Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 5 9 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de abril de 2025.

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. 111/2025 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 de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada (150.000,00 euros) determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitir dictamen con carácter preceptivo y de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante LPACAP-.

A este respecto se ha de recordar, si bien no afecta al presente supuesto, que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, mediante su Disposición final sexta que establece:

---

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

"e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros".

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como 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; 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.

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la heredera de la persona fallecida -(...)- la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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 le 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 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".

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 la hija de la fallecida posee interés legítimo para interponer la presente reclamación.

Por último, 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.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 6 de marzo de 2023, habiendo fallecido la causante de la interesada el día 21 de enero de 2023.

8. Se ha sobrepasado el plazo 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, en el escrito de reclamación presentado por la representante de la interesada se manifiesta lo siguiente:

«Primero. - Mi representada, (...), es hija única de (...), con D.N.I. (...), nacida el (...), fallecida el (...) en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. (Acredito la filiación de mi representada y el fallecimiento de su madre mediante las certificaciones que adjunto bajo nº 2 y 3 de los documentos).

Segundo. - Según consta en el curso clínico del Centro hospitalario, (...) "el pasado 20/11/2022 acude por bajo nivel de conciencia y agitación, en el contexto de cefalea, fiebre y otalgia de meses de evolución. Al parecer la paciente había acudido en varias ocasiones al médico de atención primaria por ese motivo y el día del ingreso por la mañana, ante la presencia de fiebre y dolor ótico acudió a este, iniciándose tratamiento por gotas óticas".

El diagnóstico tras su ingreso fue de:

• MENINGOENCEFALITIS SECUNDARIA A S. NEUMONIAE

• TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES.

• ICTUS ISQUEMICOS AGUDOS DE AMBAS ARTERIAS CEREBRALES MEDIAS, etc.

Dada la grave situación en la que ingresó nada pudieron hacer los excelentes profesionales que la atendieron en el Centro hospitalario hasta su fallecimiento. (Adjunto bajo nº 4 de los documentos el informe clínico desde su ingreso en el Centro hospitalario).

Habiéndose establecido que la cefalea, fiebre y otalgia tenía meses de evolución parece claro y evidente que en el Centro de Salud de Candelaria, al que acudió por estos síntomas,

se actuó con negligencia al limitarse a diagnosticar "ototubaritis" a pesar de que, ante sus insoportables dolores de oído, acudió al centro de salud de Candelaria el 4 de agosto de 2022, el 16 y 28 de septiembre de 2022, el 14 de octubre de 2022 y el 17 de noviembre de 2022, cuyas visitas acredito con el documento de Gerencia de Atención Primaria que acompaño bajo nº 5 de los documentos, sin que ni se hubiese remitido al Especialista ni se hubiese realizado prueba o análisis alguno».

2. En el presente asunto, para llevar a cabo un adecuado relato de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, emitido el día 25 de septiembre de 2024, en el que consta que:

«Se trata de una mujer de 65 años al momento de los hechos, nacida el (...). Entre sus antecedentes médicos se registran diabetes mellitus (diagnosticada en 2010), hipertensión arterial (desde 2008), hipercolesterolemia y glaucoma.

Se documentan antecedentes de rechazo a la vacunación neumocócica, propuesta el 05/08/2021, que permanecía pendiente el 20/03/2022.

Vacunación antineumocócica pendiente al 20/03/2022.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- El 04/08/2022, la paciente acude a su Centro de Salud por dolor de garganta, presentando un "cuadro de 2 días de evolución caracterizado por odinofagia, cefalea, mialgias y artralgias, negando fiebre y tos seca". A la exploración, se observa "orofaringe congestiva, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares". No consta que la paciente haya referido dolor de oído en esa consulta. Se diagnostica con catarro común de vías respiratorias altas. Se prescribe un antiinflamatorio (ibuprofeno), un mucolítico para la tos (Flumilexa®, acetilcisteina) y un descongestivo (Stopcold®, cetirizina y pseudoefedrina).

