Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 8 0 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de noviembre 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. 454/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad mediante oficio de 16 de octubre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el día siguiente 17), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación formulada por (...), abogado, en nombre y representación de (...), por daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada no ha sido determinada en el procedimiento. La reclamante no cuantifica la indemnización ni en la reclamación inicial, ni en el trámite de subsanación y mejora de la solicitud. No obstante, el órgano instructor presume que la hipotética indemnización que pudiera corresponder a esta reclamación de responsabilidad de la sería superior a 60.000, por lo que resulta preceptiva la emisión del dictamen, y así es en efecto según 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada LCCC.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del CS, está delegada en la Secretaría General del mismo Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del repetido SCS.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante tiene la condición legal de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en adelante LRJSP], puesto que alega haber sufrido un daño personal cuyo resarcimiento reclama, causado según ella por el funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP, sin objeción ni reparo de la administración.

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

II

La reclamante sustenta su acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, extraídos de la reclamación presentada ante el SCS el día 9 de agosto de 2024:

- *« (...) Con fecha 10 de agosto de 2022, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, en cuyo informe se establece lo siguiente:*

"Anamnesis: Paciente mujer de 32 años de edad que acude al SUH por dolor abdominal de predominio en hipogastrio, tipo cólico desde hace 48 horas, refiere dolor similar hace un mes que le impresionaba que podría ser la menstruación pero refiere amenorrea desde mayo de 2022 tras realización de IVE. No nauseas ni vómitos, no fiebre, no diarrea. No clínica miccional. Valorada ayer por su médico de AP que deriva a gine para ligadura trompas".

De Urgencias es dada de alta sin realizar prueba alguna tal y como se recogió en el propio parte de urgencias:

"EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:

Comentada con gine de guardia que recomienda estudio en CEE. Solicito ECO ABD que se rechaza por parte de servicio de radiología. La paciente abandona el servicio sin espera de pruebas complementarias"».

- A consecuencia de lo anterior -sigue diciendo la reclamante- habiendo negado el Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote realizar una prueba consistente en ecografía, la reclamante solicita cita en el Hospital (...) de Lanzarote al objeto de realizar las pruebas que no fueron realizadas en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, a lo cual desde el Hospital (...) de Lanzarote se indica realizar la prueba consistente en *«perfil hormonal»*, realizando las pruebas el 22 de septiembre de 2022.

- Persistiéndole el dolor desde entonces, (...) decide acudir el día 23 de septiembre de 2022 al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, en el que se le aprecia *«Anamnesis: Mujer de 33 años que acude por dolor abdominal en FID y flanco derecho tras medicación con methergin que se le ha dado en (...) por sangrado en cavidad uterina. INFORME:*

*"Se coloca un guiador sin dificultad. Se da methergin y se pide perfil hormonal. * REV HC: La paciente ha acudido en otras ocasiones el SUH por dolor en hipogastrio y amenorrea tras IVE. En agosto presentó test de embarazo negativo y está pendiente de CCEE de Gine"».*

Se le indica que:

«Se comenta con GINE de guardia quien indica que la paciente está pendiente de cita en CCEE y será valorada por ellos cuando sea citada. En analítica presenta leucocitosis pero con PCR negativa y leucocituria en analítica de orina.

Tras analgesia se controla el dolor y la paciente se siente bien como para irse a domicilio por lo que se ajusta tratamiento y se decide alta a domicilio con normas de evolución».

- (...) sentía que, lejos de mejorar, empeoraba. Efectivamente, acude a su médico de familia en fecha 26 de septiembre de 2022 a lo que su médico la remite a urgencias.

- Habiendo sido remitida por el médico de familia a urgencias, (...) acude el día 26 de septiembre de 2022 al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa, donde es ingresada por sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, con empeoramiento clínico y analítico durante el ingreso, por lo que se realiza intervención quirúrgica el 25/09 (laparoscopia exploradora; salpinguectomía bilateral + apendicectomía + lavado de cavidad). Evolución postoperatoria favorable con tratamiento antibiótico pautado, por lo que se decide alta con recomendaciones y tratamiento oral.

- Que a raíz de la intervención, (...) ha continuado con pruebas complementarias, la última realizada en fecha 17 de agosto de 2023, sin haber recibido el alta completa.

- En relación con la determinación del daño por el que reclama el abono de una indemnización frente al SCS, la reclamante señala que en la actualidad (agosto de 2024), no dispone del alta médica, que está siendo sometida a pruebas de distinta clase por lo que no conoce definitivamente los daños, ni las secuelas, no pudiendo cuantificar la indemnización que reclama.

