Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 2 6 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 de octubre de 2024.

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 (...), (...), (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 597/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación deindemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria total que obra en la reclamación conjunta de los interesados excede de 6.000 euros (la Administración propone la indemnización conjunta de 30.716,30 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. 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.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

No obstante, 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.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), 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 citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que se reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], actuando mediante representante debidamente acreditada (art. 5 LPACAP). Además, se ha de precisar que, si bien inicialmente la reclamación se presentó por dos hijos del paciente afectado, posteriormente los restantes hijos se adhirieron a la misma: así se deduce del escrito de la representante de los interesados de 22 de diciembre de 2023, representación que se considera debidamente acreditada en virtud de la documentación obrante en el expediente.

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, 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 (...)s 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".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, hijos del fallecido, poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

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

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el día 10 de mayo de 2022, habiéndose producido el hecho lesivo el día 13 de abril de 2022.

7. Se ha sobrepasado el p(...) máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, del escrito de reclamación formulado, inicialmente, por los interesados se deduce lo siguiente:

- Los interesados fijan el día 8 de abril de 2022 como el día en el que, a su juicio, comienza el hecho lesivo, señalando que su padre -de 78 años de edad- había sufrido un golpe en la cabeza días atrás, siendo diagnosticado de un hematoma subdural, reingresando (por tercera vez) en el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC) al empeorar su estado de salud.

- En los días posteriores los hijos del paciente observan un empeoramiento generalizado del estado de salud su padre, considerando que no se le atendía convenientemente, lo que concretan no solo en la inadecuada alimentación e hidratación del afectado, sino en el nulo control de los índices de glucemia de su padre, pues padecía de diabetes tipo II, entre otras patologías.

Además, alegan que, cuando los doctores que trataban a su padre consideraron necesario intervenirle quirúrgicamente de su patología craneal, solicitaron una analítica, constando en ella que el índice de glucemia era muy alto, motivo por el que se tuvo que suspender dicha intervención quirúrgica, que era tan necesaria para salvar la vida del paciente.

Ese mismo día, los interesados vuelven a sus domicilios, pero alrededor de las 02:40 horas del día 13 de abril de 2022, reciben una llamada del personal del HUNSC solicitándoles que vuelvan a dicho Centro hospitalario ante el agravamiento del estado de su padre, quien falleció poco después.

- Los interesados consideran que la atención médica dispensada a su padre fue deficiente, especialmente, en el retraso de la cirugía, que ellos consideran provocado por el nulo control del estado del paciente, concretamente, de sus índices glucémicos, razón en la que fundamentan su reclamación.

2. En el presente asunto, para una correcta determinación de los antecedentes de hecho se debe incluir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), de fecha 24 de noviembre de 2023, en el que se señala que:

«A.- Se trata de paciente hombre con fecha de nacimiento 27.11.43 que entre sus antecedentes cuenta con:

Fumador de aprox de 2-3 cajas diarias. Ex consumidor de alcohol (sin precisar cuánto). Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II: Nefropatía y retinopatía diabética. En tratamiento con insulina (2018). EPOC. Ictus isquémico. Diverticulosis. Plaquetopenia. Espondilitis anquilosante. Episodios de hematuria. Fibrilación auricular paroxística en tratamiento con Sintrom (2018). Insuficiencia cardiaca congestiva leve, implantación de stent (2018). Portador de marcapasos (septiembre 2020).

B.- 2 de marzo de 2022, 13:56 h: El paciente acude al Servicio de urgencias del HUNSC. Se trata de varón de 78 años, anticoagulado con Sintrom, que sufre Traumatismo craneoencefálico (TCE) sin pérdida de conciencia alrededor del mediodía. Presenta herida inciso contuso en zona frontal. Se solicita analítica y TAC craneal.

En TAC se observa: Contusión / hematoma de partes blandas extracraneal frontal izquierdo. - Contenido hemático aislado en surco frontal izquierdo en relación con leve cuantía de HSA. - Colección laminar extraaxial frontal izquierda, hipodensa y de 5 mm de espesor máximo, de probable cronología subaguda. - Moderado agrandamiento del sistema ventricular, bilateral y simétrico, con disposición normal. Ensanchamiento de surcos y cisuras corticales, sin que se objetiven asimetrías interhemisféricas de interés. - Cisternas basales, amplias, libres y no distorsionadas. - La discriminación entre sustancia blanca.-gris no muestra anomalías significativas (...) .