2.- La siguiente consulta en Atención Primaria es el 16/09/2022, cuando la paciente acude por motivos relacionados con la diabetes mellitus. Se revisa una analítica de control del 23/08/2022 que muestra glucemia basal elevada (151 mg/dL) y hemoglobina glicosilada aumentada (7,8 %), con el resto de los parámetros descritos como normales. En dicha analítica, los parámetros de infección/inflamación son negativos (leucocitos normales, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular negativas). Se aconseja un ajuste en la dieta debido a los valores glucémicos alterados.

3.- La paciente vuelve a consultar a su médico de Atención Primaria el 28/09/2022, sin cita previa, por "sensación de taponamiento en el oído derecho tras un CVA" (Catarro de Vías Altas). Se explora a la paciente: "C (consciente) y O (orientada), NC (normocoloreada) y NH (normohidratada), con faringe seca". Se examinan los senos paranasales (meatos sinusales), trago y mastoides, sin evidenciar patología ("SN = Sin novedad"). Se realiza otoscopia, que

muestra un tímpano izquierdo normal y un tímpano derecho "deslustrado, sin niveles". No consta que la sintomatología descrita por la paciente se acompañe de fiebre, dolor de oído, otorrea, tinnitus, disminución de la audición o síntomas neurológicos como cefalea, vértigo o vómitos.

Se diagnostica ototubaritis y se prescribe paracetamol y Nasonex® (mometasona, corticosteroide) intranasal, 2 pufs cada 12 horas durante 10 días.

4.- La siguiente cita en Atención Primaria es el 14/10/2022, cuando la paciente acude por persistencia de taponamiento ótico tras tratamiento con Nasonex®. A la otoscopia, se observa un tímpano deslustrado bilateralmente. Se recomienda continuar con el tratamiento. Se diagnostica ototubaritis. No consta que se acompañe de otros síntomas como fiebre, dolor, otorrea, vértigo, tinnitus o disminución de la audición.

5.- Más de un mes después, la paciente acude a Atención Primaria el 17/11/2022, siendo atendida por la enfermera de triage a las 17:13 por dolor en el oído derecho, con constantes vitales normales. Es valorada por el médico de Atención Primaria, quien confirma el diagnóstico previo de ototubaritis y prescribe tratamiento con gotas óticas OTOGEN calmante®, que contienen componentes con acción analgésica, deshidratante y desinfectante, para aliviar el dolor agudo en el oído.

La paciente regresa al Servicio de Urgencias del Centro de Salud el mismo día, a las 22:30. La enfermera de triage describe que "la paciente refiere dolor en el oído derecho (...) comenta que el dolor es insoportable", y se registra dolor de oído derecho, dolor de garganta y cefalea. En ningún momento se reportan manifestaciones adicionales como fiebre, otorrea, alteración del estado de conciencia, vómitos, vértigo o tinnitus. Se administra metamizol intramuscular por indicación médica. Se prescribe ibuprofeno 400 mg oral (1 comprimido cada 8 horas) y se recomienda seguimiento con su médico de Atención Primaria. No constan citas sucesivas en el Centro de Salud ni accesos al Servicio de Urgencias hospitalario.

6.- El día 20/11/2022 a las 2:48 horas de la madrugada, se activa el 112 debido a un cuadro, referido por familiar, de dolor en el oído, intensificado en los últimos 4 días, al cual se asocia "durante el día de hoy" sudoración fría, vómitos y temblores que se describen como convulsiones. A la valoración de las constantes, se observa hipertermia y taquicardia. La puntuación en la escala de Glasgow es de 9/15. La paciente se encuentra desorientada y poco reactiva a los estímulos.

