



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 4 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de mayo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excm. 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 el fallecimiento de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 146/2025 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 solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues los interesados solicitan conjuntamente una indemnización de 277.479.18 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

A este respecto se ha de recordar, que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la LCCC, mediante su Disposición final sexta que establece:

* Ponente: Sra. Navarro de Paz.

«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 los herederos de la persona fallecida y la nuera de esta, personalmente perjudicada, según alega, la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [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 reclamaciones como la que aquí nos ocupa, de los familiares 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 transmite 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 los reclamantes, hijos y nuera de la fallecida, respectivamente, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 15 de enero de 2024, habiéndose producido el fallecimiento de la afectada el día 20 de febrero 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 la reclamación formulada por los interesados se afirma lo siguiente:

«PRIMERO. – Se presenta este escrito como hijos ((...) Y (...)) y como nuera (...) de (...), fallecida el día 20 de febrero de 2023 debido a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada desde el día 17 de febrero de 2023 hasta el 20 de febrero de 2023, fecha en la que se produjo su óbito a las 10:20 a.m. Como se acreditará a lo largo del presente escrito, no se practicaron, ni en todo ni en parte, las pruebas médicas oportunas desde que acudió la ahora fallecida por primera vez con la sintomatología que le causa la muerte al centro hospitalario de atención primaria. Tampoco se produjo la oportuna derivación por la gravedad que se planteaba a Hospital alguno.

Esta falta de diagnóstico adecuado o de pertinente desvío al centro hospitalario pertinente provoca el fallecimiento en el domicilio al perderse la oportunidad en la detección precoz de la dolencia y consecuentemente la ejecución inmediata del tratamiento oportuno frente a la hemorragia digestiva que padecía y que le produjo la muerte.

Se adjunta como Documento N°1 Historia de Salud en atención Primaria emitida por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

SEGUNDO. – La fallecida acude al Centro de Salud de Tejina el día 17 de febrero pasado al encontrarse con malestar y tener tos y vómitos de color marrón. El médico que la atiende,

el Dr (...), determina la existencia de cuadro de reflujo gastroesofágico que ha inducido tos y vómitos desde el día anterior, se le practica exploración general DLN que concluye con abdomen suave y depresible, discretamente doloroso en epigastrio a la palpación resto DLN, no masas ni peritonismos, no signos de deshidratación y se le prescribe:

- Almax 500mg 1C/12h (Antiácido)
- Clortalidona 50mg 0,50-0-0-0-0 (Diurético)
- Domperidona 5mg/5ml 8M/8h (Alivio de náuseas)
- Glucosamina 1500MG/SOB 1S/12h (Protector de articulaciones)
- Metformina 1000mg Sitagliptina 50mg 1-0-0-1-0 (Controlador de azúcar en sangre)
- Pregabalina 100mg 1C/12h (Anticonvulsivo)
- Simvastamina 40mg 0-0-0-1-0 (Control de colesterol)

Dieta y si no mejoría acudir nuevamente.

Posteriormente, ese mismo día se le administra Primperan IN POM por profesional de enfermería (...) ya que fue remitida de medicina para inyectable.

TERCERO. - El 19 de febrero, dos días después, acude nuevamente al Centro de Salud por vómitos marronáceos y dolor de estómago, siendo tratada por la profesional de enfermería de triaje (...), que verifica la existencia del dolor estomacal y los vómitos tras dos días de evolución, constatando que no hay mejora con el tratamiento pautado, que no hay signos de deshidratación y confirma constantes DLN.

Tras realizarse exploración se observa debilidad generalizada, palidez cutánea y de mucosas. En el Plan de Actuación General se refleja:

- Se toman signos vitales
- Pendiente de valoración médica
- Se canaliza VVP en MSI y se administra medicación IV por indicación médica
- Medicación EV + Líquido isotónico
- Mejoría Clínica recomendaciones generales y mantener TTO de base
- Se explican síntomas por los que volver y dieta

CUARTO.- El 20 de febrero acude (...) personalmente al Centro de Salud debido a que recibió una llamada por parte de su hermano, (...), en silla de ruedas y minusvalía de más del 66% que le impide moverse por sus propios medios, en la que le contaba que escuchaba a su madre vomitar sin parar en su cama.

