Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 7 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de diciembre 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 de (...) y (...) por los daños causados a su hijo menor de edad, por el funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 504/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad el 13 de noviembre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 14 de noviembre de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), en nombre de (...) y (...) por los daños supuestamente causados a su hijo menor de edad, por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (208.188,92 €) sobrepasa la cuantía de los 60.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

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

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 Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, 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 Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, padres del menor, ejercitan la acción resarcitoria en su propio nombre y en representación de su hijo menor de edad, por lo que ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], al haber sufrido un daño moral y psicológico, así como su hijo menor de edad que ha sufrido el daño físico y psicológico, a consecuencia, del funcionamiento del servicio público sanitario. Además, actúan mediante abogado, cuya representación consta debidamente acreditada (art. 5 LPACAP).

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

5. En relación con el régimen jurídico aplicable debe advertirse que, de conformidad con lo previsto en la Disposición transitoria tercera apartado a) de la LPACAP, el presente procedimiento se rige por la ya derogada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, por cuanto la vigente Ley 39/2015, según su disposición final séptima, entró en vigor al año de su publicación en el BOE, por tanto, el 2 de octubre de 2016, al igual que la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, conforme a su Disposición final decimoctava.

La reclamación se presenta el día 25 de enero de 2016. Por Resolución de 1 de febrero de 2016 se admite la reclamación, conforme al procedimiento de responsabilidad patrimonial regulado en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre. Por lo

que habiéndose iniciado el procedimiento antes de la entrada en vigor de la LPACAP y de la LRJSP, se rige por la normativa anterior, esto es por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) y por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP).

6. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC. Por cuanto la reclamación se presenta el 25 de enero de 2016, en relación con un proceso asistencial del menor del que este fue dado de alta hospitalaria el 6 de agosto de 2015 con control ambulatorio.

7. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 142.7 LRJAP-PAC). No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 42.1 LRJAP-PAC].

En el presente supuesto consta que el procedimiento de responsabilidad patrimonial fue suspendido mediante Resolución de 5 de abril de 2018 del Director del SCS por hallarse causa penal pendiente por los mismos hechos, debiendo mantenerse la suspensión hasta que recaiga Resolución judicial firme.

El 8 de mayo de 2025, se recibe en el Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General del SCS, escrito de los interesados instando el alzamiento de la suspensión y con ello la continuación de la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, habiendo finalizado la vía judicial, mediante sentencia absolutoria n.º 21/2025 de 7 de febrero de 2.025 del Juzgado de lo Penal nº-7, declarada firme por Auto de fecha 7 de abril de 2025.

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que se extraen de la reclamación formulada y que se exponen en la Propuesta de Resolución:

«- El 21 de mayo de 2015, los reclamantes acudieron con su hijo de dos años de edad, con antecedentes de hemofilia tipo A grave, al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (HNSG) (La Gomera), por un cuadro de irritabilidad y disminución de la ingesta alimentaria, habiendo estado con tratamiento antibiótico unos 5 días por amigdalitis.

A la exploración mostraba un buen estado general, ligera irritación en la faringe y sin signos de irritación meníngea. La madre advierte que se había hecho una herida en el labio una semana antes.

- El 25 de mayo, a las 8:28 h, es llevado nuevamente al Servicio de Urgencias del HNSG por presentar un vómito, y al ir a despertarlo, la madre lo encuentra poco reactivo a los estímulos. Presenta mal estado general, palidez cutánea y bajo tono motor. Refieren poca ingesta oral la última semana, con vómitos transparentes y marcado dolor cervical.

A las 9:29 horas de ese día consta exploración médica que señala: Motivo de la consulta: varón de 28 meses, que es traído por sus padres debido a un cuadro de decaimiento general en los últimos 10-15 días.

AP.- Hemofilia Grave.

Ligera palidez de piel y mucosas. Consciente. La exploración general está dentro de la normalidad, fundamentalmente la neurológica. Se solicita una analítica de sangre y una radiología simple de tórax.

El niño permanece postrado, despertando en ocasiones para quejarse. Permanece con el ojo derecho cerrado, y "gran palidez cutánea". A las 10 hs. se informa a médico de urgencias de la postración del paciente y del párpado caído.

- A las 15,15 horas de ese mismo día el niño presenta un episodio convulsivo, es avisado el pediatra de guardia, que lo encuentra con hipertonía generalizada con rotación interna de las extremidades inferiores y pupilas anisocóricas (diferente tamaño) y arreactivas.

Se inicia la terapia de un proceso expansivo agudo intracraneal con sedantes, anticonvulsivantes, sueros hipertónicos y posteriormente relajantes musculares para iniciar la intubación endotraqueal.

Sufre un segundo episodio de hipertonía de aproximadamente 15 minutos de duración que cede con nueva medicación anticonvulsivante. Se ordena el traslado en helicóptero al Hospital de la Candelaria en Tenerife.

- Tras su ingreso en el centro hospitalario de Tenerife, las pruebas de imagen realizadas como el escáner de cerebro, mostraron un gran hematoma de características agudas en el tejido cerebral en los lóbulos parietal y occipital derechos con un importante edema alrededor del hematoma junto a un hematoma subdural que se extiende hacia la región temporal derecha.

- Debido a un empeoramiento de su estado neurológico, se decide realizar craneotomía para evacuar el hematoma subdural. Los escáneres posteriores van hablando poco a poco de mejoría.

- Los controles hematológicos indican la necesidad de aporte de factor VIII debido a su enfermedad de base.

- Aunque inicialmente presentó hemiparesia izquierda (parálisis de la parte izquierda de su cuerpo), posteriormente mejoró la movilidad de los miembros del lado izquierdo de su cuerpo.