7.- Acceso al Servicio de Urgencias hospitalario el 20/11 a las 3:43. A su llegada, se registra una temperatura corporal de 38,6°C, una puntuación en la escala de Glasgow de 7-8/15, rigidez de nuca y agitación psicomotora, con hallazgos de exudado purulento en el oído derecho (otorrea). En la analítica se observan signos de infección. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina, ceftriaxona y ampicilina.

Se realiza una tomografía computarizada (TC) cerebral que resulta dentro de la normalidad (sin evidencia de abscesos u otras complicaciones) y una punción lumbar que evidencia un líquido cefalorraquídeo patológico con disminución de glucosa, hiperproteinorraquia severa, signos de una posible meningitis bacteriana, confirmada en los días posteriores con el crecimiento de Streptococcus pneumoniae (neumococo) en el líquido cefalorraquídeo, también encontrado en los hemocultivos extraídos al ingreso, indicando un concomitante cuadro de bacteriemia por neumococo.

8.- Desde el 20/11/2022 hasta el 22/12/2022, la paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) por meningitis aguda por neumococo, con una evolución tórpida y caracterizada por múltiples complicaciones: trombosis venosa cerebral, ictus isquémicos bihemisféricos con transformación hemorrágica temporoparietal derecha, posible vasculitis, infección por virus del herpes simple facial, infección respiratoria y bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa. Durante el ingreso, requiere ventilación mecánica mediante traqueostomía.

• Durante su ingreso en UMI, la paciente es evaluada por el otorrinolaringólogo. En la primera valoración, realizada el 20/11/2022, la exploración otoscópica revela: oído izquierdo normal y oído derecho con "abundante otorrea" (secreción) y "membrana timpánica muy eritematosa con perforación puntiforme en el cuadrante posteroinferior". Se toma una muestra de las secreciones para cultivo y se realiza una miringotomía para aspirar las secreciones. Posteriormente, el cultivo de las secreciones óticas resulta negativo, sin evidencia de crecimiento bacteriano.

• Entre las pruebas de imagen efectuadas, destacan:

◦ En la primera RMN de cráneo, realizada el 23/11/2022, se observan signos de meningitis complicada con trombosis venosa parcial del seno transverso y sigmoide izquierdos. No se evidencian áreas de encefalitis ni se identifican colecciones o abscesos. Hay ocupación mastoidea bilateral, con predominio en el lado derecho.

◦ En la TC de cerebro del 05/12/2022 se observa ocupación de ambas celdillas mastoideas y ocupación del oído medio derecho, no presente en TC previo del 28-11- 2022.

9.- El 22/12/2022, la paciente es trasladada al Servicio de Neurología. Al momento del alta de la Unidad de Medicina Intensiva, presenta monoparesia en el miembro superior izquierdo, está hemodinámicamente estable y respirando a través de una pieza en T. Se indica una probabilidad elevada de mortalidad del 35,5% al 53% y no se cumplen criterios para reingreso en Medicina Intensiva.

Durante el ingreso en el Servicio de Neurología, se valora por otorrinolaringología (ORL) y se constata la resolución de la otitis en el oído derecho (17/01/2023: oído derecho con tímpano íntegro y canal auditivo externo seco), confirmado por pruebas de imagen (TC

peñascos del 15/01/2023: "evolución morfológica favorable con resolución del componente de oído medio y aditus ad antrum derecho con ocupación aislada de celdas de la punta mastoidea de predominio derecho en estudio actual").

La paciente permanece estable desde el punto de vista neurológico, pero presenta empeoramiento clínico a partir del 18/01/2023 con fiebre, trabajo respiratorio y desaturación hasta el 70%, no controlada con medidas iniciales y con claros signos de sufrimiento. Tras conversación con los familiares, se acuerda el inicio exclusivo de medidas de confort.

10.- El (...), la paciente fallece por cese de las funciones vitales en el contexto de un empeoramiento respiratorio y estado febril».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 6 de marzo de 2023.