Dice, así, que *« (...) Por consiguiente, (...), en la actualidad, está siendo sometida a pruebas de distinta clase y ya, pues lo cierto es que (...) no conoce definitivamente los daños, ni mucho menos, las secuelas, pues está en un constante "vía crucis"entre pruebas médicas que parece no tienen fin. Desconocemos igualmente, por causa del lento y desesperante proceso, en qué momento dispondrá (...) del alta médica y cuándo se estabilizaran las secuelas a partir de la última prueba médica de seguimiento del pasado día 17 de agosto de hasta el alta definitiva no pudiendo cuantificar los daños, sólo así, se podrán cuantificar las responsabilidades pecuniarias que con carácter indemnizatorio le asisten por causa de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada por el personal sanitario del Servicio Canario de Salud a raíz de haber acudido en varias ocasiones con dolores a Urgencias del*

Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote sin que se realizaran las oportunas pruebas en aras de evitar el dolor que sufría, dada la opacidad y la falta de un diagnóstico concreto que sitúe en el tiempo el/los comportamientos negligentes sanitarios que sin duda la han afectado».

Por lo cual, como se ha dicho, no cuantifica el importe de la indemnización solicitada.

- A la reclamación adjunta, además de diversos informes y documentos médicos, copia de varias reclamaciones formuladas ante el SCS en fechas 12 de abril, 23 de junio, 13 de julio y 9 de agosto de 2023, en las que la reclamante protesta por la tardanza en ser revisada por el Servicio de Ginecología tras su intervención quirúrgica y reclama serlo, expresando la persistencia de dolores y molestias: algo no va bien, repite. De tres de ellas constan también adjuntas las respuestas, en las que se admite la existencia de lista de espera, de una *gran demora* y un *importante retraso* en las consultas del servicio de Ginecología.

- También acompaña designación de abogado de oficio para su defensa en procedimiento contencioso administrativo, hecha el 27 de septiembre de 2023.

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 9 de agosto de 2024 por (...), en nombre y representación de (...), en los términos expuestos en el fundamento anterior.

Junto con la reclamación aporta documentación clínica y sanitaria.

En cuanto a la proposición de prueba la reclamante deja *anunciada* e *interesada* la práctica de informe pericial de valoración del daño corporal, señalando que es titular del derecho a la asistencia jurídica gratuita, y que, por tanto, tiene derecho a la asistencia pericial gratuita.

No consta si, conforme al art. 12 de la citada Ley 1/1996, además de la designación de abogado antes citada, que se califica de provisional, entiéndese que con arreglo al art. 15 de la Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita, en su solicitud de la asistencia jurídica gratuita el solicitante indicó qué

prestaciones incluidas en el art. 6 cuyo reconocimiento se pide, y si, de acuerdo con el art. 17.2 de la citada Ley, le fue reconocido el derecho a la asistencia jurídica gratuita y determinado cuáles de las prestaciones son de aplicación a la solicitud.

Como se verá, el informe no se ha efectuado, y la reclamante, mediante escrito de su letrado, tras reiterar su solicitud, se ha reservado la posibilidad de reproducirla en su caso en la vía judicial.

2. Con fecha de 4 de septiembre de 2024 se requiere a la reclamante para que subsane y mejore los términos de la solicitud presentándose, con fecha de registro de 12 de septiembre de 2024, la documentación requerida.

3. Con fecha de 5 de octubre de 2024, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

4. Con fecha de 18 de marzo de 2025, se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) informe médico. Asimismo, se remite la siguiente documentación médica, obtenida por el propio SIP:

- Historia Clínica de (...), obrante en Atención Especializada–Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa.

- Historia Clínica de (...), obrante en Atención Primaria.

- Informe de la Jefa del Servicio del Servicio de Radiodiagnóstico, del Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa.

- Informe de la Coordinadora del Servicio de Urgencias Hospitalaria.

- Informe del Jefe de Servicio del Servicio de Obstetricia y Ginecología, del Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa.

5. Con fecha de 15 de mayo de 2025, se procede a la apertura del periodo probatorio. Se admiten las pruebas propuestas por la parte reclamante. En relación a la pericial médica sobre valoración del daño propuesta por la parte reclamante, se le confiere un plazo de 20 días hábiles para su aportación, con la advertencia de que de no aportarse continuará el procedimiento. Pero durante el citado plazo no se produce la aportación del informe, sino que se solicita que sea el propio SCS quien designe como perito al Instituto de Medicina Legal de Las Palmas de Gran Canaria.

6. Con fecha de 4 de julio de 2025, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a la parte reclamante un plazo de 10 días a fin de que pudiese hacer alegaciones, aportar documentos y justificaciones que estimase convenientes,

formulándose, con fecha de registro de entrada de 22 de julio de 2025, escrito de alegaciones.

Por la parte reclamante, en síntesis, se alega la defectuosa atención sanitaria prestada en diversas ocasiones por el Hospital Doctor José Molina Orosa y la denegación injustificada de pruebas diagnósticas.