Valorado por Neurocirugía Dr. (...) se describe: Glasgow actual 15/15. Sin focalidad neurológica. Pauta tratamiento sintomático, suspende anticoagulación oral. Se indica observación neurológica y TAC de control, mañana o ante deterioro. Avisar mañana tras nuevo estudio de imagen.

Permanece estable y asintomático durante su estancia en urgencias, con Glasgow 15.

Una vez transcurridas 24 horas del traumatismo se realiza TAC evolutivo con los hallazgos: Aumento de partes blandas extracraneal frontal izquierdo en relación con traumatismo. Disminución de la cuantía del foco hemorrágico subaracnoideo frontal izquierdo. Colección líquida extraaxial fronto-parietal izquierda sin cambios. Atrofia cortico-subcortical generalizada. Visualización de surcos y cisuras corticales sin asimetrías interhemisféricas de interés. Cisternas basales amplias, libres y no distorsionadas.

Diferenciación cortico-subcortical conservada. No desplazamiento de estructuras a través de la línea media (...) . Conclusión: Mejoría radiológica respecto a estudio previo

Dado el buen estado del paciente se decide Alta hospitalaria el 3 de marzo a las 15:16 h.

C.- En TCE el tratamiento fue conservador por presentar un valor normal en la Escala de Coma de Glasgow (15/15), con un volumen reducido de sangrado subaracnoideo y colección extraaxial subaguda sin cambios, sin desplazamiento de estructuras, sin signos de alarma, sin déficit motor, con pupilas normales, sin pérdida de la consciencia, sin cefalea persistente, sin náuseas y vómitos, etc. acompañado de evolución favorable clínica y radiológica mostrada en TAC de control.*

**TCE leve: puntuación en la Escala de Coma de Glasgow entre 14-15 puntos. TCE moderado: puntuación en la Escala de Coma de Glasgow entre 9-13 puntos.*

TCE severo: puntuación en la Escala de Coma de Glasgow menor o igual a 8 punto

D.- Se realizan curas en el centro de salud de Ofra por la contusión/hematoma de partes blandas extracraneal frontal izquierdo que evoluciona adecuadamente en fase de cicatrización y no presenta signos ni síntomas de infección.

Buen estado general, consciente y orientado, afebril con herida en la región frontal izquierda.

E.- 11 de marzo 2022: 17:41 h acude al Servicio de urgencias HUNSC porque desde hace 4-5 días ha estado más desorientado, refiere cefalea, y en las últimas 48 h aumento de la lesión de partes blandas frontal izquierdo con sangrado espontáneo abundante.

Se realiza TAC de cerebro que se compara con el estudio previo de 03.03.22 y concluye: Incremento del hematoma de partes blandas frontal izquierdo (1.7 respecto a 1 cm) y discreto incremento de la colección extraaxial ipsilateral subdural (11 mm de espesor máximo con respecto a 6 mm). Hematoma intraparenquimatoso frontal de nueva aparición. No visualiza asimetrías en sursos y cisuras, no alteración de la línea media,.

Ingresa para vigilancia y control radiológico.

16 de marzo en nuevo TAC: Se compara con estudio previo de fecha 11 de marzo de 2022, persistiendo aumento de partes blandas extracraneal frontal izquierdo que impresiona de hematoma, no obstante dado su volumen se recomienda despistaje de seudoaneurisma, a valorar clínicamente ("thrill").

Asimismo persiste hematoma intraparenquimatoso frontal izquierdo sin cambios significativos de volumen y con discreta disminución de su densidad. Persiste hematoma subdural izquierdo, con un espesor de aproximadamente 11 mm (sin cambios significativos de tamaño), demostrando en la actualidad pequeños focos de sangrado agudo.

Evoluciona neurológicamente favorable sin deterioro del nivel de consciencia ni focalidad de novo. Glasgow 15/15.

Durante el ingreso presenta controles glucémicos elevados en el contexto de tratamiento con corticoides (dexametasona que favorece la reabsorción del hematoma) y por Endocrinología se ajustan cifras de insulina.

Por presentar hematoma subdural de pequeño volumen sin afectación neurológica y evolución satisfactoria se decide Alta hospitalaria el 24 de marzo de 2022.

En pacientes asintomáticos, con hematomas pequeños y sin aumento de la presión intracraneal existe la posibilidad de realizar un tratamiento conservador sobre todo en pacientes de edad avanzada con importantes comorbilidades y con pronóstico postoperatorio más desfavorable no solo por la condiciones previas sino por las consecuencias inherentes a cirugía. En este caso el hematoma subdural de pequeño tamaño no provoca un desplazamiento de la línea media ni existe un deterioro neurológico del paciente que pudiera harcer necesaria la intervención quirúrgica para evacuarlo.