Una vez en el precitado Centro de Salud, se relata a la profesional de enfermería (...) que su madre lleva tres días con malestar general acompañado de vómitos marronáceos y que ha sido valorada en dos ocasiones en el servicio de urgencias del centro.

Se determina atención domiciliaria y al poner de manifiesto la presencia esa misma mañana de vómitos por boca y nariz que provocan dificultad respiratoria se decide entonces realizar visita conjunta con medicina y enfermería a donde se encontraba la ahora fallecida.

Al llegar al domicilio donde se encontraba la madre y suegra de los que suscriben, se la encuentran decúbito supino, vómitos abundantes de color marrón en la cama, en la palangana que había en el suelo y alrededores y dificultad respiratoria.

Se incorpora a la paciente que no responde a estímulos verbales, solo dolorosos, tensión arterial y saturación de O₂ NO perceptibles. Cianosis distal en labios y miembros. Se canaliza VVP y se administra sueroterapia con salino 0,9%, hay empeoramiento y confirmación de ausencia de pulso y respiración, se realiza RCP sin éxito. Respiración ruidosa, mirada fija y abdomen globuloso que sigue los movimientos respiratorios.

La doctora que acude al domicilio forzada por enfermería como médico de familia se llama (...), que diagnostica HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) y detalla en parte médico lo reproducido anteriormente por la enfermera con la que acude al domicilio y detalla:

“-ANAMNESIS: Acudo a domicilio en compañía de enfermera por presentar la paciente según comenta el hijo vómitos de color marrón, abundantes y dificultad respiratoria, en tta con almax y domperidona desde hace tres días donde fue valorada por DOLOR ABDOMINAL y VÓMITOS DE COLOR MARRÓN ABUNDANTES

Al llegar a domicilio se observa paciente en decúbito supino con salida de líquido abundante marrón oscuro (sedimentos de café) por orificio nasal y boca, con grumos, no resto de alimentos, también observamos gran cantidad de contenido en una palangana alrededor de más menos 300ml, además de resto en el suelo y encima de la cama, refiriendo el acompañante que se encontraba así desde horas de la noche.

Paciente inconsciente, que no responde al llamado solo reacciona a la sensibilidad dolorosa profunda, cianosis peribucal y distal en ambos miembros, respiración ruidosa, mirada fija, abdomen globuloso que sigue los movimientos respiratorios.

Se toman constantes las cuales no se pueden detectar Se canaliza vía venosa y se administra suero salino Se realiza reanimación cardiopulmonar

Se activa servicio del 112 a la 09:57 am por hemorragia digestiva”

Se determina fallecimiento a las 10:05 a.m., declarándose la muerte a las 10:20 a.m.

QUINTO. – Llama la atención que en la primera visita que se realiza a las urgencias del Centro de Salud, el Dr. (...) en el motivo relate reflujo gastroesofágico desde el día anterior que ha inducido tos y vómitos y repite en diagnóstico el motivo: enfermedad por reflujo

gastroesofágico, y que en ningún momento refiera el color de los vómitos, algo que es fundamental en un diagnóstico y es pregunta obligada en estos cuadros y de hecho se reproduce el color marronáceo del vómito a lo largo de los diferentes partes que se recogen en la historia de esos días.

El Doctor detecta la existencia de dolor abdominal y manda dieta y la ingesta de SIETE medicamentos diferentes repartidos en diferentes tomas con la dificultad que ello lleva aparejado para seguir en domicilio. Medicamentos que hacen indicar que el Doctor percibe un diagnóstico leve del cuadro clínico al que se enfrenta y no se plantea la realidad de la patología de la paciente a pesar de presentar vómitos de color marrón (qué no detalla) y dolor abdominal.

Manda un antiácido, un diurético, un medicamento para aliviar las náuseas, un protector de las articulaciones, un controlador de azúcar en sangre, un anticonvulsivo y un controlador del colesterol además de indicar que se le administre por enfermero Priperam (Alivio náuseas y vómitos), intramuscular.

