depresión respiratoria, por lo que inició soporte ventilatorio con cánula de Guedel y balón de resucitación hasta su llegada al Centro de Salud.

A su llegada al Centro de Salud, en la unidad la paciente continuaba sin recuperar la conciencia y presentaba en el monitor una FC de 130 lat./mto. y una saturación de 02 del 95% con apoyo ventilatorio, trasladando el personal de la unidad de SVB toda la información disponible al personal facultativo del centro.

La Ambulancia de Soporte Vital Avanzado, 33.92, se activó -tras la información recibida de la ASVB- a las 21:02:44 horas y dio su llegada al Centro de Salud a las 21:16:52 horas, procediendo a su traslado con la paciente sedada y relajada con ventilación mecánica y con perfusión continua de noradrenalina.

La ASVA 33.92 informó su llegada a Urgencias del Hospital Insular a las 22:08:55 horas».

Por tanto, todo ello implica que también esta actuación fue conforme a *lex artis* sin que se derivara ningún daño de la misma para la afectada, aseveración esta que el interesado no ha logrado demostrar de manera alguna.

12. En lo que se refiere a la cuestión de la pérdida de oportunidad, cabe señalar lo Siguiente:

12.1. En primer lugar, se ha de tener en cuenta que este Consejo Consultivo ha señalado acerca de la misma, por ejemplo, en nuestro Dictamen 141/2022, de 8 de abril, que:

«En relación con la pérdida de oportunidad este Consejo Consultivo ha seguido, de forma reiterada, la doctrina plasmada, entre otros, en los Dictámenes 171/2016, 152/2017, 523/2018, 354/2019, 359/2019, 38/2020 y 396/2020, en los que se ha señalado:

" (...) 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 n.º 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 n.º 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 n.º 1247/2014) (...) ».

En el mismo sentido, el Dictamen 411/2016, en el que considerábamos:

" (...) No puede concluirse que la causa de la muerte del menor sea un incorrecto tratamiento y diagnóstico, como sostienen los reclamantes, pero sí puede concluirse que el no haberse puesto a su disposición todos los medios diagnósticos y terapéuticos indicados en el caso de una caída traumática de la bicicleta, por la que acudió hasta en tres ocasiones a distintos médicos, supuso una pérdida de oportunidades del menor para la evitación de su muerte, pues, de haberse realizado la exploración y consiguientes pruebas, se hubiera determinado la patología del bazo del menor, indicándose las medidas a tomar en evitación del fatal desenlace. Téngase en cuenta que el reposo total fue dispensado al menor en consulta de 9 de marzo de 2012, a pesar de que el Dr. (…)., en su informe de 16 de agosto de 2012 (que más bien se configura como alegaciones en su defensa, en las que realiza afirmaciones subjetivas no probadas) culpabiliza al menor y a sus padres por incumplir la pauta del reposo indicada, cuando, no sólo no está constatado que la incumpliera con realización de actividades bruscas, sino que, en todo caso, en la consulta del día 9 se dice que solo ha de guardar reposo relativo. El día del fallecimiento sólo estaba sentado hablando con una amiga en una plaza, pero, probablemente, su patología, de haberse diagnosticado, debió obligarlo, previa indicación médica, a permanecer en reposo absoluto, sin perjuicio de otras medidas que debiera prescribir el facultativo responsable.

En ningún documento del expediente se constata el cumplimiento de los protocolos médicos ante politraumatismos, limitándose a señalar el informe del Dr. (…) que se cumplió el protocolo de rotura fibrilar, dado que fue lo único que se diagnosticó, precisamente por no cumplir los protocolos de politraumatismos.

(...)

Por tanto, no podemos sino concluir que, ante tales circunstancias, si se hubiera explorado completamente al menor, se hubieran observado los hematomas que tenía en el abdomen, lo que, según se aclara en las testificales, hubiera determinado la realización de pruebas de sangre y de imagen, lo que hubiera puesto de manifiesto la esplenomegalia del menor.

(...)

Una actuación conforme a la lex artis hubiera exigido el referido proceso asistencial, junto con la adopción de las medidas necesarias en aras a evitar la rotura del bazo,

lográndose o no, pues se trata de cursos causales no verificables. Nunca sabremos si el edema pudo haberse reabsorbido y salvado su vida el menor, o, por el contrario, seguir creciendo y romperse el bazo, pero, desde luego, ante la ausencia de un completo examen y las consiguientes pruebas diagnósticas, en el caso que nos ocupa se privó al menor de la oportunidad de saberlo.

Por todo ello, entendemos que la indemnización solicitada por los reclamantes por los daños sufridos por la muerte del menor ha de estimarse parcialmente, pues el daño imputable a la Administración no es la muerte misma del menor, sino la privación de oportunidades, como consecuencia de la falta de puesta a disposición del menor de todos los medios diagnósticos y terapéuticos indicados ante sus traumatismos (...) ", siendo esta doctrina de plena aplicación al caso que nos ocupa.

8. Asimismo, acerca de la cuantificación de la indemnización en supuestos como éste se ha señalado, por ejemplo, en el Dictamen 317/2021, de este Consejo, de 10 de junio, que:

"En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), 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 en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, 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 la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños"», lo que también es de aplicación a este caso.