El día 7 de marzo de 2023, se dictó la Resolución n.º 790/2023 del Director del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya referido y los informes del personal médico de Atención Primaria que atendió a la causante de la interesada en las fechas en las que aconteció el hecho lesivo.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

4. Además, se le otorgó después el trámite de vista y audiencia a la interesada, presentando escrito de alegaciones

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 14 de marzo de 2025. En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental 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.*

Por lo anterior, y centrándose este caso en un presunto error de diagnóstico a la vista de los hechos acaecidos, esta cuestión ha sido tratada en diversos informes, entre otros, en el informe AJS 557/2017- C (ERP 58/15), que trae a colación la STS de 17 de julio de 2012 que

señala: "Los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que refieren los pacientes, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten, sin más indicios, todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías, sin que los síntomas que se tengan, exijan su realización." En el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos

de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En el presente caso, se deduce de la reclamación efectuada que la interesada considera que el fallecimiento de su madre se debió a una actuación contraria a la *lex artis ad hoc* que estriba en los diagnósticos erróneos que se le fueron dando a la misma durante el proceso médico relatado anteriormente.

4. En el informe del SIP se analiza de forma pormenorizada y exhaustiva dicho proceso médico, manifestándose sobre el mismo lo siguiente:

«1.- Consulta del 04/08/2022: La paciente manifestó síntomas típicos de un catarro común, de 2 días de evolución, que se manejó adecuadamente con antiinflamatorios, mucolíticos y descongestivos. En la historia clínica no constan síntomas relacionados con una otitis en esa consulta.

2.- La paciente acudió a Atención Primaria el 16/09/2022 para revisar una analítica realizada el 23/08/2022, aproximadamente 20 días después de haber manifestado síntomas catarrales el 04/08/2022. La analítica no mostraba signos de inflamación o infección que pudieran sugerir la presencia de una infección/inflamación aguda (respiratoria, ótica u otra) en ese momento, ya que no se observaban elevaciones en la proteína C-reactiva, leucocitos, neutrófilos ni en la velocidad de sedimentación globular. Según la analítica, la paciente mostraba un control deficiente de su diabetes.

3.- Consulta del 28/09/2022: El taponamiento de oído referido por la paciente, es decir, la sensación de presión en el oído, no se acompañaba de otros síntomas sugestivos de un proceso infeccioso agudo, como fiebre, ni de una otitis media, como dolor de oído u otorrea. Tampoco se presentaron complicaciones asociadas, como dolor retroauricular, vómitos, cefalea, vértigos, alteraciones del estado de conciencia o pérdida de equilibrio. No se constataron alteraciones en el estado de alerta de la paciente, quien se encontraba orientada. Se descartaron otras patologías, tales como sinusitis (se describe sin patología en

los senos paranasales) y mastoiditis (una infección en la región mastoidea, detrás de la oreja, que puede complicar una otitis).

Una otitis media aguda se define por la presencia de líquido en el oído medio, acompañada de signos de enfermedad aguda e inflamación del oído medio. En este caso, no se evidenciaron signos clínicos de otitis (como dolor o sensibilidad a la presión del trago).

En el examen del canal auditivo externo y del tímpano mediante otoscopia, no se observaron las manifestaciones típicas de un proceso de otitis media que generalmente se presentan con indicadores otoscópicos como: abombamiento del tímpano, tímpano azulado o enrojecido, niveles hidroaéreos que sugieren la presencia de líquido en la zona del oído medio o perforación timpánica con salida de material purulento en fases más avanzadas.

En el caso de la paciente, se observó un tímpano derecho deslumbrado (opaco), un hallazgo que suele encontrarse en pacientes con cicatrices o cambios crónicos en el tímpano debido a infecciones anteriores o a cambios degenerativos, así como en casos de ototubaritis. Este hallazgo no es específico de otitis media aguda, y la ausencia de niveles sugiere que no había líquido visible en el oído medio, indicando la ausencia de signos de infección activa en esa área.