Todo parece indicar que un cuadro que pudiera ser indicativo de una posible Hemorragia interna es tratado con Almax, Primperan y dieta como si de una digestión pesada se tratara. Llamando poderosamente la atención el resto de medicamento prescritos en relación con el cuadro presentado y narrado de haber sido acertado el diagnóstico. Así como la profusión de medicamentos que aparte de confundir al paciente y dificultarle la ingesta no parece que fueran los indicados ante el cuadro que incluso, erróneamente, y con una falta de profesionalidad absoluta, pudiera presentar la paciente. Nada detalla de la exploración DNL y si tomó la tensión del paciente cuyos datos podían aportar luz al cuadro clínico que tenía delante.

Ténganse en cuenta que según se determina en los manuales de medicina, lo que será determinado por el correspondiente informe pericial que se aportará en tiempo y forma. Hay una serie de elementos que pudieran ser indicativos de la presencia de una Hemorragia Interna y que en ningún momento fueron realizados y detallados para que dicha dolencia muy grave pudiera ser descartada. Me refiero a confusión, piel fría, mareos, presión arterial, palidez, pulso acelerado, debilidad, hinchazón y dolor abdominal, sangre en heces en orina o en vómitos.

Los vómitos estaban claros, pero en ningún momento se plantea el Dr. (...) entre la ingente cantidad de medicamentos recetados, incluso para fortalecer cartílagos, prescribir analítica frente al cuadro de vómitos marronáceos. Sorprende que entre los medicamentos recetara un anticonvulsivo que da a entender que la situación pudiera degenerar y no se plantee activar el protocolo adecuado para evitar que la paciente regrese a casa y lleve una dolencia grave en situación de desamparo sanitario vulnerando los principios constitucionales y de las normas sanitarias, con "mil" medicamentos a ingerir para los que hay que hacerse un

plano para poder hacer las ingestas adecuadas, y con una dolencia muy grave no diagnosticada que le ocasionaría la muerte 4 días después. De haber sido detectada pudiera haberse tratado en centro hospitalario y no dejarla morir en casa como si de un animal se tratara, vulnerando incluso las leyes de bienestar animal, en su caso.

A los efectos indicados de falta de detección de dolencia grave, habiendo sido confundida con dolencia leve, indicativos de un mal funcionamiento del Servicio de Urgencias del Centro médico de Tejina, por falta de profesionalidad y solvencia del profesional médico de servicio que no pone en marcha el protocolo adecuado ante los síntomas evidentes de hemorragia interna, cabe añadir lo referenciado por la enfermera (...), el día 19 cuando vuelve a urgencias la fallecida. La enfermera que se cita ya reseña la existencia de vómitos marronáceos y dolor abdominal, y refiere la NO mejoría tras tratamiento y dos días de evolución. Practica exploración DLN, toma tensión, con parámetros de tensión alta, y observa debilidad generalizada palidez cutánea y de mucosas. Constata que se toman signos vitales pendientes de valoración médica, de la que no se reproduce ningún dato. Sin embargo, afirma que se canaliza VVP en MSI (Vía venosa periférica en miembro superior izquierdo) y se le suministra medicación EV + isotónico, se considera mejora clínica y se le envía a casa para que se siga tomando los medicamentos iniciales, dieta y se le explican los síntomas por los que volver.

Parece ser que no eran suficientes para el personal médico para activar protocolo adecuado, los vómitos marronáceos, el dolor abdominal, la tensión alta y la debilidad y palidez que se constata, síntomas de manifestación de hemorragia interna.

La sensación es que la mandan a desangrarse y morir en su casa que es el cuadro que se encuentran la Doctora (...) y la enfermera(...) cuando acuden a su domicilio el día siguiente y ya nada pueden hacer más que certificar el fallecimiento».