- Tras 24 días en la unidad de Cuidados intensivos de Pediatría del Hospital C., pasa a la planta de hospitalización de pediatría, donde continuó los tratamientos, con tolerancia a la alimentación oral de forma satisfactoria, realizando controles de coagulación y regulando el tratamiento endovenoso de factor VIII con un reservorio implantado y mejorando su hemiparesia izquierda, con una mejoría paulatina de la deambulación con apoyo y alcanzando una buena función motora fina de su mano izquierda.

- Es de destacar que en control postquirúrgico, se detecta en este último Hospital de Santa Cruz de Tenerife de forma "incidental", que el menor padece una malformación bilateral del oído interno, sugestiva de aplasia coclear y displasia del vestíbulo y canales semicirculares (dilatación quística) que no había sido detectada antes por los servicios sanitarios en su lugar de residencia (isla de la Gomera). Antes al contrario, a pesar de que la madre presentía anomalías en el pequeño, la respuesta fue siempre que estaba dentro de la "normalidad" .

- Tras craneoplastia correctora por el servicio de neurocirugía del Hospital el 24-07-15, se traslada a la planta de pediatría de nuevo y fue dado de alta el 06-08-15.

La acción de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes motivos:

"que NO se ponderaron adecuadamente los síntomas que presentaba el paciente, las razones por las que había sido llevado a urgencias y los factores de riesgo que concurrían en el mismo. Y consecuentemente no se realizó el despistaje y estudio diferencial de las razones para el decaimiento, postración y pérdida de fuerza del menor.

El cuadro clínico por el que el paciente fue traído a urgencias {ya por sí solo era un signo de alarma), además de los otros signos de alarma basados en la enfermedad crónica que padece el niño y las principales razones que podían existir para que el niño se encontrara de esa manera (diagnóstico diferencial), OBLIGABAN a un estudio más diligente (QUE NO SE REALIZÓ) de las causas por las que el paciente se encontraba en urgencias.

Las apuntadas, eran razones de sobra, para haber tenido una actitud más diligente en el diagnóstico precoz de la afectación de este menor.

Sin embargo: La convulsión ocurrió tras haber permanecido el niño en observación desde las 8,30 de la mañana hasta las 15,15 horas de la tarde (es decir, "7 horas"), tiempo durante el cual, solamente se realizó una RX. Y una analítica; Haber ingresado con signos muy alarmantes; Haber sido avisado, desde la 10 de la mañana, que el niño estaba cada vez más pálido, que permanecía postrado, y que tenía un párpado caído y un ojo cerrado

y se despertaba para quejarse. Durante todo ese tiempo, ni tan siquiera se había iniciado un estudio y despistaje de las principales causas neurológicas que pudieran originar el proceso.

Todas esas horas perdidas mientras el paciente estaba en una cama del servicio de urgencias en el Hospital de La Gomera, fueron momentos cruciales para descartar procesos más graves que el de una simple infección de garganta.

(...)

Dándose por tanto un retraso diagnóstico y descoordinación asistencial, que indica que no se ha aplicado la correcta lex artis ad hoc y que puso en grave peligro la vida del menor y que lo llevó a tener que ser intervenido quirúrgicamente para salvar su vida y posteriormente a otras intervenciones quirúrgicas por complicaciones de la misma y del ingreso hospitalario».

En cuanto a los daños y la cuantificación de la indemnización se solicita lo siguiente:

«Por agravación del hematoma subdural que supuso la demora diagnostica y tratamiento adecuado Craneotomía/Craneoplastia (5 puntos); Hemiparecia izquierda moderada (40 puntos); lo que suman unos 43 puntos a razón de 1.970,56€/pto= 84.734,08 euros; más 18 puntos por perjuicio estético (resultado de las intervenciones quirúrgicas) a razón de 1.207,26€/pto= 21.730,68 euros; más otros 1.724,16 euros por los 24 días de ingreso hospitalario a razón de71,84€/día, lo que suman 108.188,92 euros por daños físicos al menor.

Al margen del daño físico al menor ya mencionado, se debe valorar e indemnizar el daño moral y psicológico sufrido por el propio menor y sus padres, ante la angustia del sufrimiento padecido por su hijo de corta edad y el riesgo de su pérdida, que estimamos en 50.000 euros para el menor y otros 50.000 euros para los padres. Lo que hace un total de 208.188,92 euros».

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 el día 25 de enero de 2016 por (...), Abogado que actúa en nombre de (...) y (...), actuando en su propio nombre y en representación de su hijo menor de edad (...), en los términos expuestos en el fundamento anterior.

Se propone como medios probatorios, la documental aportada con el escrito de reclamación y la historia clínica del menor, y se deja anunciada la aportación de pericial médica.

2. Por Resolución de 1 de febrero de 2016 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

3. el 15 de septiembre de 2017, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite los siguientes documentos:

Historia clínica obrante en el Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe (HNSG).

Historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC).

Historia clínica obrante en Atención Primaria.

Informe emitido por el Servicio de Pediatría del HNSG.

Informe emitido por el Servicio de Urgencias del HNSG.

Informe emitido por el Servicio de Otorrinolaringología del HNSG.

Informe emitido por el Servicio de Neurocirugía del HUNSC.

Informe emitido por el Jefe de Servicio de la UCI Pediátrica del HUNSC.

Informe emitido por el Jefe de Servicio de Pediatría del HUNSC.

Informe emitido por el Jefe de Servicio de Otorrinolaringología del HUNSC.

Informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones con fecha 15 de septiembre de 2017.

4. Con fecha 4 de octubre de 2017 se notifica a los interesados Acuerdo Probatorio, por el que se admiten las pruebas documentales propuestas por los reclamantes, se incorporan como prueba documental la historia clínica y los informes recabados por la Administración en período de instrucción, abriendo un plazo de 30 días a fin de que la parte reclamante aporte el informe pericial anunciado.