Afirma que el retraso en la detección y tratamiento de una patología grave motivó finalmente la intervención quirúrgica de urgencia con salpinguectomía bilateral y apendicectomía. Y manifiesta que « (...) *A los efectos de una correcta resolución del procedimiento, se reitera la solicitud de incorporación al expediente de la historia clínica completa de (...), así como la práctica, cuando proceda, del dictamen médico pericial sobre daño corporal, conforme a lo previsto en los artículos 77 y 78 de la LPAC, remitiendo el informe previo a la resolución definitiva*». Y también expresa que « (...) *hacemos expresa reserva de la ulterior solicitud del oportuno dictamen médico pericial, tanto en vía administrativa como, presumiblemente, en vía judicial, a los efectos de la correcta valoración de las lesiones y secuelas de (...)*».

7. Con fecha 14 de octubre de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. Mediante oficio de 16 de octubre de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo al día siguiente, se solicita la evacuación de su dictamen, ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. En el Ordenamiento Jurídico español, la responsabilidad de las Administraciones Públicas tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer este que «*Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

La remisión a la Ley que contiene el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuyo art. 32 se determina:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

La jurisprudencia ha resumido o sintetizado de modo ordenado y sistemático los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la formulación que encontramos, entre otras, en la STS 4942/2014 (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, rec. 1308/2012), cuyo contenido (FJ 3.º) ha sido ulteriormente reiterado por otras resoluciones jurisprudenciales:

« (...) la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

2. Así pues, el daño, su nexo causal como efecto del funcionamiento del servicio público, la inexistencia de fuerza mayor y del deber jurídico de soportar el daño son requeridos, en general, pero en el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, se exige en particular la existencia de infracción de la lex artis, y así se expresa y establece en los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración recogidos, por ejemplo y entre otras muchas, en la STS de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se pronuncia así:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y

no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, porque la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no cabe exigirle la de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Y por ello, la *lex artis* constituye el parámetro de actuación al que deben ajustarse los profesionales sanitarios y que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la asistencia debida, 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 aquella 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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia o efecto de dicho funcionamiento. La carga de probar los hechos o soportes fácticos de este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

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).

3. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada a la reclamante y si existe el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria prestada por el SCS, extraído de la historia clínica, del informe emitido por el SIP, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la misma reclamante durante la tramitación del procedimiento, y del propio escrito de reclamación.

De todo ello resulta que son relevantes para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen de los antecedentes referidos, que forman parte del expediente examinado y que se relacionan cronológicamente, señalando cada hito:

- 9 de agosto de 2022: La reclamante acudió a su centro de salud de San B. de Lanzarote ese día por dolor abdominal. Refiere que el día 17 de mayo se sometió a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Tuvo revisión a los 15 días y estaba todo bien. Señala que al mes tuvo un dolor como de regla, pero finalmente no menstruó. Ahora acude con intenso dolor abdominal que no se alivia con analgesia. No presenta vómitos, ni diarreas. No ha vuelto a tener la regla desde mayo. Se realiza test de gestación que es negativo. Pide ser derivada a Ginecología para ligadura de trompas.

En la exploración la paciente está consciente, orientada, presenta buen estado general (BEG), deambulación normal, abdomen blando, depresible, doloroso moderadamente en fosa iliaca izquierda, no masas, no visceromegalia, no signos de irritación peritoneal renal pprup negativos [sic].

Se le explican los signos de alarma para que acuda nuevamente a consulta, y se hace interconsulta a Ginecología para la ligadura de trompas.

- 10 de agosto de 2022: A a las 12:14 horas de este día acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) del Hospital Doctor José Molina Orosa por dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipogastrio, con una evolución de 48 horas, sin otros síntomas asociados. No náuseas, no vómitos, no diarrea, no fiebre. No clínica miccional. Refiere dolor similar hace un mes que le impresionaba que podía ser la menstruación pero refiere amenorrea desde mayo de 2022 tras la realización de IVE.

Se realiza exploración física: TAS 120, TAD 65; Fc 87. Buen estado general, bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Eupneico en reposo. Consciente, orientado, atento. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa.

Se comenta el caso con Ginecólogo de guardia que recomienda estudio en consulta externa.

Se solicita ecografía de abdomen completo (incluye renal) que se rechaza por parte del servicio de radiología.

Se administra tratamiento farmacológico intravenoso y parenteral.

La paciente abandona voluntariamente el servicio, sin tener el alta en Urgencias.

- 22 de septiembre de 2022: En esta fecha la paciente acude al centro privado (...) Lanzarote, al Servicio de Ginecología por el dolor que presentaba. Se realiza Ecografía vaginal, con resultado de útero con cavidad real, hay líquido dentro de la cavidad, con endometrio delgado, ovarios sin actividad, se coloca un guiador sin dificultad, se da methergin y se pide perfil hormonal.

Por tanto, es claro que en (...) la consulta fue en Ginecología y la ecografía fue vaginal y no abdominal.

- 23 de septiembre de 2022: Este día la paciente volvió a acudir a Urgencias hospitalarias del Hospital Doctor José Molina Orosa, por persistencia del dolor abdominal en flanco inferior derecho y flanco derecho. Aportó informe de la clínica privada, donde se le había prescrito Methergin para el manejo de un sangrado uterino. Se hace constar que la paciente había acudido en otras ocasiones al servicio de urgencias por dolor en hipogastrio y amenorrea. En la exploración destaca TAS 185 TAD 98.