F.- Las complicaciones de la intervención quirúrgica para craneotomía con el fin de evacuar la sangre y controlar los puntos sangrantes son: Mortalidad, Edema cerebral postquirúrgico e hipertensión intracraneal. Hemorragia postquirúrgica en lecho operatorio. Tromboembolismo pulmonar. Estado vegetativo. En las hemorragias, el principal determinante de que aparezcan o no complicaciones postquirúrgicas es el estado físico general y neurológico del paciente, previo a ser intervenido.

Además de los riesgos dependientes de su estado general, y comunes a cualquier cirugía (sangrado o infección), existen riesgos específicos como: absceso cerebral. Hematoma epidural. Fístula de líquido cefalorraquídeo Reproducción del hematoma, lesión de estructuras neurológicas subyacentes que pueden generar agravamiento de la alteración neurológica preexistente o aparición de nuevos déficit.

G.- Viernes 8 de abril 12:01 h. Servicio de Urgencias HUNSC presenta el paciente cuadro de desorientación y relajación de esfínteres. No presenta déficit motor evidente.

En nuevo TAC se observa colección extraaxial frontoparietal izquierda con un espesor máximo de aproximadamente 27 mm, con áreas de alta densidad en su interior, en relación con hematoma subdural subagudo con signos de resangrado agudo, asimismo se visualiza hipodensidad frontal ipsilateral en relación con lesión contusiva en involución. Dicho hematoma ocasiona desplazamiento y compresión del sistema ventricular, con una herniación subfacial no significativa de aproximadamente 4 mm.

Se cursa interconsulta con Neurocirugía. El Dr. (...) describe: Considero al paciente tributario de ingreso para cirugía evacuadora preferente. Realiza asimismo interconsulta a hematología por hematoma subdural subagudo por plaquetopenia leve a fin de valorar la posibilidad de hemorragia en la cirugía.

Analítica al ingreso con glucemia normal. Se procede a ingreso hospitalario. Por enfermería se realiza valoración de Patrones Funcionales. Se conoce que es un paciente diabético.

H.- Evoluciona con estabilidad y sin incidencias hasta el día 11 de abril que por presentar deterioro del lenguaje (Glasgow 7-8/15) es valorado por Neurocirujano Dr. (...) quien solicita TAC urgente que no objetiva variación con respecto al TAC realizado al ingreso el 8 de abril:

"Se compara con estudio previo de fecha 8 de abril de 2022. Persiste colección extraaxial frontoparietal izquierda con un espesor máximo de aproximadamente 28 mm, con áreas de alta densidad en su interior, en relación con hematoma subdural con signos de sangrado agudo.

Asimismo continúa visualizándose hipodensidad frontal ipsilateral en relación con lesión contusiva en evolución.

Dicho hematoma ocasiona desplazamiento y compresión del ventrículo lateral izquierdo, con una herniación subfacial no significativa de aproximadamente 4 mm. Conclusión: Sin cambios significativos respecto al estudio de referencia."

I.- Se discute el caso en sesión de la mañana del 12.04.22 y dada la persistencia del deterioro neurológico y mal estado general, se decide tratamiento quirúrgico para evacuación de hematoma descrito mediante minicraneotomía.

Sin embargo, en analítica urgente previo a la cirugía se objetiva hiperglucemia relevante por lo que, tras valorar el caso con anestesia de guardia se decide posponer tratamiento quirúrgico tras estabilizar sistémicamente al paciente dado el altísimo riesgo anestésico en paciente con alta comorbilidad.

J.- En valoración por Medicina interna, se observa que durante este ingreso no existen anotaciones sobre tratamiento facilitado y control metabólico de su diabetes. Se corrige la hiperglucemia no cetósica (no acidosis) siendo que se excluye la causa metabólica como principal causante del deterioro neurológico (no causa infecciosa aparente, no otras alteraciones hidroelectrolíticas).

Se revalora al paciente a las 23:30-00:00h de la noche que presenta 159 de glucemia y a la exploración física destaca paciente con múltiples secreciones, apertura ocular espontánea y obedeciendo órdenes (Glasgow 12/15). Pupilas isocóricas y normoreactivas.