5. El 18 de octubre de 2017, se recibe informe forense de fecha 3 de abril de 2017, emitido en el contexto de las Diligencias Previas 210/2016, seguidas ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº1 de San Sebastián de La Gomera, por los mismos hechos.

6. Con fecha 27 de octubre de 2017 se notifica trámite de audiencia. Transcurrido el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

7. El 8 de enero de 2018 se requiere a los interesados a fin de que aporten todo lo actuado en las Diligencias Previas.

8. El 9 de enero de 2018 el reclamante presenta escrito en el que alega lo siguiente:

«Que a tales efectos, se debe recordar a esa instrucción, que la Diligencias Previas mencionadas, fueron iniciadas de oficio por dicho juzgado, donde consta al menos la apertura de expediente de información reservada por parte del Servicio Canario de Salud al investigado Dr. (...) (facultativo especialista en pediatría del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe en aquellas fechas) y por tanto, se encuentra requerido el propio Servicio Canario de Salud en calidad de responsable civil subsidiario de dicho empleado (ex art. 121 del CP), teniendo acceso a todas las actuaciones practicadas, no siendo exigible al administrado, la aportación de documentos que ya obran (o deben obrar) en poder de la Administración o tengan acceso a ellos (art. 28.2 de la Ley 39/2015 de 1 de Octubre de Procedimiento Administrativo común de las administraciones Públicas) en relación con el art. 36 de la Ley 40/2015 de 1 de Octubre de Régimen Jurídico del Sector Público».

9. El 7 de febrero de 2018 se notifica nuevo requerimiento a los interesados a fin de que, en el plazo de diez días desde la notificación del presente escrito, aporten Resolución firme (si la hubiera) dictada en el contexto de las Diligencias Previas n.º 210/2016 que se suscitan en el Juzgado de Instrucción N.º 1 de San Sebastián de la Gomera, con objeto de considerar si procede o no la suspensión del procedimiento de Responsabilidad Patrimonial hasta la finalización del mencionado procedimiento Penal.

10. El 5 de marzo de 2018 el Servicio de Inspección y Prestaciones responde al Servicio de Normativa y Estudios, en relación con la petición de informe al Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Nuestra Señora de La Gomera, señalando que se remitió copia del expediente de Información Reservada abierto por la Gerencia del HUNSC, en relación con la asistencia sanitaria prestada al paciente (...) objeto de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

11. Mediante Resolución de 5 de abril de 2018 del Director del SCS se suspende el procedimiento de responsabilidad patrimonial n.º 15/16 por hallarse causa penal pendiente, debiendo mantenerse la suspensión hasta que recaiga Resolución judicial firme.

12. El 6 de mayo de 2025, se presenta escrito por los reclamantes instando el alzamiento de la suspensión y con ello la continuación de la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, habiendo finalizado la vía judicial, mediante sentencia absolutoria n.º 21/2025 de 7 de febrero de 2025 del Juzgado de lo Penal n.º 7 en Procedimiento abreviado n.º 169/2023 seguido contra (...), declarada firme por Auto de fecha 7 de abril de 2.025.

Junto al escrito se aporta la Sentencia mencionada, además del informe médico forense e informe médico pericial emitido por el Dr. (...), de 15 de marzo de 2017.

13. Mediante Resolución de 15 de mayo de 2025 de la Secretaría General del SCS se alza el procedimiento de responsabilidad patrimonial n.º 15/16, continuando la tramitación por la vía administrativa. Esta resolución se notifica a los interesados el día 16 del mismo mes y año a través de la sede electrónica del Gobierno de Canarias.

14. Con fecha 3 de junio de 2025 el SIP remite informe complementario, en el cual se concluye lo siguiente:

«En conclusión, la actuación sanitaria podía haber tenido en cuenta aspectos relevantes para establecer una mejor orientación diagnóstica, no obstante, no se puede esclarecer si el sangrado estaba presente previo a la convulsión y, por tanto, si haber realizado una prueba de imagen previamente hubiese modificado los tratamientos médico-quirúrgicos llevados a cabo tal como se indica en el Informe Médico Forense. Por tanto, se considera que procede la indemnización que se desglosa a continuación».

Se propone una indemnización por pérdida de oportunidad en el importe de 13.993,65 euros, sin perjuicio de su actualización en el momento de finalizar el procedimiento.

Para el cálculo de la misma, se parte de la valoración del daño físico producido, aplicando el baremo del Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, actualizado de acuerdo con el momento en que se produjo el daño (año 2015), arrojando el siguiente resultado:

Por secuelas: Hemiparesia leve 15 puntos: 17.707,65 €

Perjuicio estético ligero 6 puntos: 5.615,1 €

Cuantía de la indemnización total: 23.322,75 €

Para el cálculo de la cuantía indemnizatoria en el presente caso se propone aplicar un 60% de la cantidad anterior, puesto que estima que de haber realizado la prueba de imagen con anterioridad no se garantiza haber detectado el sangrado y

porque considera que de haber diagnosticado la hemorragia con anterioridad muy probablemente no hubiese modificado el tratamiento ni la evolución presentada. Por tanto, la cuantía de la indemnización sería 13.993,65 €, sin perjuicio de su actualización en el momento de finalizar el procedimiento.