Estaba afebril, con buen estado general. El abdomen blando y depresible, pero doloroso a la palpación de manera generalizada que empeora con la digitopresión, No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Puño percusión derecha positiva.

Como pruebas complementarias sólo se realizó analítica a destacar 1300 leucos con resto de BQ normal. SO 75 leucos con nitritos negativos. Proteinuria. Test de embarazo negativo. Es decir, presenta en analítica leucocitosis pero con PCR negativa y leucocituria en analítica de orina.

No se realiza ecografía abdominal ni vaginal, sólo se transcribe la ecografía transvaginal de (...) realizada el día anterior.

Con el diagnóstico de dolor abdominal secundario a tratamiento farmacológico, se da el alta a la paciente, con tratamiento antibiótico, con control por su Médico de Atención Primaria, y volver en caso de empeoramiento.

Según el Informe del SIP se estableció un diagnóstico de infección urinaria y se prescribió tratamiento con antibiótico (Monurol). Sin embargo, tal diagnóstico no se halla en la historia clínica, en la que se refleja como diagnóstico al alta: Dolor abdominal 2.º a tratamiento farmacológico.

- 26 de septiembre de 2022: En esta fecha acude a su centro de salud, por continuar con dolor intenso generalizado a nivel abdominal, de tipo cólico, que no mejora con la toma de AINES y analgésicos. Continua con sangrado rojo o marronáceo

activo. No fiebre. Abdomen duro, abombado, con defensa a la palpación, de forma difusa. No timpanismo. Es remitida de nuevo a urgencias hospitalarias.

Posteriormente, ese mismo día a las 12:10 horas vuelve por tercera vez al Servicio de Urgencias hospitalarias, por continuar con el dolor abdominal y ser remitida por su Médico de Atención Primaria. Siendo la paciente ingresada en Ginecología por sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica, en la exploración ginecológica se hace constar, que está menstruando, vagina y cerviz normales, dolor a la movilización uterina. Se recogen muestras para cultivo vaginal y endocervical. Se realiza ecografía transvaginal: útero en ante de tamaño y características normales con endometrio menstrual. Se identificó una imagen quística en el ovario derecho de 44x32 mm, con vascularización Doppler score 2. que podía corresponder con colección entre asas versus pio o hematosalpinx sin vascularización periférica.

Se inicia tratamiento antibiótico empírico con empeoramiento clínico y analítico durante el ingreso.

En la exploración física se anota, que la paciente está clínicamente estable, y que el abdomen es blando sin defensa. En cambio ese mismo día su Médico de familia lo había descrito como duro, abombado, con defensa a la palpación.

- 27 de septiembre de 2022: Este día se realiza ecografía abdomino-pélvica:

«MC :Paciente de 33 años ingresada desde ayer por EPI. Desde hoy empeoramiento del dolor, irritación peritoneal. Febrícula. MEG: Ruego valoración.

Comentario

No se identifican signos de apendicitis aguda en el presente estudio. Tampoco líquido libre en intraabdominal.

En excavación pélvica y FID se identifica se observa imagen quística de aspecto tubular y contenido heterogéneo por ecos en su interior compatible con hidrosálpinx. Se asocian imagen compleja multiloculada con septaciones muy sugestiva de pequeños accesos.

No se identifican alteración ecoestructural del hígado, páncreas, bazo y ambos riñones. No se identifican signos uropatía obstructiva.

Se decide ampliar estudio con TAC abdomen pelvis».

Se realiza TAC el mismo 27 de septiembre de 2022 con el siguiente resultado:

«TAC: Se observa aumento de volumen del anejo derecho con múltiples abscesos en su interior asociado a cambios inflamatorios de la trompa con dilatación patológica de la misma y alteraciones en la densidad de la grasa meso sigmoidea.

Se observa discreto realce de intestino delgado ileal adyacente por vecindad al proceso inflamatorio. El ciego muestra características dentro de la normalidad sin evidente alteración de la grasa local. Ganglios de tipo reactivos en cadena paraaórtica y grasa pericólica derecha. Trompa y ovario izquierdo de características normales.

Conclusión: Hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica y formación de abscesos tuboovárico derecho. No se identifican claros signos de apendicitis aguda sin poder descartar participación del mismo proceso inflamatorio local».

La paciente continua con REG, náuseas, vómitos, febrícula a pesar de antipiréticos, y dolor abdominal. EF: abdomen distendido, doloroso a la palpación en ambas fosas, irritación peritoneal.

Ante empeoramiento clínico de la paciente, se le explica (a la paciente) la actitud terapéutica laparoscopia dx y actitud consecuente, la paciente entiende, comenta que realicemos salpinguectomía bilateral ± anexectomía derecha.

Se entrega el documento de consentimiento informado.