2. En lo que respecta al motivo por el que los interesados reclaman, se afirma en su escrito inicial que:

«De cuanto antecede se llega a la conclusión de que ha existido un mal y lamentable funcionamiento del servicio sanitario público de atención primaria de Tejina, concretado en la no realización de las pruebas diagnósticas adecuadas o determinación de traslado a centro hospitalario para su valoración. Paciente que llega con síntomas de hemorragia interna, que le produce la muerte tres días después, que es explorada y enviada a su domicilio y que se le receta medicamentos para tratamientos estomacales leves comunes como Almax, Primperam, Motilium etc. tal como se concretan en el antecedente segundo de este escrito.

El facultativo de guardia confunde los síntomas de una Hemorragia Digestiva Alta grave, que pudiera derivar en muerte como ha sucedido, con un reflujo gastroesofágico que trata como enfermedad común.

La situación acontecida implica una pérdida de oportunidad en cuanto a la aplicación precoz del tratamiento médico para una patología grave que le costó la vida.

De haberse determinado en ese primer momento el diagnóstico real y habersele tratado de forma adecuada se podía haber evitado la muerte y el sufrimiento en el domicilio en situación de desamparo sanitario con la consiguiente desesperación e impotencia del que suscribe.

SÉPTIMO. - Como resultado anormal del funcionamiento del Centro de Atención Primaria de Tejina en las exploraciones por los sanitarios de urgencias que atendieron a la ahora difunta en su primera y segunda visita se produce el fallecimiento al no haber sido diagnosticada y tratada adecuadamente».

3. Asimismo, en cuanto a la indemnización reclamada, se manifiesta en dicha reclamación lo siguiente:

«OCTAVO. - En concepto de responsabilidad reclamo la cantidad de DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE EUROS CON DIECIOCHO CÉNTIMOS (277.479,18 €) por la pérdida de oportunidad sufrida, por los daños morales, y perjuicios sufridos por el fallecimiento de (...) al no haber tenido opción de tratarse la patología que hubiera evitado su óbito. A dicha cantidad deberá ser incrementada por los intereses legales aplicables desde la fecha del fallecimiento acontecido el 20 de febrero de 2023 hasta su pago.

La precitada indemnización es la suma de los importes que deben recibir por separado los que suscriben el presente escrito:

- (...), hijo de la causante, no conviviente, sumando la indemnización básica más el perjuicio particular y el daño emergente, será indemnizado con la cuantía de 30.232,50€.*

- (...), hijo de la causante, conviviente con la misma, minusválido y dependiente económicamente de dicha fallecida, sumando indemnización básica, perjuicio particular, daño emergente, lucro cesante y lucro cesante corregido, 234.868,02€.*

- (...), nuera de la causante, no conviviente, respondiendo a la figura de allegada toda vez que se encontraba a diario realizando las labores del hogar para la fallecida como se acreditará con su propia testifical, le corresponde una indemnización de 12.378,66€, sumando indemnización básica y daño emergente.*

A efectos ilustrativos se aporta documento que detalla tales indemnizaciones por un programa habilitado al efecto.

El importe de la indemnización se ha calculado conforme al baremo contenido en el RDLeg 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (LRCSCVM) modificado

por 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».

4. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos que obra en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), de 9 de octubre de 2024, en el que se expone lo siguiente:

«1. (...) con DNI (...), mayor de edad con 83 años en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales médicos Diabetes mellitus tipo 2 (2005), Gonartrosis (2008), Espondilo artrosis (2008), Dislipemia (2011), Hipertensión arterial (2014), Síndrome del túnel carpiano (2022); quirúrgicas prótesis de cadera derecha (2010), cataratas bilaterales (2018), colelitiasis (intervención endoscópica en 2022). Perceptora de prestación por protección familiar.

2. El 17/02/2023 alrededor de las 18:00 h acudió al Centro de Salud de Tejina para consultar, según consta en historia clínica de atención primaria, por “cuadro de reflujo gastroesofágico que ha inducido tos y vómitos en ocasiones desde ayer”, destacando a la exploración física “abdomen discretamente doloroso en epigastrio a la palpación, resto normal, no signos de deshidratación”. Se le administró antiemético intramuscular (fármaco para el tratamiento náuseas y vómitos) y fue dada de alta con indicación de tratamiento sintomático (almax -antiácido- y domperidona -antiemético-) y recomendaciones generales entre las que se incluía acudir nuevamente en caso de no mejoría.