La ototubaritis es una inflamación relacionada con la trompa de Eustaquio, que conecta el oído medio con la zona nasofaríngea. Esta trompa ayuda a proteger contra patógenos, ventilar el oído medio, aclarar las secreciones y regular las presiones en el oído medio. La ototubaritis ocurre cuando la trompa se inflama o congestiona debido a un catarro o sea en el contexto de infecciones de la nasofaringe y vías respiratorias superiores. En la otoscopia, esto puede manifestarse como un retraimiento o una opacidad en el tímpano, como fue el caso de la paciente.

La ototubaritis se trata con anti-inflamatorios y/o descongestionantes.

El diagnóstico de ototubaritis en la paciente se basó en la sensación de taponamiento ótico y en la exploración física. La ausencia de síntomas como fiebre, dolor intenso en el oído, otorrea, la exploración física de la paciente y los hallazgos otoscópicos apoyaron este diagnóstico.

El tratamiento con antiinflamatorio (paracetamol) y Nasonex®, un corticosteroide utilizado para tratar la congestión nasal y reducir la inflamación en las vías respiratorias altas, estaba adecuadamente indicado.

4.- Consulta del 14/10/2022: La paciente acude por el mismo motivo de taponamiento en el oído derecho, reportado tanto a la enfermera de triage como a la médico que la atiende. No se observan novedades clínicas respecto a la cita anterior del 28/09/2022. La exploración mediante otoscopia muestra tímpano deslustrado bilateralmente, sin otros

signos que sugieran la presencia de una otitis media. Se mantiene el diagnóstico de ototubaritis.

En línea general, una ototubaritis asociada a un resfriado o una infección viral puede durar desde unas pocas semanas hasta 2-3 meses.

5. Transcurre un mes hasta que la paciente vuelve a consultar en Atención Primaria el 17/11/2022, refiriendo por primera vez dolor de oído. En esa consulta (17:13 horas), las constantes vitales están dentro de la normalidad (lo esperado, si hubiera presentado fiebre, es que hubiera mostrado taquicardia). No se observan síntomas de alarma como fiebre, alteración del estado de conciencia o vómitos. Se confirma el diagnóstico previo de ototubaritis, aún dentro del periodo de dos meses desde su diagnóstico inicial, lo que es compatible con una posible evolución del proceso inflamatorio de ototubaritis. Se pauta tratamiento con gotas óticas de acción analgésica local.

6.- Durante el segundo acceso al Centro de Salud del 17/11/2022, a las 22:30, la paciente acude refiriendo síntomas como otalgia, cefalea y dolor de garganta. El hecho de que haya sido capaz de describir y reportar estos síntomas sugiere que estaba alerta, consciente, orientada y conectada con la realidad, lo que indica que en ese momento no presentaba un estado alterado de conciencia.

- Es cierto que la paciente refiere cefalea, un síntoma que puede acompañar a procesos de congestión nasal, incluso a una ototubaritis, y un dolor de garganta (como ella misma manifestó). Este síntoma, por sí solo, no es alarmante en ausencia de otros signos de hipertensión craneal, como náuseas y vómitos, cambios en el nivel de conciencia, alteraciones en el equilibrio y la marcha, convulsiones o síntomas neurológicos focales, los cuales no constan en la historia clínica.

-Se pautó tratamiento con antiinflamatorios orales debido a que, en el momento de la consulta, no se contaba con un diagnóstico confirmado de otitis media ni se presentaban síntomas de alarma. Dada la ausencia de estos factores, no se consideró necesario el inicio de antibioticoterapia ya que debe valorarse el riesgo/beneficio en la administración de antibióticos que puede postergarse ante síntomas no relevantes. El tratamiento antiinflamatorio se basó en el control del dolor y malestar reportados, sin indicios de complicaciones o progresión a una condición más grave.