- 28 de septiembre de 2022: En esta fecha la paciente es intervenida quirúrgicamente llevando a cabo una laparoscopia exploradora, donde se evidenció un plastrón inflamatorio que comprometía asas intestinales, apéndice, ovario y trompa derecha. Se realizó apendicectomía y salpinguectomía bilateral.

Se realiza biopsia del apéndice ileocecal con resultado de Apendicitis aguda y obliteración fibrosa del apéndice.

- 3 de octubre de 2022: Es dada de alta hospitalaria, dada la buena evolución de la paciente tanto clínica como analítica se decide alta con tratamiento antibiótico oral y control en CCEE.

- 28 de junio de 2023: Es revisada por el servicio de Ginecología. En la historia clínica consta lo siguiente, literalmente: «*Alta de Consultas Externas: NO*».

- 17 de agosto de 2023: Revisión de nuevo por el servicio de Ginecología.

Dice la Historia clínica:

«Resumen: Paciente citada para control ecográfico de imagen anexial derecha

Eco TV Útero en ante tamaño normal, endometrio triple línea,

Ovarios ambos normales. No líquido libre en Douglas.

Alta de Consultas Externas Sí».

4. Establecida la anterior secuencia de hechos relativa a la asistencia sanitaria, procede su análisis desde la perspectiva de su adecuación a la *lex artis* para lo cual

se dispone de los siguientes y antes referidos informes: del SIP, del Servicio de Ginecología, del Servicio de Radiodiagnóstico y de la Coordinadora de Urgencias.

El informe de Ginecología tras hacer un relato de la asistencia sanitaria, simplemente indica que:

«no impresiona que la enfermedad inflamatoria pélvica que presentó la paciente fuera secundaria a interrupción del embarazo realizada en mayo de 22, dado el tiempo transcurrido y las analíticas y ecografía que la paciente tiene desde agosto 2022. Hasta el día de su ingreso 26 septiembre-22 no presenta analíticas, ecografías ni clínica clara de EPI que justificaran su ingreso».

Este informe no permite clarificar el objeto controvertido en este procedimiento, por cuanto, no se está relacionando la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) con la IVE de mayo de 2022, sino que lo que se alega y reprueba por la reclamante es la tardía realización de pruebas diagnósticas por parte del Hospital pese a su prescripción expresa por el Servicio de Urgencias y pese a los síntomas que presentaba, y por los que acudió en repetidas ocasiones a dicho servicio de urgencias hospitalario.

Por su parte el informe del Servicio de Radiodiagnóstico se pronuncia sobre la denegación de la realización de la prueba de imagen consistente en Ecografía de abdomen completo solicitada e indicada por el Médico de urgencias el 10 de agosto de 2022.

El informe de la Coordinadora de Urgencias se limita a describir sus actuaciones y a concluir que todo se hizo correctamente en el servicio de urgencias.

Finalmente, el informe del SIP, a nuestro criterio escueto y parco en su contenido, simplemente señala:

«1. La atención brindada en el SUH fue adecuada en cada consulta, con evaluaciones clínicas detalladas y decisiones fundamentadas en hallazgos objetivos.

2. La negativa del Servicio de Radiodiagnóstico a realizar la ecografía el 10/08/2022 se basó en la ausencia de criterios de urgencia, en consonancia con las recomendaciones establecidas en la literatura (Salinas Pérez et al., 2019).

3. La paciente recibió seguimiento médico continuo a lo largo de su proceso, con tratamientos escalonados según la evolución clínica

3. El absceso anexial no fue evidente en las primeras consultas y su desarrollo fue progresivo, lo que hace inviable establecer una relación causal directa con una supuesta negligencia médica.

4. La paciente, en su primera visita a Urgencias, abandonó el servicio sin completar las pruebas complementarias, lo que dificultó un diagnóstico precoz de su patología subyacente».

Y concluye:

«1. No se evidencia mala praxis en la atención prestada a la paciente, ya que se realizaron exploraciones clínicas adecuadas y se tomaron decisiones fundamentadas según los hallazgos clínicos y paraclínicos disponibles en cada momento.

2. La negativa a la realización de la ecografía inicial en Urgencias se ajustó a los criterios clínicos establecidos para pruebas de imagen de urgencia.

3. La paciente tuvo acceso a tratamiento adecuado en todo momento, incluyendo antibioterapia, analgesia y hospitalización cuando su estado lo requirió.

4. La aparición del absceso anexial y la necesidad de intervención quirúrgica fueron consecuencia de la evolución natural de la patología y no de una omisión en la atención médica».

Procede en primer lugar, analizar si, como indica la reclamante, existió una denegación injustificada de pruebas diagnósticas, y si ello provocó o pudo provocar retraso en la detección y tratamiento de la patología grave que padecía y que finalmente conllevó a la necesidad de realizar una intervención quirúrgica de urgencia con salpinguectomía bilateral y apendicectomía.