Sin embargo, sufre parada cardiorespiratoria sobre la 01:15 h del 13 de abril de 2022 que a pesar de las medidas de reanimación por el equipo de parada y las maniobras de soporte vital avanzado tras consensuar el mal pronóstico, la no recuperación de ritmo (asistolia a pesar de 2 mg de adrenalina) y estado del paciente, se decide finalizar maniobras de RCP confirmándose exitus del paciente a las 02:00h del 13.04.22.

K.- El informe de forense en las Diligencias Previas que se siguieron concluye que: La causa inmediata de la muerte fue hematoma subdural por traumatismo craneoencefálico.

En la descripción macroscópica, el hematoma se encontraba en la región fronto parietal izquierda, como ya conocíamos, y sin embargo no se revela si las dimensiones del hematoma se correspondía con los hallazgos del TAC realizado el 11 de abril o si existió crecimiento, expansión o nuevo resangrado».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 18 de diciembre de 2020.

El día 20 de junio de 2022, se dictó la Resolución n.º 1.635/2022 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con el referido informe del SIP y los informes de los neurocirujanos que atendieron al paciente afectado.

3. El día 14 de diciembre de 2023, se dictó la Resolución n.º 711/2023 de la Secretaría General del SCS por la que se acordó suspender la tramitación del procedimiento general de responsabilidad patrimonial y continuar con los trámite del procedimiento simplificado, proponiéndose la terminación convencional de por una cuantía total de 8.776,08 euros, dicha proposición se produjo antes de que la totalidad de hijos del paciente fallecido se adhirieran a la reclamación que, inicialmente, formularon (...) y (...)

Sin embargo, mediante el escrito de su representante, de 21 de diciembre de 2023, los interesados mostraron su disconformidad con la cantidad propuesta.

El día 9 de julio de 2024, se dictó la Resolución n.º 511/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se acordó suspender la tramitación del procedimiento simplificado y la continuación del procedimiento general, además, considerando el órgano instructor que los interesados únicamente aportaban prueba documental, que se hallaba ya incorporada al expediente, no era necesario abrir p(...) especial para su aportación, lo cual es conforme con lo dispuesto en el art. 77.2 LPACAP, máxime cuando no se pone en duda la versión de los hechos dada por los interesados, y se

procedió a evacuar el preceptivo trámite de vista y audiencia, presentándose escrito de alegaciones.

4. Tras todo ello, se emitió Propuesta de Resolución el día 10 de septiembre de 2024.

Además, acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, se afirma en la misma que *«Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. Servicio de Régimen Jurídico emitirá informe preceptivo en los procedimientos de responsabilidad patrimonial, únicamente, sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente.*

En este procedimiento no es preciso recabar el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión que, análogamente ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, IN 201-17-c (ERP 74/14), donde aprecia pérdida de oportunidad por no haber intervenido a una anciana una horas antes de su fallecimiento, dado que, tal y como "se desprende de las Sentencias de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011, recurso de casación num. 5893/2006 y de 3 de julio de 2012 RC6787/2010), la pérdida de oportunidad se presenta como una figura alternativa a la lex artis, que se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud de la paciente."».

IV

1. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, pero considera que no se ha de indemnizar a los interesados con el 100% de la indemnización que les correspondería por el fallecimiento de su padre, en virtud de los razonamientos que se aducen en las misma, que son los siguientes:

«QUINTO.- Vistos los informes preceptivos recabados en período de instrucción, se concluye con:

.- El tratamiento conservador farmacológico -no quirúrgico- indicado inicialmente se considera correcto considerando la escasa cantidad de sangrado, sin alteraciones sustanciales en estructuras cerebrales, con leve sintomatología sin afectación neurológica, en paciente de 78 años pluripatológico que no cumplía ningún criterio de gravedad dado que en un gran número de casos este tipo de hematomas puede reabsorberse de forma espontánea evitando al paciente el riesgo de la cirugía. Esta actitud se ajusta a la Lex Artis ad hoc.

Con carácter general la indicación de cirugía viene dada por el tamaño del hematoma o por el nivel de conciencia u otras alteraciones neurológicas del paciente.

.- Fue propuesto para cirugía en la fecha 8 de abril con carácter preferente. La cirugía preferente, se define aquella que tiene un tiempo de respuesta asistencial en p(...) de 15 días.

.- Durante dicho ingreso sufre agravamiento clínico, no radiológico y en sesión clínica del 12 de abril de 2022 se decide intervenir ese día. Sin embargo, en análisis preoperatorio se objetivan cifras muy elevadas de glucemia lo que recomienda suspender la cirugía hasta su estabilización.