15. El 16 de junio de 2025 se notifica nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, quienes formulan alegaciones el día el mismo día 16 de junio, manifestando lo siguiente:

«Que en relación con el informe complementario del SIP, esta parte se muestra totalmente en contra de los comentarios gratuitos que en el mismo se hacen, respecto al trato médico ofrecido al niño, así como la aplicación de una supuesta "pérdida de oportunidad", ofreciendo como cuantía indemnizatoria la cantidad de 13.993,65 euros, obviando:

1º Que hablamos de una clara y terminante infracción a la lex artis, lo cual excluye cualquier fórmula compensatoria por pérdida de oportunidad (término jurídico que escapa a lo que debe ser un informe médico);

2º No se valora ni los días de ingreso hospitalarios de carácter muy graves ni los días graves de los que habla el informe forense, alegando que "los días de ingreso son inherentes al tratamiento de la patología sufrida", cuando está probado, que de haberse ofrecido el tratamiento correspondiente a tiempo, no hubiese sido necesaria probablemente ninguna intervención quirúrgica y también de haberse practicado las pruebas diagnósticas correspondientes y por tanto actuado antes de que se agravase la hemorragia, los daños y sus consecuencias hubiesen sido mucho menores;

3º Tampoco valora la inspección, ni el daño moral del pequeño, ni el de sus padres, ni el perjuicio psicológico de la madre que necesitó asistencia profesional, ante la angustia sufrida por la puesta en grave riesgo la vida del menor.

Lo aquí manifestado viene avalado entre otros, por el informe del servicio de Psicología, los informes de los doctores (...) y (...); e informe forense a los folios 15, 31,32, 36 y 37 del testimonio judicial aportado».

16. En respuesta a tales alegaciones el SIP emite nuevo informe complementario el 4 de julio de 2025, con nueva audiencia a los reclamantes el 10 de julio del mismo año. Transcurrido el plazo conferido, no se formulan alegaciones.

17. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero,

por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

18. Con fecha 11 de noviembre de 2026 por la Secretaría General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución por la que se acuerda:

«ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación formulada por (...) y (...), indemnizando a la parte interesada con la cantidad de13.993,65 €. (TRECE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES EUROS CON SESENTA Y CINCO CÉNTIMOS) al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial».

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el artículo 106.2 del Texto Constitucional, al disponer 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 que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«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».

No obstante, como ya se indicó en el Fundamento I del presente Dictamen, la normativa de aplicación al procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa es la contenida en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, toda vez que el procedimiento se inició el 25 de enero de 2016, que, en cuanto a la responsabilidad patrimonial de la Administración, no difiere sustancialmente del régimen jurídico actualmente vigente contenido de las LRJSP y en la LPACAP, y cuyo art. 139, dispone textualmente:

«1. Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos,

salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

2. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas».

Y el art. 141.1, respecto de las indemnizaciones establece que, «Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.»

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3):

«" (…) 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».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«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*, de suerte que 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 de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios 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 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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), constituye un requisito indispensable para el nacimiento

de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general 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).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y 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 dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, de los informes emitidos por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de los distintos informes de los servicios implicado, principalmente del Servicio de Pediatría, del informe médico forense y del informe médico pericial aportado por el reclamante.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- El menor (...) de 28 meses de edad en el momento de los hechos, presenta como antecedentes personales Hemofilia A grave (diagnóstico por el Servicio de Hematología del HNSG y del HUNSC en el año 2014), que en el momento de los hechos no había precisado tratamiento con factor VIII. También presentaba retraso en el lenguaje por posible hipoacusia (en estudio por el Servicio de Otorrinolaringología -ORL en adelante-).

- El día 23 de abril de 2015 el menor es atendido por su Médico de Familia del Centro de Salud de Valle Gran Rey por presentar fiebre. Es diagnosticado de catarro vías altas.

- El 10 de mayo de 2015 acude de nuevo a su centro de Salud por continuar con fiebre y malestar general. En otoscopia se aprecia CAE eritematosa y membrana timpánica edematosa. Faringe eritematosa con amígdalas prominentes. Se diagnostica de faringitis aguda.

- Regresa al centro de salud al día siguiente (11 de mayo de 2015) y se anota en el diagnóstico *«irritabilidad».*

- El 21 de mayo de 2015 los padres acuden con el menor al Servicio de urgencias del HNSG, constando como motivo de consulta "refiere la madre que hace 1 semana se hizo herida en parte inferior del labio mucosa", y que presenta irritabilidad y disminución de la ingesta desde hacía cinco días, en tratamiento con antibiótico por faringoamigdalitis.

A la exploración física se describe un buen estado general, se encontraba activo, ojeroso, sin signos de irritabilidad meníngea y con orofaringe congestiva. El Servicio de Hematología valoró la herida del labio y le indicó tratamiento (amchafibrin y frío local).

Se da el alta con diagnóstico de herida inciso contusa frenillo bucal. Con seguimiento por su Médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento acudir de nuevo a urgencias.

- El 25 de mayo de 2015 a las 08:28 horas acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital de La Gomera, por presentar decaimiento general en los últimos 10-15 días, con pobre ingesta, vómitos transparentes y marcado dolor cervical, añadiendo que presentaba «*mal estado general, palidez y bajo tono motor»*. Se le asignó un nivel de triaje 3 (método de clasificación de pacientes que evalúa la prioridad de atención).

Es valorado por el Pediatra responsable de las urgencias, quién transmitió la anamnesis y exploración física realizadas al médico de urgencias que fue quién lo transcribió en la historia clínica, en la que consta que acudía por decaimiento general desde hacía 10-15 días, añadiendo la siguiente exploración física «*BEG, ligera palidez mucocutánea, consciente, exploración general dentro de la normalidad, fundamentalmente la neurológica»*. Constató, además, que presentaba párpado derecho caído y hemorragia conjuntival.

Se solicitó radiografía de tórax y analítica en la que se objetivó anemia (Hemoglobina 7'8 g/dl; normalidad 11'5-15'5 g/dl) y leucocitosis con desviación a la

izquierda (Leucocitos 18.900/uL, Neutrófilos 16.840/uL, N 89'1%,), hallazgo compatible con proceso infeccioso por lo que se indicó tratamiento antibiótico. Asimismo, se comentó el caso con el Servicio de Hematología por si consideraban valorar al paciente.