El cuadro clínico se inició con una sintomatología inespecífica, pues se inicia con dolor abdominal sin otra sintomatología asociada, lo que motivó que acudiera el día 9 de agosto de 2022 al centro de salud de San Bartolomé de Lanzarote para recibir asistencia sanitaria.

Al día siguiente (10 de agosto de 2022) acude a Urgencias hospitalarias por continuar con dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipogastrio, con una evolución de 48 horas, sin otros síntomas asociados. Pues bien, el Médico de Urgencias, que valoró y exploró a la paciente decidió realizar y prescribió una prueba complementaria que era una Ecografía de abdomen completo, que sin embargo no se llega a realizar por denegación del Radiólogo.

Pues bien, sobre el motivo de esta denegación de la prueba diagnóstica indicada por el Facultativo de Urgencias, no existe en la historia clínica aportada ningún otro dato al respecto salvo que consta que se rechaza por parte del servicio de radiología.

En los informes emitidos con posterioridad a la reclamación, por los servicios actuantes el día 10 de agosto de 2022 se indica lo siguiente:

En relación con esta asistencia en el Informe de la Coordinadora del Servicio de Urgencias Hospitalaria de fecha 28 de octubre de 2024 señala que el médico de urgencias solicita ecografía abdominal urgente que es rechazada, y que solicita analítica sanguínea que no es posible hacer porque la paciente se va del servicio.

Por su parte, el contenido del informe de la Jefa de Servicio de Radiodiagnóstico de 7 de noviembre de 2024, no aparece reflejado en la historia clínica aportada por el Hospital Doctor José Molina Orosa, y difiere de la información que aparece en dicha historia clínica, al señalar que la paciente presentaba náuseas y vómitos y sensación distérmica no termometrada, que se realiza analítica sanguínea con resultados de neutrofilia y PCR de 6.0 con hematíes de 50. Y además, señala que se solicita ECO abdominal para descartar cólico renal complicado.

Según la Jefa de Servicio el Radiólogo de guardia rechaza la realización de la eco abdominal con la siguiente justificación: «*no indicación de eco urgente ante cólico renal sin deterioro de la función renal*». Sin embargo, no aparece reflejada tal manifestación en la historia clínica.

En primer término, en la historia clínica consta que la paciente no presenta vómitos, ni náuseas ni fiebre. Tampoco aparece reflejado que se hiciera analítica sanguínea y la misma no consta en la historia, de hecho la Coordinadora del Servicio de Urgencias Hospitalaria señala que no se pudo hacer analítica porque la paciente abandona el servicio. Finalmente, no parece que el médico de urgencias hubiera solicitado ecografía de abdomen completo para descartar cólico renal complicado porque no aparece ningún síntoma que pudiera hacer sospechar dicha patología, como pudiera ser el dolor lumbar, dolor a la *puñopercusión*, náuseas, vómitos, ni signos de alteración urinaria. Lo que aparece en la historia clínica es que solicitó una ecografía de abdomen completo (que incluye renal) pero no parece que fuera por sospecha de cólico renal como indica la Jefa de Servicio de Radiodiagnóstico. Y señala que se rechaza por no haber deterioro de la función renal, lo cual tampoco consta y por tanto no se sabe en qué pruebas se basa para determinar la ausencia de dicho deterioro si no se hicieron más pruebas complementarias.

Sobre esta denegación, el SIP señala que *«la negativa del Servicio de Radiodiagnóstico a realizar la ecografía el 10/08/2022 se basó en la ausencia de criterios de urgencia, en consonancia con las recomendaciones establecidas en la*

literatura (Salinas Pérez et al., 2019)». La referencia a la literatura médica indicada por el SIP lo es -como cualquiera puede comprobar- a una ficha de consulta rápida de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria sobre indicaciones generales de la ecografía de patología urológica en Atención Primaria. Sin embargo, en la documentación clínica contenida en la historia clínica de la paciente no aparecen referencias a sospecha de patología urológica en la atención dispensada el día 10 de agosto de 2022, por lo que sin mucho esfuerzo argumentativo cabe descartar que la citada referencia bibliográfica (que acaso no deba ser calificada así) pueda sostener la afirmación del radiólogo ni la del SIP. Hasta tal punto resulta ello evidente que se percibe también en la literalidad del mismo informe del servicio, que para más detalle o conocimiento de la decisión del radiólogo sugiere que se le pregunte directamente a él, que identifica por su nombre.

El resto de la bibliografía citada al pie del informe del SIP resulta igualmente -al menos a primera vista- bien alejado del objeto de la asistencia de que se trata, pues se mencionan textos relativos a protocolos o *guidelines* sobre pruebas de imagen recomendables para el dolor pélvico en mujeres postmenopáusicas seguidos por la American College of Radiology, y un texto de la Organización Mundial de la Saluda titulado «Pautas para el Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual Sintomáticas». No cabe rechazar la utilidad eventual de esta documentación que invoca el SIP pero, al menos en una primera aproximación, no parece guardar relación directa con el caso del expediente ni con las afirmaciones del Servicio de Inspección.