3. A los dos días, el 19/02/2023, alrededor de las 18:00 horas fue atendida en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Centro de Salud de Tejina dónde inicialmente fue valorada por enfermera quién realizó el triaje de la paciente, dejando registrado que consultaba por “dolor abdominal y vómitos marrónáceos” destacando a la exploración física “debilidad generalizada, palidez cutánea y de mucosas, PA 147/77 mmHg” (esto es una ligera hipertensión arterial sistólica, no significativa en este caso). Posteriormente fue valorada por facultativo médico que describe que la paciente consultó por cuadro de reflujo gastroesofágico sin mejoría tras tratamiento pautado, presentando a la exploración física un buen estado general, normo coloreada, sin signos de deshidratación y con constantes normales, por lo que decidió indicar tratamiento intravenoso (omeprazol, primperan, buscapina) y tras su administración deja constancia en historia clínica de que objetiva una mejoría clínica por lo que dio el alta indicando recomendaciones generales, mantener su tratamiento de base y explicó síntomas ante los que volver a consultar.

4. Al día siguiente, la mañana del 20/02/2023, uno de los hijos de la paciente acudió al Centro de Salud para solicitar valoración de su madre en el domicilio por abundantes vómitos y dificultad respiratoria. Un equipo de médica y enfermera acudieron al domicilio de la paciente objetivando que en ese momento sólo reaccionaba a la sensibilidad dolorosa profunda con presencia de cianosis (coloración azulada de la piel por falta de oxígeno)

peribucal y distal en miembros sin lograr medir las constantes vitales, por lo que se activó recurso del 112 y se inició la reanimación cardiopulmonar sin éxito, ocurriendo el fallecimiento de la paciente a las 10:05 horas con sospecha de hemorragia digestiva alta a pesar de no disponer de autopsia.

CONSIDERACIONES

1- En la reclamación se alega que “no se hace alusión al color de los vómitos” y cierto es que no está descrito en la primera valoración médica el 17/02/2023, por lo que con la información disponible recogida en la historia clínica, aunando la anamnesis y la exploración física realizada en la que destacaba leve dolor en epigastrio sin signos de deshidratación, el médico que atendió a la paciente en ese momento estableció el diagnóstico de reflujo gastroesofágico e indicó el tratamiento de acuerdo al juicio clínico, es decir, prescribió un fármaco antiemético (domperidona) y un antiácido (almax).

2- Se añade que en la valoración del 17/02/2023 “todo parece indicar una posible hemorragia interna”. Sin embargo, se deja constancia de que la paciente consultó por síntomas que hicieron sospechar la presencia de reflujo gastroesofágico asociando tos que en ocasiones puede ser la causa de la aparición de vómitos.

El diagnóstico de hemorragia oculta puede ser difícil por lo que precisa de una anamnesis y examen físico centrado en signos vitales y otros indicadores de hipovolemia entre los que se encuentran la hipotensión, taquicardia, taquipnea o el síncope. El día 17/02/2023 la paciente fue valorada acorde a los síntomas descritos que en ese momento no hicieron sospechar una hemorragia interna.

3- Se alega que se le indicaron “medicamentos que no parece que fueran los indicados” recogidos a modo de listado en la reclamación. No obstante, además de los fármacos pautados ese día (domperidona y almax), el resto de los fármacos que constan en el plan de tratamiento universal de la paciente, son fármacos que tomaba ésta de forma crónica por sus antecedentes personales:

·Metformina 1000mg -Sitagliptina 50mg, desde 2012 por Diabetes mellitus tipo 2 (previamente tomaba otros fármacos antidiabéticos).

·Simvastatina 40mg, desde 2011 por Dislipemia (alteración del metabolismo de las grasas: colesterol, triglicéridos).

·Clortalidona 50mg, desde 2014 por Hipertensión arterial.

·Glucosamina 150mg, desde 2014 por gonalgia (dolor de rodilla).

·Pregabalina 100mg, en 2023 se realizó ajuste de dosis, lo tomaba previamente a dosis superiores por lumbalgia.