Para conocer la evolución a partir de este momento, procede recoger la cronología según el listado de notas clínicas que aportan los reclamantes junto con la reclamación:

09:44 horas Enfermería: *«Se administra SGS 500 cc a 45ml/h PI pediatría».*

10:00 horas *«se informa a MU de la postración del paciente y del párpado caído del niño».*

12:00 horas: *«El niño descansa reaccionando cuando se le administra el tto pautado por el Dr. (...)».*

12:52 horas Enfermería: *«El niño permanece postrado, despertando en ocasiones para quejarse. Permanece con ojo derecho cerrado y con gran palidez mucocutánea».*

14:45 horas: *«Se presenta en el servicio de pediatría de consultas ext. Y le comento en estado del paciente por el cual se interesa».*

15:15 horas: *«Avisa la pediatra que el niño está convulsionando. Se administra por su orden: (...) .*

Todo ante la supervisión de la pediatra, anestesista y hematólogo.

Se efectúa traslado en helicóptero a las 16:45 aproximadamente».

La actuación médica descrita en la nota del facultativo de urgencias a las 16:37 horas que pone: *«Se constata en el momento de la exploración pediátrica, pupilas anisocoricas arreactivas, puntiforme izquierda y midriática derecha, con estatus convulsivo que no yugula con diazepam 2 dosis en bolo, valproico con 2 dosis en bolo y sf hipertónico 6% con 20 cc ev en bolo. Se procede a IOT de secuencia rápida con Tubo nº4, sedoanalgesia con mida + fenta en PC, conecta a VMC. se coloca bolo a 50 mg/kg de factor. persiste estatus convulsivo, se coloca bolo de 260 mg de keppra. Mani100 cc en bolo. Se avisa al 112 para traslado aéreo medicalizado, informado HUNSC», fue llevada a cabo por una pediatra que pasó por el servicio de urgencias en su primer día de trabajo en el hospital, por lo que no tenía claves de acceso para escribir en la historia clínica. En las testificales disponibles en la documentación del expediente, se relata que la pediatra pasó por el servicio de urgencias y preguntó si había algún niño por valorar, de manera que la enfermera responsable le comentó que le gustaría que viera al paciente del caso en estudio.*

Durante su valoración, la pediatra presenció la convulsión del paciente indicó el tratamiento médico y realizó la intubación orotraqueal con éxito, logrando la estabilidad del menor que pudo ser trasladado en helicóptero al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) en Tenerife.

- A su llegada al HUNSC se realizó analítica y prueba de imagen mediante TC cerebral (25/05/2015) «Gran hematoma de características agudas en región parietooccipital derecha con importante edema perilesional que se asocia a un hematoma extraaxial (subdural) con extensión craneal hacia región temporal homolateral». Presentaba signos de herniación subfalcina y transtentorial descendente.

Se contacta con Neurocirujano de guardia que decide intervención urgente para evacuación del hematoma.

- Tras la cirugía se mantiene estable en la UCIP con monitorización de la presión intracraneal y perfusión tisular de O2 de forma continua sin signos de hipertensión intracraneal.

- Tras 72 horas de control y tratamiento presenta aumento de la presión intracraneal refractaria al tratamiento médico por lo que se realizó una craniectomía descompresiva con buena evolución posterior.

- Permaneció ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP en adelante) hasta lograr su estabilidad clínica y hemodinámica, pasando en ese momento a planta de hospitalización de pediatría dónde tuvo una adecuada evolución hasta el día 17 de julio de 2015 que fue dado de alta.

- Del ingreso cabe destacar:

a) Como secuela tras la hemorragia intracraneal se detectó una hemiparesia izquierda para lo que comenzó rehabilitación desde su estancia en UCIP logrando la deambulación con apoyo y buena función motora fina de la mano izquierda pudiendo desarrollar todas las actividades de la vida diaria.

b) En TC craneal de control se objetivó incidentalmente una malformación del oído interno por lo que fue valorado por el Servicio de Otorrinolaringología estableciendo el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral moderada, por lo que lo seguirían de forma ambulatoria.

- El día 23 de julio de 2015 ingresó de forma programada para intervención de craneoplastia autóloga por parte del Servicio de Neurocirugía, que se llevó a cabo sin incidencias y con buena evolución y adecuada cicatrización de la herida quirúrgica,

por lo que fue dado de alta el día 6 de agosto, indicándole continuar seguimiento ambulatorio.

- Ha sido valorado con seguimiento por diferentes servicios:

Servicio de Pediatría: Seguimiento por pluripatología. En última visita no había presentado nuevos sangrados, se administraba tratamiento en domicilio.

Servicio de Hematología: En profilaxis con emicizumab.

Servicio de Otorrinolaringología: Remitido desde el HUNSC al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, centro de referencia para cirugía de implante coclear llevada a cabo en 2017.

Servicio de Cirugía Plástica: Intervenido en 2022 por queloide retroauricular derecho en

cicatriz de cirugía de implante coclear.

Servicio de Rehabilitación: Última valoración en marzo de 2025 *«Pie izquierdo plano, valgo con eversión del pie, dorsiflexión 2-/5, eversiones 0-1/5, marcha, proximal 5/5. Usar plantillas. Cita en junio».*

- Tras los hechos acaecidos, y la reclamación presentada por la madre del menor por escrito de 28 de mayo de 2015, se dicta Resolución del Gerente de Servicios sanitarios de 5 de junio de 2015, se inicia un expediente de información reservada al Dr. (...), Facultativo Especialista de Pediatría del HNSG y al Dr. (...) FEA de Anestesia del HNSG por los hechos ocurridos el 25 de mayo de 2015 en relación con la asistencia al paciente (...)