Por todo cuanto antecede, es posible o, mejor dicho, obligado concluir que existió una actuación contraria a la *lex artis* cuando se denegó por parte del Servicio de Radiología la realización de la ecografía abdominal que había sido indicada por el Facultativo que exploró y valoró la clínica y la sintomatología de la paciente y, ante la misma, consideró necesaria su realización para un adecuado diagnóstico.

Consta, además, que la paciente continuó con dolor abdominal lo que supuso que el 22 de septiembre de 2022 acudiera al centro privado (...) Lanzarote, al Servicio de Ginecología, donde se realiza Ecografía transvaginal, en que se objetiva la presencia líquido dentro de la cavidad uterina, motivo por el que se da methergin y se pide perfil hormonal.

Por tanto, en (...) la consulta fue en Ginecología y la ecografía fue vaginal y no abdominal.

Al día siguiente el 23 de septiembre de 2022, la paciente volvió a acudir a Urgencias hospitalarias del Hospital Doctor José Molina Orosa, por persistencia del dolor abdominal en flanco inferior derecho y flanco derecho. Aparece reflejado que aporta informe la clínica privada, donde se le había prescrito Methergin para el manejo de un sangrado uterino, pero también se hace constar que la paciente había acudido en otras ocasiones al servicio de urgencias por dolor en hipogastrio y amenorrea. En la exploración destaca TAS 185 TAD 98. Aunque se encontraba afebril y con buen estado general, el abdomen, que era blando y depresible, era doloroso a la palpación de manera generalizada que empeora con la digitopresión, y puñopercusión derecha positiva.

La persistencia del dolor abdominal estaba presente desde el 9 de agosto de 2022, lo cual no era desconocido para el Servicio de Urgencias hospitalarias, a pesar de lo cual se relaciona el dolor con la toma de medicación (Methergin) el día antes en (...), pues dicho fármaco provoca contracciones que pueden resultar dolorosas. Por ello, el diagnóstico fue de dolor abdominal secundario a tratamiento farmacológico, y se da el alta a la paciente, con tratamiento antibiótico. Según el Informe del SIP se estableció un diagnóstico de infección urinaria y se prescribió tratamiento con antibiótico (Monurol). Sin embargo, tal diagnóstico no consta en la historia clínica, en la que se refleja como diagnóstico al alta: Dolor abdominal 2.º a tratamiento farmacológico.

El tratamiento antibiótico se debe al resultado de la analítica donde se objetiva leucocitosis pero con PCR negativa y leucocituria en analítica de orina.

Tampoco se realiza ecografía abdominal en esta asistencia en urgencias hospitalarias.

A pesar de la sintomatología recurrente y persistente de dolor abdominal, no se realiza la Ecografía abdominal que ya indicaba el Médico de urgencias desde el 10 de agosto, hasta el 27 de septiembre de 2022, que es cuando y donde se visualiza la imagen anexial derecha compatible con absceso pélvico, lo que explicaría los síntomas que presentaba la paciente, que conduce sin solución de continuidad a la cirugía. Por tanto, se evidencia un retraso diagnóstico al no poner a disposición de la paciente todos los medios al alcance del servicio en las dos ocasiones que acudió al servicio de urgencias, y que muy probablemente hubieran permitido un diagnóstico precoz o más temprano de su patología grave (así debe calificarse lo que conduce al quirófano, al menos en la opinión común, aunque sea para una laparoscopia). Y, lo

que no es menos importante sino todo lo contrario, hubiera permitido muy probablemente un tratamiento del dolor más certero y también temprano.

Tras la realización de ecografía abdominal y TAC el día 27 de septiembre de 2022 se objetiva que la paciente presentaba hidrosálpinx y pequeños accesos, compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica y formación de abscesos tuboovárico derecho. No se identifican claros signos de apendicitis aguda, pero sí se confirma su existencia intraoperatoriamente. En la intervención quirúrgica encuentran un plastrón inflamatorio que comprometía asas intestinales, apéndice, ovario y trompa derecha, de decir, una inflamación del apéndice y las estructuras circundantes, por lo que se realizó apendicectomía y salpinguectomía bilateral.

En la biopsia del apéndice ileocecal el resultado fue de Apendicitis aguda y obliteración fibrosa del apéndice.

Producida el alta hospitalaria la paciente sigue pendiente de revisiones sobre su evolución quirúrgica, por el servicio de Ginecología, que motivan varias reclamaciones y para cuya práctica se incurre en demoras y retrasos literalmente reconocidos por el Hospital, hasta que el 9 de agosto de 2023 recibe el alta definitiva, de Consultas Externas, que no se había estimado procedente con anterioridad.

5. La cuestión que podemos plantearnos versa sobre la relación de causalidad que pueda existir entre la denegación de la ecografía abdominal el día 10 de agosto de 2022 y el resultado acaecido, consistente en la realización de la apendicectomía y salpinguectomía bilateral y la persistencia del dolor hasta la práctica de estas intervenciones.