4- En la reclamación se recoge que el día 19/02/2024 “la enfermera ya reseña la existencia de vómitos marronáceos y dolor abdominal” de lo que se puede concluir que se muestra conformidad en que previamente no se detallaron las características de los vómitos presentados.

En la segunda valoración de la paciente en el servicio de urgencias de atención primaria persistía con dolor abdominal asociando vómitos marronáceos, y a la inspección por parte de la enfermera destacaba debilidad y palidez. Sin embargo, no presentaba en ese momento hipotensión, signos de deshidratación ni otros signos de alarma, con constantes dentro de la normalidad, por lo que se decidió indicar tratamiento intravenoso. A la revaloración de la paciente tras el tratamiento se describe que presentaba mejoría clínica por lo que se indicó alta domiciliaria con recomendaciones y signos ante los que volver a consultar.

5- A la mañana siguiente, el hijo de la paciente acudió al Centro de Salud de referencia solicitando valoración de su madre en el domicilio que se encontraba vomitando desde la noche anterior según queda registrado en la valoración de la médica que acudió al domicilio. Había sido dada de alta el día anterior explicándole signos de alarma ante los que volver a consultar, sin embargo, presentó vómitos persistentes en la noche y no consultó hasta el día siguiente lo cual dificultó una atención precoz pudiendo haber tenido otra evolución.

6- El médico responsable que valoró a la paciente el 19/02/2024 decidió indicar tratamiento sintomático y dada la mejoría clínica dio alta domiciliaria explicando signos de alarma ante los que volver a consultar lo cual fue una actitud prudente por su parte. No obstante, dado que se deja constancia en la historia clínica de que la paciente consultó por vómitos marronáceos asociando debilidad y palidez, consideramos que lo más adecuado en este caso hubiese sido la derivación a un nivel asistencial secundario para poder realizar un estudio completo con pruebas complementarias que pudieran haber ayudado a establecer un diagnóstico y consecuentemente un tratamiento dirigido a obtener un resultado más favorable».

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 15 de enero de 2024 en el ámbito del SCS.

El día 22 de febrero de 2024, se dictó la Resolución n.º 129/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de los interesados.

2. El presente procedimiento cuenta con los informes del personal sanitario que trató a la interesada con ocasión del hecho lesivo y el ya referido informe del SIP.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, practicándose la totalidad de las pruebas testificales, excepto la correspondiente a la enfermera actuante, (...), a la que le fue imposible acudir la práctica de esta, si bien obra en el expediente el informe sobre los hechos elaborado por ella, razón por la que se considera que la omisión de dicha prueba no ha causado indefensión a los interesados.

4. Dichos interesados a través de escrito de 27 de noviembre de 2024, antes del trámite de audiencia, manifestaron que se reservaban la presentación de informe pericial, en caso de ser necesario, para la vía judicial, pues también mostraron en dicho escrito su disconformidad con la cantidad propuesta por el SCS en concepto de indemnización.

Además, se otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, que no presentaron escrito de alegaciones.

5. Tras esta tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución definitiva, emitida el día 24 de marzo de 2025, constando en la misma acerca del informe de la Asesoría Jurídica lo siguiente:

«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 unas 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 núm. 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 de responsabilidad patrimonial interpuesta por los interesados, puesto que el órgano instructor considera que concurren los requisitos necesarios para declarar la

responsabilidad patrimonial del SCS, si bien se disiente de la cantidad solicitada por los mismos en concepto de indemnización, reconociéndose el derecho a los mismos de ser indemnizados en la cantidad de 58.251,62 euros a (...) y a (...) en la cuantía de 15.116,25 euros, desestimando la indemnización solicitada para la nuera de la fallecida al no estar probado el daño reclamado por ella.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, 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 este caso, en el informe del SIP se afirma acerca de las actuaciones médicas que nos ocupan y que los interesados consideran deficientes, ya que a su juicio causaron a la paciente afectada pérdida de oportunidad, lo que impidió evitar su fallecimiento, lo siguiente:

«1) El viernes día 17/02/2023 la paciente fue valorada globalmente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales entre los que no encontraban factores ni síntomas que hicieran sospechar patología digestiva grave subyacente, por lo que, atendiendo a la anamnesis y exploración física, en ese momento se estableció el juicio diagnóstico de reflujo gastroesofágico, por tanto, se llevó a cabo una actuación adecuada.