En dicho expediente se entrevista a todo el personal sanitario del Hospital de La Gomera que tuvo relación con la asistencia del menor durante su estancia en el Hospital. Dos Facultativos especialistas en Pediatría del Servicio de Pediatría del HUNSC examinaron todos los documentos de la historia clínica del paciente sobre su estancia ese día, que proceden a resolver el trámite de información reservada, concluyendo lo siguiente:

«Tras valorar los hechos acontecidos mediante el relato de las personas Implicadas y lo reflejado en la historia clínica del paciente podemos concluir lo siguiente

A su llegada al Hospital el menor no presentaba signos clínicos de gravedad, pero sí una alteración ocular que podría haber hecho pensar en daño neurológico focal dados sus antecedentes.

En la historia clínica que se nos facilitó no están reflejadas las constantes vitales a su llegada y tras la primera exploración. Sólo aparece la temperatura. Desconocemos si fueron tomadas en algún momento.

El Pediatra que atiende al menor no escribe en la historia clínica. La relata de palabra al médico de urgencias y es este quien la refleja en la misma. Recalca que la exploración neurológica está dentro de la normalidad sin referir la ptosis palpebral.

El Pediatra interpreta la situación como un cuadro infeccioso basándose en et cuadro de días anteriores y en parte de la analítica.

El Pediatra deja al paciente en Urgencias a las 11.30 h. para volver a valorarlo ¡¡¿ al día siguiente? !!.

El Pediatra traslada el resultado de la analítica al Hematólogo pero no le transmite sensación de urgencia o gravedad.

El médico de urgencias, a cargo desde entonces, no ve al paciente en ningún momento.

Aunque la enfermera acude en repetidas ocasiones al box del enfermo, las constantes vitales no están recogidas en la historia clínica en todo el tiempo que pasa el menor en Urgencias.

Aunque el box cuenta con aparatos de monitorización el paciente se deteriora y no está monitorizado.

El médico de Urgencias no escribe en la historia durante la mañana ya que no valora al enfermo.

Todos los sanitarios que tuvieron contacto con el menor relatan la "llamativa palidez cutánea", que se confirma con la anemia reflejada en el hemograma. Nadie decide insistir en la búsqueda del motivo de la misma.

La enfermera relata el "decaimiento progresivo" del paciente y que lo comunica al médico de urgencias a las 10.00 h. Este dato le sigue llamando la atención a lo largo de la mañana. No parece que esta percepción sea transmitida de forma eficaz al personal médico responsable. Nadie decide valorar este estado de alteración de la consciencia.

Entre las 12.52 h. y las 14.30 h. no hay ningún dato escrito sobre el estado del paciente y su evolución.

La madre permanece en el box cuando se detecta la convulsión y se inician las maniobras urgentes de reanimación y control del paciente. Aunque cada vez más hospitales propician la presencia voluntaria de familiares durante actuaciones urgentes y complicadas, en determinadas situaciones éstos pueden Interpretar de forma errónea las actuaciones y comentarlos que se suscitan entre el personal sanitario

en estos momentos de máxima tensión, por lo que suele ser aconsejable que se les Invite a salir de la habitación.

En el momento que se llevan a cabo las maniobras de reanimación y control del enfermo, nadie es consciente de haber llamado al anestesista, y queda meridianamente claro que su participación no era necesaria ni tiene ningún tipo de responsabilidad en este caso.

Es práctica habitual que durante actuaciones vitales urgentes se escriba "a posteriori" en la historia clínica reflejando todo lo acontecido, pero no durante un periodo de observación normal de 6.30 h.

El paciente accede al Servicio de Urgencias sin claros signos clínicos iniciales de gravedad, pero con un cuadro clínico potencialmente grave dados sus antecedentes que no es detectado, y permanece un tiempo de 6.30 h. en el mismo, durante el cual se deteriora progresivamente sin que su estado sea percibido, hasta llegar a un punto de máxima gravedad y riesgo para su vida».

- Los hechos descritos dieron lugar a la incoación de Diligencias Previas contra el Dr. (...) y el Dr. (...) ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº1 de San Sebastián de La Gomera (DP 210/2016).

En el curso del procedimiento penal incoado se solicita y se emiten dos Informes médico forenses, uno el 3 de abril de 2017 y otro el 12 de diciembre de 2022, de los cuales se extraen los siguientes párrafos relevantes:

El primero de los informes médico-forenses tiene por objeto explicar la patología previa del menor consistente en la Hemofilia grave y sus síntomas, y concluye lo siguiente:

1) Dolencia del menor: El menor padece una hemofilia clásica (tipo A) grave (< 1%), heredada de su madre (mutación nueva en el cromosoma X: inserción, en el codón 177 del exón nº 4). Actualmente, portador de un catéter central con reservorio subcutáneo y en tratamiento profiláctico continuo con HELIXATE (500UI/48h).

2) Extremos de tal dolencia: Las hemofilias se caracterizan por la presencia de hemorragias que pueden aparecer a cualquier edad o en cualquier parte del organismo. Las graves (factor VIII < 1%) suponen hemorragias frecuentes ante traumatismos mínimos e incluso de origen espontáneo.

Su importancia dependerá del volumen de la hemorragia, de su localización y de su capacidad de dejar secuelas o lesiones irreversibles que limitarán la vida de quienes la sufren; por ello son especialmente peligrosas las intracraneales, las intraabdominales y las que comprometen las vías respiratorias. También pueden

producir secuelas importantes las hemartrosis de repeticíón y los síndromes compartimentales. El 95% son musculares, articulares o intracraneales.

Las intracraneales (5-10%), por su localización, tienen una alta morbi-mortalidad, constituyendo la principal causa de muerte de un enfermo hemofílico o causando severas secuelas; la mitad de ellas ocurren en los primeros 4 años de vida, En la hemofilia grave pueden producirse por traumatismos mínimos e incluso espontáneamente (38% sín causa identificable).