En este punto, del expediente no resulta que exista certeza sobre la posibilidad de un resultado distinto de haber realizado la ecografía abdominal el día 10 de agosto, cuando la clínica de la paciente era aún muy incipiente, manifestándose únicamente en el dolor abdominal, y el proceso evolutivo supuso un claro empeoramiento de los síntomas.

Existió una segunda oportunidad de realizar la ecografía abdominal el día 23 de septiembre y tampoco se hizo, pero la cercanía a la fecha de la cirugía (28/09/22, cuatro días después) conduce a pensar que no hubiera cambiado el resultado.

No obstante, al no haberse agotado las posibilidades diagnósticas y, en consecuencia, terapéuticas de la patología de la reclamante, ante el cuadro de abdomen doloroso mantenido que padeció desde el día 9 de agosto hasta el 28 de

septiembre, se le puede reprochar a la prestación sanitaria una dilación determinante de responsabilidad patrimonial, a título de pérdida de oportunidad.

Consta acreditado que no se agotaron todas las posibilidades diagnósticas y, en consecuencia, terapéuticas de la patología abdominal que presentaba la paciente, pese a que el cuadro persistía en el tiempo, por lo que se estima una dilación en la prestación sanitaria determinante de responsabilidad patrimonial a título de pérdida de la oportunidad, por cuanto existe incertidumbre en torno al resultado que se hubiera producido de haber practicado las pruebas diagnósticas con anterioridad.

La sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, define la pérdida de oportunidad como «*la privación de expectativas*» porque, según sigue declarando la sentencia citada «*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; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio"*».

En similar sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 declaraba que *«la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo».*

En el caso de esta reclamación no sabemos qué trascendencia para la salud de (...) habría tenido la tempestiva utilización de los medios diagnósticos adecuados, pero el hecho de no haberse utilizado, habiendo podido hacerse, constituye una infracción de la *«lex artis»* cuyas consecuencias, incluso en términos de probabilidad, no debe soportar la paciente, lo que da lugar a responsabilidad patrimonial por el daño moral consistente en la pérdida de la oportunidad de haberse podido evitar un resultado tan adverso como el que finalmente se produjo.

Y, por todo ello, de lo razonado y expuesto en los párrafos anteriores hemos de concluir que, en el presente caso, se ha producido un supuesto de pérdida de oportunidad, porque, existe claramente una incertidumbre, y cabe afirmar que, si se le hubiese practicado a la paciente la prueba complementaria de ecografía abdominal el primer día que acudió a urgencias, se hubiese podido producir un mejor

y más certero diagnóstico y probablemente un mejor -al menos más temprano- tratamiento y un también probable alivio del dolor, y se hubiesen evitado la tardanza y la agravación de la situación que derivó, finalmente en una serie de complicaciones médicas, aunque pudieran ser al cabo de todo ello y de los controles posteriores finalmente resueltas.

Por lo que se refiere a la cuantía indemnizatoria, si bien se estima que su importe -*pretium doloris*- debe cubrir todos los daños y perjuicios sufridos hasta conseguir la reparación integral de los mismos, la determinación del quantum indemnizatorio en el supuesto sometido a dictamen exige precisar, previamente, que la pérdida de oportunidad de obtener resultados favorables para el paciente si se hubiera utilizado los medios diagnósticos omitidos, genera responsabilidad, no a título de daño material sino de daño moral, cuyo resarcimiento, precisamente por su carácter de «*pretium doloris*», carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable, que siempre tendrá un cierto componente casuístico, circunstancial, singular y subjetivo.

Así, en la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2012, dictada en recurso de casación para la unificación de doctrina, se declara que: « (…) *en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente (FD 7º)*».

Analizando los elementos de juicio obrantes en las actuaciones, principalmente que en la fecha en que acude por primera vez a Urgencias el día 10 de agosto de 2022, y en la que se omite la ecografía abdominal, la patología era muy incipiente, que la paciente abandona el servicio sin que se completara el estudio con otras pruebas, como podía ser una analítica, y teniendo en cuenta que no existe informe sobre valoración del daño corporal, el Consejo estima que debe reconocerse una parte o proporción de la indemnización que correspondería por el daño material o físico irrogado en aplicación de los baremos aprobados para calcular los daños personales derivados de accidentes de tráfico, que han sido utilizados por la

jurisprudencia para valorar esos mismos daños cuando hayan sido producidos dentro del ámbito de la Administración sanitaria, con carácter orientativo, sin que esa aplicación excluya la necesidad de valorar todas las circunstancias que concurran en cada caso para lograr la total indemnidad del daño ocasionado.

El Consejo estima que una proporción adecuada a los hechos del caso es una cuarta parte, es decir un 25 % de lo que pudiera resultar por la aplicación de los baremos citados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues procede la estimación de la reclamación, con el reconocimiento de una indemnización por la pérdida de la oportunidad por los motivos y en los términos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.