La Otitis Media Aguda (OMA) es una infección del oído medio que puede ser causada por virus o bacterias, habitualmente de carácter autolimitado (5-7 días) y que en la mayoría de las ocasiones no precisa antibiótico para su curación. Los antibióticos no reducen de modo significativo el riesgo de las complicaciones más habituales (recurrencia de la infección, pérdida de audición, que suele ser temporal, y perforación timpánica) y en cambio el riesgo de efectos secundarios es mayor. Las complicaciones más serias como mastoiditis, meningitis, absceso intracraneal, trombosis venosa y parálisis facial son muy poco frecuentes, de forma que habría que tratar con antibióticos a casi cinco mil pacientes con OMA para prevenir una

mastoiditis/meningitis (NNT= 4831), según datos de las guías NICE.Las recomendaciones del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Asistencia (NICE) se basan en revisiones sistemáticas de la mejor evidencia disponible y en una consideración explícita de la rentabilidad. Cuando la evidencia disponible es mínima, las recomendaciones se fundamentan en la experiencia y opinión del grupo de desarrollo de la guía sobre lo que constituye una buena práctica.

En este caso, las recomendaciones NICE para el tratamiento de las otitis medias agudas se basan en las evidencias identificadas en niños y adultos jóvenes, siendo las únicas evidencias disponibles.

- Se recomendó acudir a su médico de Atención Primaria para seguimiento. Entre el 17/11/2022, cuando acudió por última vez al Centro de Salud, y la madrugada del 20/11/2022, no consta que la paciente haya realizado seguimiento en su Centro de Salud, a pesar de la recomendación, ni que haya acudido al Servicio de Urgencias hospitalario. Es razonable suponer que, si la paciente hubiera tenido persistente dolor de oído insoportable o síntomas asociados a una posible afectación neurológica, habría consultado antes.

De hecho, cuando se solicita el traslado en ambulancia en la madrugada del 20/11, los familiares informan que el dolor de oído se había intensificado en los últimos 4 días (probablemente desde el 17/11). Además, las nuevas manifestaciones clínicas, incluidos síntomas neurológicos como vómitos, convulsiones y sudoración fría, estaban presentes desde ese mismo día. En la toma de constantes vitales se observa fiebre y taquicardia.

7.- Cuando la paciente accede al Servicio de Urgencias hospitalario, se observan por primera vez signos de focalidad neurológica y signos de otitis media (otorrea, tímpano enrojecido).

8.- El neumococo, una bacteria que puede transmitirse a través del contacto con secreciones nasales de personas portadoras sanas o infectadas, tiene un periodo de incubación estimado de 1 a 3 días. La progresión de la enfermedad neumocócica puede ser rápida.

Los neumococos causan infección de las vías respiratorias superiores e inferiores por extensión directa desde la nasofaringe y producen infección del sistema nervioso central, el endocardio, las articulaciones y la cavidad peritoneal por diseminación hematógena; en raras ocasiones, la infección meníngea, pleural o peritoneal ocurre por extensión directa desde estructuras vecinas.

Los signos y síntomas de una meningitis por neumococo son similares a los de otras meningitis bacterianas (fiebre, cefalea, rigidez de nuca, alteración del nivel de conciencia), pero de instauración más rápida, con mayor gravedad y con una alta probabilidad de que el

paciente, al ingreso, esté en coma (11-19%) o presente un déficit neurológico focal (afasia 34%; hemiparesia 11-20%; parálisis de nervios craneales 17-21%) o convulsiones (7-21%)».