.- Debido a su implicación endocrino-metabólica, la Diabetes mellitus constituye un factor de riesgo en el paciente quirúrgico. De ahí que se imponga tener una adecuada valoración de ello. En este caso en el ingreso hospitalario desde el 8 de abril de 2022 no existe constancia de tratamiento facilitado y control metabólico de su diabetes por contra de lo ocurrido en los ingresos anteriores.

.- A pesar de la estabilización de glucemias en las horas siguientes la evolución fue desfavorable siendo la causa del éxitus el hematoma subdural. Ello nos sugiere que el resultado obtenido no se habría visto modificado con casi total seguridad.

No es posible asegurar que de haber realizado la cirugía ese día 12 de abril de 2022, en el caso de hematoma subdural subagudo que requiere intervención, en personas de edad avanzada habría logrado un resultado satisfactorio ya que en estos casos el porcentaje de mortalidad se cifra en torno al 80%. Los resultados del tratamiento quirúrgico del Hematoma subdural en ancianos son malos considerando la fragilidad, su situación funcional y comorbilidades tanto para complicaciones como para mortalidad.

.- No obstante lo anterior, la atención prestada durante el ingreso en el HUNSC desde el 8 de abril de 2022 esencialmente en cuanto al control metabólico de su diabetes no se ajusta a una correcta asistencia. Ni por el personal médico ni por enfermería fue considerada dicha situación a pesar de que figuraba entre sus antecedentes y en el ingreso anterior había precisado atención por el Servicio de Endocrinología.

Sorprende además que ni por el paciente ni por sus familiares se hubiera instado al personal sanitario sobre el tratamiento de insulina que seguía en su vida cotidiana.

Se admite que una vez que se prepara la intervención quirúrgica por agravamiento de la sintomatología neurológica esta no pueda realizarse por alteraciones analíticas lo que pudo suponer una limitación a las posibilidades de curación o mejoría. Ahora bien, no es posible afirmar que de haberse realizado la cirugía no se hubiera producido el exitus dado el alto porcentaje de morbimortalidad que conlleva la asistencia quirúrgica en pacientes como el que estamos tratando.

En cuanto a la indemnización

Se efectúa valoración de la cuantía indemnizatoria, y de modo orientativo, 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. Tablas 2022

Siendo reclamantes los siete hijos mayores de 30 años: 21.940,21 € a cada uno. 21.940,21 X 7 = 153.581,14 euros.

Tal y como se ha indicado, en personas de edad avanzada el porcentaje de mortalidad en relación con el hematoma subdural subagudo agudo que requiere intervención, se cifra en torno al 80%.

Por ello, la cuantía propuesta sería el 20% de la cantidad obtenida ya que ésta sería la pérdida de oportunidad sufrida por el paciente: 30.716,30 euros

Para la actualización de la cuantía indemnizatoria, se emplea el Indice de Garantía de Competitividad, que, para el último período publicado, junio de 2024, arroja un valor del -0,42%. Al tratarse de un valor en negativo, no se tomará como valor de referencia para el cálculo de la actualización.

Cuantía total: 30.716,30 euros».

2. Este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, con carácter general, acerca de los requisitos legalmente exigidos para imputar a las Administraciones Públicas la responsabilidad patrimonial dimanante de los hechos lesivos, como se hace en el Dictamen 40/2024, de 25 de enero, entre otros muchos, que:

«En relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas 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».

Asimismo, como se ha razonado reiteradamente por este Consejo Consultivo, tanto el art. 139 LRJAP-PAC, como el actualmente vigente art. 32 LRJSP, exigen para que surja la obligación de indemnizar de la Administración, que el daño alegado debe ser causa del funcionamiento normal o anormal de un servicio público. No basta, por tanto, que el reclamante haya sufrido un daño al hacer uso de un servicio público, sino que es necesario que ese daño haya sido producido por su funcionamiento. Tampoco basta que éste haya sido defectuoso; es necesario que entre el daño alegado y el funcionamiento anormal haya una relación de causalidad».

3. Los interesados centran su reclamación en el hecho de la inadecuada atención que se le dio a su padre, concretándola en la omisión del más mínimo control del índice de glucemia del paciente desde su reingreso el día 8 de abril de 2022, lo cual era necesario ya que padecía diabetes tipo II, como ya se ha dicho.

En el informe del SIP se señala sobre esta cuestión, en términos similares a los expuestos en la Propuesta de Resolución, que:

«6.- No obstante lo anterior, entendemos que la atención prestada durante el ingreso en el HUNSC desde el 8 de abril de 2022 esencialmente en cuanto al control metabólico de su diabetes no se ajusta a una correcta asistencia.