2) A los dos días, el domingo 19/02/2023, acudió nuevamente al servicio de urgencias de atención primaria, comentando en ese momento presencia de vómitos marronáceos por lo que fue valorada con toma de constantes sin objetivar signos de inestabilidad hemodinámica, aunque queda constancia en la historia clínica de que presentaba debilidad así como palidez mucosa y cutánea por lo que, aunque presentó mejoría con tratamiento sintomático, lo más prudente hubiese sido derivar a la paciente a un centro hospitalario para realizar un estudio completo que permitiera encontrar el origen de la sintomatología descrita.

3) La mañana del 20/02/2023 el hijo de la paciente alertó de que ésta se encontraba con vómitos desde la noche anterior por lo que fue atendida en su domicilio por un equipo compuesto de médica y enfermera. Tras su valoración activaron recurso del 112 y realizaron reanimación cardiopulmonar sin éxito produciéndose el fallecimiento de la paciente».

Así, de lo expuesto en este informe resulta ser una consideración fundamental el hecho de que, el día 19 de febrero de 2023, cuando la paciente acudió de nuevo al servicio de urgencias de atención primaria, habiendo empeorado y presentando ya en ese momento, sin duda alguna, vómitos marronáceos, debilidad y palidez, que indicaban la posibilidad de hemorragia alta, se le debió derivar de inmediato a un Centro hospitalario para hacerle un estudio completo, residiendo en el hecho de la no derivación hospitalaria ante tales síntomas, una pérdida de oportunidad a la paciente, si bien no se debe de olvidar la tasa de mortalidad existente en supuestos como este, tal y como se indica en los informes médicos obrantes en el expediente.

4. Este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, entre otros muchos, lo siguiente acerca de la pérdida de oportunidad:

«Como hemos manifestado en reiteradas ocasiones (entre otros, Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre, 450/2017, de 5 de diciembre, 324/2018, de 17 de julio, 239/2019, de 20 de junio, 287/2019, de 30 de julio, y 377/2023, de 28 de septiembre), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial, hoy ya plenamente 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. Concretamente, se ha pronunciado en los siguientes términos:

«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 6.ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

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 4.ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1.º, rec. Casación n.º 1247/2014).

Asimismo, sobre la pérdida de oportunidad, la STS de 21 de diciembre de 2015 (RJ 2016\55) o 16 de febrero de 2011 (RJ 2011,1490), argumenta que «basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, 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 posee a disposición de las administraciones sanitarias», siendo esta doctrina aplicable al presente asunto.

5. En el referido informe del SIP se alega acerca de la indemnización que les corresponde a los interesados lo siguiente:

«4) Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, procedería una indemnización por el fallecimiento de la paciente, sin embargo, para su cálculo se debe tener en consideración que al no existir autopsia se desconoce la verdadera causa inicial o fundamental y la causa inmediata o directa de la muerte y, por tanto, queda la incertidumbre de si la actuación médica omitida pudiera haber evitado la evolución acontecida o mejorado el estado de salud de la paciente.

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás. Según la jurisprudencia se establece el siguiente orden de preferencia:

a) Miembro de la familia nuclear (marido e hijos): el dolor se presume y no requiere prueba (STS 15 de abril de 1988).

b) Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

Por tanto, en este caso procede la indemnización a los hijos de la paciente según baremo actualizado 2023 de la Ley 35/2015 de 22 de septiembre.

4.a.) Indemnización hijo no conviviente ((...))

a) TABLA 1.A. Perjuicio Personal Básico

·A cada hijo que tenga más de 30 años: 23.805,12 €

b) TABLA 1.B. Perjuicio Personal Particular

· Fallecimiento de progenitor único, hijo que tenga más de 20 años (25%): 5.951,28 €

c) TABLA 1.C. Perjuicio Patrimonial

·Perjuicio patrimonial básico, sin necesidad de justificar: 476,10 €

→ TOTAL INDEMNIZACIÓN: 30.232,5 €

4.b.) Indemnización hijo de 49 años en el momento de los hechos, conviviente y con grado total de minusvalía del 81% (...).

a) TABLA 1.A. Perjuicio Personal Básico.