3) Síntomas que las mismas podrían constituir: Los síntomas variarán en función de la localización, el volumen y la velocidad de la hemorragia.

Las intracraneales pueden localizarse en el encéfalo (intracerebrales, de peor pronóstico) o en sus cubiertas meníngeas (subdurales y subaracnoideas); los síntomas pueden oscilar desde la cefalea persistente, náuseas, vómitos y signos focales con déficit sensitivo y/o motor, hasta alteraciones de conciencía, convulsiones, coma y muerte. A menudo, lesiones mínimas pueden producir un sangrado lento y discontinuo (resangrado recurrente), por lo que en los primeros meses de vida pueden pasar desapercibidas, asintomáticas, o dar síntomas mínimos; la TAC suele permitir el diagnóstico sin dificultad».

El segundo Informe médico forense tenía por objeto analizar si la actuación llevada a cabo por el investigado se ajustó a los protocolos para enfermos hemofílicos en la sala de urgencias y en caso de no haberse ajustado al mismo, determinar las consecuencias derivadas en el caso concreto, y se concluye lo siguiente:

«Existe principalmente una diferencia importante en lo que se expresa en el ingreso de ambos hospitales de lo que fue la evolución del cuadro clínico del explorado previo al ingreso en el primer hospital; de cualquier manera, de haber tenido en consideración todo lo ya expresado en la lex artis en cuanto a pacientes con antecedentes graves de hemofilia descritos en el presente, existieron signos de alarma en la información que se obtuvo al ingreso hospitalario del primer hospital que debieron desencadenar un tratamiento activo para dicho antecedente en las primeras horas de dicho primer ingreso hospitalario; o en su defecto un seguimiento cercano del cuadro clínico que, como se puede observar en la evolución de ese mismo hospital, empeoró drásticamente en las primeras horas de hospitalización, lo se pudiese traducirse en un pérdida de oportunidades diagnósticas y por consiguiente terapéuticas que pudieron haber cambiado el curso del cuadro de haberse actuado de una forma distinta a la que se actuó.

Complicaciones derivadas en el caso en concreto.

Se describe ingreso hospitalario por accidente cerebro vascular (ACV) hemorrágico con gran hematoma parietoocipital derecho asociado a un hematoma subdural, por lo que precisa tratamiento quirúrgico para: craneotomía para evacuación de los hematomas. Posterior a ello se constata una evolución desfavorable los días subsiguientes desencadenando un aumento progresivo de la presión intracraneal refractaria a tratamiento médico, diagnosticándose un ACV isquémico, indicando segundo tratamiento quirúrgico para craneotomía descompresiva con extracción ósea; que posteriormente deriva en una tercera intervención quirúrgica para craneoplastia autóloga. Posterior a una evolución clínica favorable se describe padecimiento secundario al hecho cerebro vascular de: hemiparesia izquierda con mayor afectación del miembro inferior izquierdo, con tendencia al arrastre del pie al caminar, y déficit en la dorsiflexión de tobillo y pie izquierdo.

TIEMPO DE RECUPERACIÓN

- *Para la estabilización de las lesiones el explorado requirió:*
- *Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter muy grave: 24 días*

Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter grave: 45 días

VALORACIÓN DE LAS SECUELAS

- *Hemiparesia izquierda con mayor afectación del miembro inferior izquierdo, con tendencia al arrastre del pie al caminar, y déficit en la dorsiflexión de tobillo y pie izquierdo, que fue clasificada en Oxford 4/5 en informe de Neurocirugía presente en autos de fecha 06/08/2015, que valoramos con 15 puntos de perjuicio por hemiparesia.*
- *Cicatrices de craneotomía derecha ocultas por el cabello; cicatriz queloidea hipertrófica de escara frontal derecha, que valoramos con 6 puntos de perjuicio estético ligero.*

No se cuenta con facultades actuales para concluir si, los tratamientos médico-quirúrgicos sufridos por el explorado así como las secuelas descritas en esta pericial hubieran sido diferentes a las ocurridas, teniendo claro que se han perdido oportunidades terapéuticas para el caso relacionadas a un diagnóstico tardío que hubiesen podido influenciar en dichas posibilidades, ya que se desconoce la magnitud del sangrado inicial por ausencia de pruebas diagnósticas (lo que además está dentro del protocolo de actuación descrito en la lex artis) al momento del ingreso primero, y pudiendo existir una afectación de los órganos que se vieron afectados de igual forma que la ocurrida, inherente al antecedente clínico del explorado.

CONCLUSIONES MEDICO FORENSES

PRIMERA.- Se explora documental clínica de paciente con antecedentes de hemofilia que presenta un cuadro de sangrado agudo intraparenquimatoso parietooccipital derecho asociado a un hematoma subdural.

SEGUNDA,- El explorado se presenta en el Hospital General de La Gomera con un cuadro clínico que fue evolucionando rápidamente hacia la gravedad, hasta cumplir criterios de traslado hacia el hospital de referencia.

TERCERO,- Según los protocolos descritos en la bibliografía consultada t1ubo un error en la exploración neurológica para la fecha del hecho, así como un retraso en la administración del tratamiento médico activo para pacientes con los antecedentes patológicos, traumáticos familiares, comorbilidades, y afectación neurológica del explorado.

CUARTO,- Dicha dilación de tratamiento activo, así como dicho antecedente patológico, originaron consecuencias descritas en complicaciones derivadas en el caso en concreto del apartado consideraciones medico forenses del presente.

QUINTA.-Dicha dilación de tratamiento activo le ha hecho perder oportunidades terapéuticas, sin contar con facultades para cuantificar la cantidad de oportunidad perdida, que podrían haber modificado el resultado de lo ocurrido».