Ni por el personal médico ni por enfermería fue considerada dicha situación a pesar de que figuraba entre sus antecedentes y en el ingreso anterior había precisado atención por el Servicio de Endocrinología.

Sorprende además que ni por el paciente ni por sus familiares se hubiera instado al personal sanitario sobre el tratamiento de insulina que seguía en su vida cotidiana.

Se admite que una vez que se prepara la intervención quirúrgica por agravamiento de la sintomatología neurológica esta no pueda realizarse por alteraciones analíticas lo que pudo suponer una limitación a las posibilidades de curación o mejoría. Ahora bien, no es posible afirmar que de haberse realizado la cirugía no se hubiera producido el exitus dado el alto porcentaje de morbimortalidad que conlleva la asistencia quirúrgica en pacientes como el que estamos tratando».

Por tanto, constituye un hecho indubitado en el presente asunto que la prestación del servicio sanitario fue deficiente, al ser contraria a la *lex artis*, por la omisión de los referidos controles de los índices de glucemia, al igual que las consecuencias derivadas de esta omisión. Es decir, es incuestionable que este funcionamiento deficiente impidió al servicio de neurocirugía operar al paciente en el momento en que ello era más que necesario, urgente, al no haber sido controlado

el índice de glucemia en el paciente, de acuerdo con lo manifestado en los informes obrantes en el expediente y objetivarse en el momento de preparar la intervención quirúrgica.

A mayor abundamiento, tampoco se discute que este mal funcionamiento de los servicios sanitarios ocasionó al paciente una pérdida de oportunidad, traducida, en este caso, en ciertas posibilidades de sobrevivir a su patología craneal de haberle efectuado la intervención quirúrgica que su situación clínica requería. Así, según alega la Administración, estas posibilidades de curación eran de un 20 %, señalándose al respecto en el informe del SIP que «*No es posible asegurar que de haber realizado la cirugía ese día 12.04.22, en el caso de hematoma subdural subagudo agudo que requiere intervención, en personas de edad avanzada habría logrado un resultado satisfactorio ya que en estos casos el porcentaje de mortalidad se cifra en torno al 80%. Los resultados del tratamiento quirúrgico del Hematoma subdural en ancianos son malos considerando la fragilidad, su situación funcional y comorbilidades tanto para complicaciones como para mortalidad*».

4. Por último, a la hora de valorar jurídicamente la actuación sanitaria, se debe tener en cuenta lo que en dicho informe se manifestó acerca de la actuación de los familiares en el hecho lesivo, afirmándose que «*Sorprende además que ni por el paciente ni por sus familiares se hubiera instado al personal sanitario sobre el tratamiento de insulina que seguía en su vida cotidiana*». Y sobre ello cabe señalar que los profesionales sanitarios del SCS que atendieron al paciente debían conocer los antecedentes del mismo por tener acceso, en todo momento, a su historial médico, incluido el dato correspondiente a su diabetes, dato de especial importancia como el propio acontecer de los hechos demuestra *per se.*

Además, no se ha de olvidar que el paciente ya había acudido a dicho Centro hospitalario, al menos desde el día 11 de marzo de 2022, siendo conocedores en el mismo de su condición de diabético, como se expresa en el relato de los hechos contenido en el informe del SIP, reproducido con anterioridad, que figuraba en sus antecedentes y había sido atendido en un ingreso anterior.

Es pertinente recordar que en el art. 16.1 y 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se establece, sobre la historia clínica de los pacientes, que:

«Artículo 16. Usos de la historia clínica.

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten».

Por tanto, no cabe duda alguna que los profesionales sanitarios que atendieron al padre de los interesados, al ser ingresado el día 8 de marzo tenían la obligación profesional, acorde a la *lex artis*, de consultar su historia clínica, lo que evidentemente no se hizo o no se hizo del modo adecuado y suficiente.