5. Tras efectuarse dicho análisis en el referido informe del SIP se llega a las siguientes conclusiones:

«En nuestra opinión, basada en la historia clínica proporcionada, es plausible que la paciente hubiera iniciado con un proceso de ototubaritis semanas antes, como consecuencia de un catarro (infección viral), al que posteriormente se añadió una infección aguda por neumococo. El 17/11, la paciente manifestó por primera vez otalgia, asociada a dolor de garganta, lo que podría haber sido indicativo de los primeros síntomas de una infección neumocócica. Dicha infección generalmente comienza en la nasofaringe. En ese momento, el 17/11, no se evidenciaron signos clínicos de otitis media o meningitis, ni otros signos de alarma o gravedad. Es posible que, posteriormente, la paciente haya desarrollado las manifestaciones clínicas de la enfermedad neumocócica, demostrado por el hecho de que el 112 fue activado solamente el día 20/11 y no antes. Además, como se describió anteriormente, la evolución de la enfermedad suele ser rápida. No se puede excluir que la otitis y la meningitis hayan sido localizaciones concomitantes de la enfermedad, con una posible diseminación al cerebro mediada por septicemia, teniendo en cuenta que en el cultivo del exudado del oído no se observó crecimiento bacteriano, lo cual podría sugerir que la infección en el oído aún estaba en una fase temprana como para determinar una infección por extensión directa.

En el caso de la paciente, la progresión rápida hacia una enfermedad grave pudo haberse visto favorecida por el estado inmunológico comprometido de la paciente (diabetes mal controlada, notoriamente asociada con disfunción del sistema inmunológico) y la ausencia de vacunación (rechazada por la paciente), principal medida preventiva contra el desarrollo de enfermedades graves.

Cabe destacar que los ancianos, incluso aquellos sin otras enfermedades concurrentes, suelen tener un peor pronóstico en caso de infecciones neumocócicas. El neumococo es una causa frecuente de alta morbilidad y mortalidad, especialmente en ancianos con neumonía bacteriémica, sepsis o meningitis aguda».

6. Pues bien, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, procede señalar que ha resultado demostrado, en primer lugar, que durante todo el proceso médico se puso a disposición de la paciente todos los medios materiales y humanos de los que dispone el SCS.

En segundo lugar, también ha quedado demostrado que los diagnósticos y tratamientos médicos dispensados a la paciente correspondían a los síntomas que iba presentando, compatibles, al menos hasta el día 17 de noviembre de 2022 con la referida ototubaritis y, si bien ese día presentó por primera vez dolor de oído, lo que

podía ser el inicio de una infección vírica, lo cierto es que ese síntoma no estaba acompañado de ningún otro síntoma propio de otitis, meningitis, ni mucho menos de sintomatología propio de una enfermedad grave, como la patología de carácter neurológico que comenzó a presentar por primera vez cuando acudió a urgencias el día 20 de noviembre de 2022, momento en el que se le trató de manera conveniente, pero pese a ello, por la propia patología que sufría la interesada y sus características, no solo las relativas a las enfermedades que padecía (diabetes tipo II, entre otras), sino al hecho legítimo de no vacunarse de neumococo, no fue posible evitar el resultado final, no siendo razonable exigir otra actuación diferente al SCS.

7. Además de lo expuesto, la interesada no ha presentado prueba alguna que permita desacreditar los informes médicos que el SCS ha presentado con ocasión de este procedimiento de responsabilidad patrimonial.

En el Dictamen de este Consejo Consultivo 10/2025, de 15 de enero, se ha señalado que:

«En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (...) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de 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. 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)».

Por tanto, este criterio sobre la carga de la prueba resulta aplicable también en el presente asunto.

8. En cuanto a la cuestión del diagnóstico erróneo que aduce la interesada, con base en lo expuesto con anterioridad, procede señalar que es de aplicación la

doctrina de la «*prohibición de regreso*», a la cual nos hemos referido, entre otros, en el Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre, en el que se señala 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)"».

Esta doctrina, unida a las razones ya expuestas, implica que tampoco se pueda considerar que haya habido error de diagnóstico.

9. Por todo ello, no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el actuar administrativo y el daño reclamado por la interesada, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por la misma.

C O N C L U S I Ó N

Se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.