·A cada hijo que tenga más de 30 años: 23.805,12 €.

b) TABLA 1.B. Perjuicio Personal Particular.

·Discapacidad de la perjudicada previa al accidente (60%): 14.283,07 €

·Convivencia de hijo que tenga más de 30 años: 35.707,68 €

·Fallecimiento de progenitor único, hijo que tenga más de 20 años (25%): 5.951,28 €

c) TABLA 1.C. Perjuicio Patrimonial

·Perjuicio patrimonial básico, sin necesidad de justificar: 476,10 €

·Tabla 1.C.2.d Lucro cesante del hijo con discapacidad: Hijo mayor de 18 años con discapacidad igual o superior al 75%; perceptora de protección familiar con ingresos netos hasta 9.000 €: 18.140 € → lucro cesante corregido por factor de corrección de perjudicado económico único: $18.140 \times 2 = 36.280$ €

→ TOTAL INDEMNIZACIÓN: 116.503,25 €

4.c.) Cuantificación basada en probabilidades: Teniendo en cuenta que por un lado la paciente presentaba sintomatología desde la noche anterior decidiendo consultar en la mañana siguiente lo que dificultó una atención precoz, y que por otro lado la inexistencia de autopsia conlleva un desconocimiento de la causa fundamental de la muerte, se puede considerar la existencia de una pérdida de oportunidad, es decir, que el daño final no se hubiera producido o se hubiera producido en menor intensidad.

Por una parte, considerando que la causa fundamental de la muerte hubiese sido la hemorragia digestiva alta, cabe comentar que se trata de una patología con elevada morbimortalidad sobre todo cuando es aguda y en paciente mayores de 60 años llegando la mortalidad al 20% en algunas series de casos [1].

Por otra parte, atendiendo a Jurisprudencia del Tribunal Supremo, el Consejo Consultivo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el baremo.

Por tanto, aunando los conceptos comentados anteriormente, para el cálculo de la cuantía indemnizatoria se debe tener en cuenta la probabilidad de muerte por hemorragia digestiva alta aguda y los dictámenes del Consejo Consultivo, por lo que en este caso proponemos aplicar un 50% de la cantidad resultante de calcular la indemnización por fallecimiento solicitada:

→ Indemnización total para (...): 50 % de 30.232,5 € = 15.116,25 €

→ *Indemnización total para (...): 50 % de 116.503,25 € = 58.251,625 €»*

6. Asimismo, acerca de la cuantificación de la indemnización en el mencionado Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, se ha señalado lo siguiente:

«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».

Como 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 a reparación integral del daño.

Así, 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 basales 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».

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.

No debe olvidarse que la utilización de las tablas y baremos previstos para accidentes de tráfico (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), 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, tal y como confirma la Disposición Adicional Tercera de la Ley 35/2015, al establecer que «El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria».

Es oportuno recordar la doctrina que, específicamente sobre esta materia, puede encontrarse en anteriores dictámenes nuestros. Así, en el Dictamen 317/2021, de 10 de junio, 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», doctrina aplicable a este caso.

7. Esta doctrina resulta ser aplicable al presente asunto y determina, por el motivo referido, la existencia de responsabilidad patrimonial imputable,

considerándose adecuadas, proporcionadas y justificadas las cuantías propuestas por el SCS para los dos interesados referidos.

Además, se considera conforme a Derecho el que se exija a la nuera acreditar el daño moral que le supuso la muerte de la paciente afectada, por las razones expuestas en el informe del SIP, anteriormente reproducidas, lo que no ha hecho dicha reclamante, siendo adecuada la desestimación de su reclamación.

8. Así mismo, tales cantidades resultantes se han de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo prevenido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración Pública sanitaria, en los términos expuestos en ella, se considera que es conforme a Derecho, por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.