5. Sin embargo, parece deducirse de lo manifestado en el informe del SIP, reproducido anteriormente, que dicho Servicio se sorprende de que los familiares no conocieran la historia clínica de su padre, ni tampoco este, y que, además, no instaran a los sanitarios actuaciones médicas concretas, refiriéndose en concreto a que ninguno de ellos hubiera instado a los sanitarios a la administración de insulina. En vista de ello, parece preciso recordar que no tienen los particulares, es decir, pacientes y familiares, la obligación jurídica de instar a los médicos una determinada actuación profesional, ni la de conocer la historia clínica de un familiar, ni tampoco la de informar al personal sanitario de cuestiones médicas que por diversos motivos pueden desconocer o incluso conocer de forma errónea, bastando con que el paciente *facilite los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera* y *colabore en su obtención* [Art. 2, 5 de la antes citada LAP, 41/2002]], lo que sin duda ocurrió como se muestra en los antecedentes y en el propio informe del SIP, pues los datos se manifestaron, se obtuvieron y, como dice el SIP, *constaban en los antecedentes del paciente*. Y se entiende que sea así, y que no exista aquella obligación de los familiares ni del propio paciente, por causa entre otras evidentes razones de la falta de cualificación profesional de los familiares y del paciente para diagnosticar o exigir un determinado tratamiento médico al personal sanitario, personal este que sí tiene en su haber la cualificación sanitaria y diversos modos de conocer las circunstancias físicas y médicas de los pacientes que están a su cargo, siendo la principal de ellos la historia clínica, que como hemos visto la ley califica de *instrumento fundamental para su adecuada asistencia*. Y, finalmente, todo ello es más de tener en cuenta, además, atendiendo a las particulares y penosas circunstancias de la situación en que se encontraban el propio paciente y sus familiares. Es conveniente recordar, en todo caso, que según dicen en su escrito

inicial los reclamantes, estos dicen haber preguntado por las razones de que no se administrara insulina a su padre, siendo diabético, respondiéndosele [según los reclamantes] por el personal de enfermería que no le había sido pautada por los médicos.

6. Por todo lo anterior se debe afirmar que concurre plena relación de causalidad entre el funcionamiento deficiente de los servicios sanitarios y los daños reclamados, sin que concurra ninguna otra causa, especialmente, por las razones ya expuestas acerca de las obligaciones de los familiares de los pacientes y de este mismo.

7. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante acerca de la pérdida de oportunidad, como por ejemplo se hace en el Dictamen 398/2021, de 28 de julio, 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».

La jurisprudencia y la doctrina transcritas y citadas en los párrafos anteriores son de entera aplicación al presente asunto.

8. Por consecuencia de todo lo expuesto procede ahora determinar el modo y forma del resarcimiento del daño causado, que como es obvio no puede consistir sino en una indemnización pecuniaria, pese a la naturaleza del daño causado, que es la privación de la oportunidad de la conservación de una vida humana.

Y, a la hora de determinar la cuantía indemnizatoria no solo se ha de tener en cuenta la doctrina expuesta acerca de la pérdida de oportunidad, sino la doctrina general relativa al reparación integral del daño.

En el Dictamen de este Consejo Consultivo 451/2024, de 25 de julio, se señaló que:

«En todo caso, el principio de reparación integral de la víctima constituye uno de los elementos basilares sobre los que se asienta el régimen jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración en España y viene recibiendo en consecuencia el constante respaldo de nuestra jurisprudencia (así, por ejemplo, la STS de 27 de marzo de 2007 RC 1840/2003, con cita de otras anteriores; al igual que poco después hace también la STS de 14 de julio de 2009 RC 2346/2005). Como afirmábamos, por ejemplo, en este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen 69/2021, de 18 de febrero, entre otros muchos: « (...) señala la sentencia de 6 de noviembre de 1998, "la aplicación del principio de la reparación integral implica que la misma comprende, dentro del ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración, los daños alegados y probados por el perjudicado, lo que supone la inclusión de los intereses económicos evaluables, partiendo de reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, las sentencias de 7 de octubre y 4 de diciembre de 1980, 14 de abril y 13 de octubre de 1981, 12 de mayo y 16 de julio de 1982, 16 de septiembre de 1983, 10 de junio"», y esta doctrina es de aplicación al presente asunto.

Así, pues, los daños irrogados por los que se reclama en este caso y cuya efectividad la interesada haya podido llegar a acreditar, en la medida en que a la postre han sido ocasionados a resultas del funcionamiento de los servicios públicos, han de ser íntegramente resarcidos por la Administración (al no pesar sobre la víctima el deber de jurídico de soportar tales daños, ni tampoco puedan imputarse a su propia conducta o eventualmente al «hecho de un tercero»; lo que en su caso, de ser así, podría modular, e incluso hacer quebrar, el requerido nexo causal para la emergencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Esta doctrina también es aplicable por entero al caso de este expediente.