12.2. En segundo lugar, se ha de señalar que en el informe complementario del SIP, en el que se determina la indemnización que correspondería si hipotéticamente se considerara por el órgano instructor la conveniencia de aplicar esta doctrina, pero igualmente se aclara las contradicciones detectadas en su primer informe, se afirma que:

«Los cálculos realizados por el reclamante se han basado en una relación causal entre la asistencia y el fallecimiento de su esposa. Sin embargo, y sólo una consideración desde el punto de vista retrospectivo a efectos de orientar una supuesta cuantía, que prohíben la acción de regreso, es decir conociendo que padeció un HSA, nos conduce a plantear el supuesto de pérdida de oportunidad de evitar el resultado lesivo o que éste fuera más favorable con la realización de la prueba diagnóstica, TAC, y en su caso la posibilidad de tratamiento quirúrgico en etapas iniciales de la evolución aunque no se pueda saber si aún realizado el estudio, TAC, se hubiera podido evitar el fallecimiento y por ello, sin que se pueda establecer una relación directa y única de causalidad entre la asistencia y el desenlace.

Nos encontramos ante una patología de elevada morbimortalidad. En la evolución de los pacientes con hemorragia subaracnoidea se ha descrito una mortalidad hospitalaria del 25% y una significativa morbilidad, la cual alcanza el 50% de los sobrevivientes4,5. Tras el sangrado inicial (en el caso de HSA aneurismática) fallecen el 50% de los pacientes6. Alrededor del 30% de los pacientes con HSA que llegan vivos al hospital fallecen en los primeros días.

Este hecho es coincidente con la expresión del reclamante en su escrito que reconoce que aunque el diagnóstico se realizara de forma precoz "no garantiza una supervivencia larga en el tiempo pues es un lesión muy delicada y una operación bastante compleja". "Que sólo se trata de una hipótesis la probabilidad de salvar la vida con diagnóstico precoz".

Se añade que aún diagnosticada de forma precoz desconocemos si cumplía criterios de intervención quirúrgica.

Esta pérdida de oportunidad, no resultado seguro, implica que habrá que aplicar un porcentaje reductor al resultado de la cuantía indemnizatoria que resulte en este caso.

Se propone que el porcentaje a aplicar a la cifra de indemnización por causa de muerte, resultante de aplicar como orientativo el baremo conforme 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 circulación, sea del el 50%. Este porcentaje correspondería al de supervivencia en casos de detección temprana de hemorragia subaracnoidea (...) ».

12.3. Pues bien, teniendo en cuenta todo lo anterior, cabe afirmar que en el presente asunto no se observa pérdida de oportunidad por dos razones:

En primer lugar, porque, por las razones ya expuestas, no nos encontramos ante un supuesto en el que el personal sanitario dependientes del SCS hayan omitido una prueba que era necesaria de acuerdo con los síntomas que la afectada presentaba los días 14 y 15 de marzo, entre los que no se hallaba cefalea o daño alguno en el cráneo más allá de un TCE leve, no estando indicado, por las razones ya expuestas con anterioridad, un TAC o prueba similar, habiendo sido la actuación del SCS conforme a *lex artis*, y por tanto, se ha cumplido con la obligación de medios que le es propia.

En segundo lugar, porque tampoco se ha demostrado que una actuación diferente, es decir, en la que se le hubiera hecho un TAC en tales días, habría evitado en forma alguna el triste resultado final.

Conviene aclarar en este extremo que los términos en que se manifiesta el primer informe elaborado por el SIP pudiera dar lugar a confusión, pero en él, a diferencia de lo que le imputa el informe emitido por el Servicio Jurídico en el expediente, no se sostiene la existencia de pérdida de oportunidad (aunque se

procede a su cálculo de plantearse eventualmente su acogimiento), debiendo ponerse en conexión el apartado 8 de las conclusiones, con el contenido total del mismo, del que se desprende que dicho Servicio lo que refiere es que debe cuestionarse, por una parte, si en las visitas al Servicio de Urgencias los días 14 y 15 de marzo de 2021 la paciente presentaba sintomatología que hiciera sospechar una HSA y con ello la necesidad de TAC cerebral (apartado 5 de conclusiones, entre otros), señalando en el referido apartado 8 que la forma más común de presentación de HSA es la cefalea-concretamente cefalea intensa- y que esta circunstancia no consta en la HC que fuera referida inicialmente por la paciente correspondiendo la primera constancia el día 19 de marzo.

Este extremo es aclarado por el SIP en su segundo y definitivo informe, emitido a petición del Servicio de Normativa y Estudios del SCS, en el que se aclara su postura inicial sobre la cuestión de fondo, manifestando de forma explícita que «se informa de forma negativa la pretensión indemnizatoria» y por tanto, contraria a la estimación de la reclamación del interesado.

Además, la referencia a la pérdida de oportunidad se lleva a cabo por el SIP a los efectos de determinar la cuantía indemnizatoria que correspondería si, finalmente, se optara por considerar que concurre en este caso tal pérdida de oportunidad, lo que no ocurre.

Por ello, coincide este Organismo en los argumentos que la PR contiene para refutar las conclusiones que alcanza el Servicio Jurídico al respecto.

13. Por tanto, todo ello nos permite considerar que no se ha demostrado la concurrencia de relación de causalidad entre el correcto actuar administrativo de los servicios sanitarios dependientes del SCS y los daños reclamados por el interesado ni la concurrencia de pérdida de oportunidad.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.