9.Pues bien, para considerar que la indemnización que corresponda a los perjudicados repara de verdad y resarce el daño sufrido de forma íntegra, es preciso no solo tener presentes las posibilidades de supervivencia del interesado, siempre inciertas por su propia naturaleza, sino la totalidad de las circunstancias del caso, incluida la deficiente prestación de los servicios sanitarios, expuesta con anterioridad, en el sentido de estimar como indubitada o *inequívoca* -como llegó a entenderse al decidirse la transformación del procedimiento en procedimiento abreviado o simplificado, art. 96,4 LPACAP- su condición de causa de la pérdida o privación de la oportunidad de supervivencia del padre de los reclamantes, que hubo de producirse y se produjo por mucha que fuera su edad y muchos o graves sus otros padecimientos y serias y arriesgadas las complicaciones de la cirugía demorada y finalmente nunca hecha.

Por ello, en el criterio de este Consejo no es razonable ni adecuado y por ello no es suficiente, ni tampoco proporcional al daño realmente sufrido, el abono a los interesados, en conjunto, del 20 % de 153.581,14 euros, cantidad que resulta, como afirma la Administración de aplicar las tablas de valoración de daño para 2022, de 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, como hace el SIP en su informe, sino que les debe corresponder a los interesados de forma conjunta el 50 % de dicha cuantía, es decir, la cantidad total que asciende a 76.790,52 euros, con lo que sí se logra reparar el daño padecido por ellos de forma justa y proporcional a la extensión del mismo.

No debe olvidarse que la utilización de las tablas y baremos previstos en la norma citada, aunque aceptada sin reservas por este Consejo tanto como por la doctrina, la jurisprudencia y la práctica judicial, no obliga a un ajuste automático y mecánico a sus previsiones en los casos concretos en que [excluidos los casos de circulación o tráfico] se utilice como referencia auxiliar y para evitar la arbitrariedad de la actuación administrativa y proporcionar a esta un sustento y una motivación que sean razonables, pues tal condición auxiliar u orientadora permite que exista un margen de corrección o acomodo a las circunstancias de cada caso.

Es oportuno recordar la doctrina que, específicamente sobre esta materia, puede encontrarse en anteriores dictámenes nuestros. Así, en el Dictamen 317/2021 se dijo:

«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», doctrina que se reprodujo en el Dictamen 398/2021, también sobre la indemnización procedente en casos de pérdida de oportunidades de tratamientos o terapias.

No se niega la seriedad ni la validez de los estudios médicos y estadísticos que conducen a estimar que las posibilidades de supervivencia a una operación intracraneal de un paciente como el padre de los reclamantes fueran escasas y limitadas. Tales estudios, cuya aportación al expediente se estima oportuna y útil, tanto como habrá de serlo y habrá sido su uso para la adopción de decisiones

médicas, no pueden sin embargo aplicarse del modo automático o mecánico que se ha referido al mencionar el baremo de la Ley 35/2015.

No por ser obvio es ocioso tener presente que la vida humana es invaluable o invalorable. Especialmente en el caso de una vida humana que se encuentra probablemente en el tramo final de su duración, la estimación de su valor resulta material u ontológicamente imposible. Pero se precisa atribuirle un valor en dinero para que pueda producirse el resarcimiento de la pérdida de la oportunidad de su conservación.

Y, a falta de un criterio que resulte indiscutible y fuera de toda refutación o reproche, entiende el Consejo que las circunstancias del caso considerado en este concreto Dictamen -atendida, además, nuestra propia doctrina- conducen a dividir por su mitad el valor que resulte del baremo actuarial, pues la mitad es un criterio aceptable y razonable cuando no cabe usar ningún otro, y en el criterio del Consejo no resulta aceptable reducir el valor de la vida, en un 80 %, a partir de un cálculo meramente probabilístico y por tanto incierto por su propia naturaleza. Es consciente el Consejo de que, como se sugiere en los informes del SIP y los demás que obran en el expediente, y también a la vista del resultado final, acaso el óbito se hubiera producido en todo caso. Aún así, existió la posibilidad de que la cirugía lo hubiera impedido o postergado, y esta posibilidad del mantenimiento de la vida no puede reducirse a una pequeña y casi mínima proporción de su valor, aunque este sea el resultado de un baremo o una tabla puramente numérica, aunque hecha con notable precisión y detalle y acomodo a las circunstancias de cada eventual circunstancia dañosa.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la reclamación formulada, se estima adecuada a derecho en cuanto al reconocimiento de la procedencia de indemnizar a los reclamantes y perjudicados, pero no se considera conforme a Derecho en lo que respecta a la valoración del daño y determinación de la cuantía indemnizatoria, de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.