Finalmente la Sentencia de 7 de febrero de 2025 dictada por el Juzgado de lo Penal n.º 7 de Santa Cruz de La Palma (PA 169/2023) si bien absuelve a (…) del delito de lesiones imprudentes del que venía siendo acusado, al considerar que su conducta es irrelevante desde el punto de vista penal, al no incurrir en el delito previsto en el art. 152 n.º 1 y 2 del CP, no obstante, señala que ello *«no impide considerar un deficiente funcionamiento del servicio en relación con el atendimiento del menor (…), a mi juicio certeramente descrito en las conclusiones del expediente de información reservada y en la misiva que lo encabeza en los siguientes términos: "el paciente accede al servicio de urgencias sin claros signos clínicos iniciales de gravedad, pero con un cuadro clínico potencialmente grave dados sus antecedentes que no es detectado, y permanece un tiempo de 6. 30 horas en el mismo durante el cual se deteriora progresivamente sin que su estado sea percibido, hasta llegar a un punto de máxima gravedad y riesgo para su vida", "creemos que el resultado final se debe a un cúmulo de actuaciones y modo de hacer con poco celo que se puede mejorar. El que un profesional interprete una situación clínica de una forma concreta, en base a sus conocimientos y a una analítica determinada, puede constituir un error de criterio, pero estamos seguros de que éste hubiera sido detectado y corregido de haberse llevado a cabo un control continuo y eficaz por parte de todo el personal que en el Servicio de Urgencias tuvo alguna responsabilidad en este caso (…) existen "scores" para el*

control de los pacientes durante su periodo de observación en urgencias (…) se trata de detectar de forma temprana que enfermo en observación se deteriora y debe ser revalorado inmediatamente por el médico para decidir un cambio de actuación (…) estamos implementando uno (…) en donde el personal de enfermería con la valoración de solo cuatro constantes, decide de forma horaria si el paciente permanece igual, si tiene que informar al médico por teléfono de algún cambio, o si tiene que hacer que el médico lo revalore inmediatamente"».

Una vez firme la Sentencia, se acordó alzar la suspensión, y con base en todo lo actuado, la Propuesta de Resolución propone la estimación parcial con base en el informe del SIP de fecha en el que concluye la existencia de mala praxis médica en la atención al menor durante su estancia en el servicio de Urgencias del HNSG por cuanto considera que, por una parte en la analítica se objetivó anemia sin realizar ninguna actuación a fin de buscar la causa de la misma en un paciente con hemofilia grave, y por otra, teniendo en cuenta los antecedentes personales del paciente, la presencia de ptosis palpebral a la exploración física y la anemia en la analítica, podía haberse revalorado en más ocasiones pudiendo haber llevado a la sospecha de patología subyacente de mayor gravedad. Se estima que la actuación sanitaria podía haber tenido en cuenta aspectos relevantes para establecer una mejor orientación diagnóstica, aunque no se puede esclarecer si el sangrado estaba presente previo a la convulsión y, por tanto, si el haber realizado una prueba de imagen previamente hubiese modificado los tratamientos médico-quirúrgicos llevados a cabo.

Por tanto, propone el reconocimiento de una indemnización por pérdida de oportunidad.

3. En cuanto al análisis de la asistencia sanitaria desde el punto de vista del cumplimiento de la *lex artis*, resulta más que evidente, con los informes médicos recabados en la fase de instrucción del procedimiento, que se ha producido una clara infracción de la *lex artis*, en cuanto a la adecuada atención del paciente en el servicio de urgencias, que derivó en un inicial error diagnóstico y en un consiguiente retraso diagnóstico con un agravamiento de su estado.

El menor (…) de tan sólo 2 años de edad, es llevado por sus padres al servicio de urgencias el día 25 de mayo de 2015 a las 8:28 horas y estuvo en el servicio hasta las 16:30, es decir, durante 8 horas, durante las cuales y hasta el empeoramiento evidente de menor, sólo se hizo una analítica que arrojó un resultado de anemia sin investigar su posible causa y no se toman las constantes vitales.

Los síntomas al ingreso eran decaimiento general en los últimos 10-15 días, con pobre ingesta, vómitos transparentes y marcado dolor cervical, y presentaba mal estado general, palidez y bajo tono motor, y una alteración ocular consistente en ptosis palpebral (párpado caído) y lo más importante, padecía de hemofilia grave.

Según los Pediatras del HUNSC si bien a su llegada el menor no presentaba signos clínicos de gravedad, la alteración ocular podría haber hecho pensar en daño neurológico focal dados sus antecedentes, pero se pasó por alto, no se le dio importancia alguna. Se consideró el estado del paciente como un cuadro infeccioso basándose en el cuadro clínico de días anteriores y en parte de la analítica, y no se sospechó un posible cuadro neurológico. El paciente presentaba un decaimiento progresivo de su estado, se constata postración del paciente, párpado caído del niño, bajo tono motor, anemia, marcado dolor cervical, palidez mucocutánea.

En un paciente de dos años de edad, con hemofilia grave, y ante tales síntomas, se considera como cuadro infeccioso, y no se sospecha de hemorragia intracraneal, cuando la misma constituyen una de las consecuencias de más gravedad de esta patología.

Todos estos síntomas, unido muy especialmente a su condición de hemofílico grave, deberían haber determinado la sospecha de sangrado, que habría sido corroborada por el TAC y tratada con el factor, y que como mínimo debería haberse pautado un seguimiento estrecho del menor, con motorización de sus constantes vitales.

Por tanto, no se ponderaron adecuadamente los síntomas que presentaba, así como los factores de riesgo que concurrían en el paciente, y no se realizaron pruebas complementarias para determinar las causas del decaimiento, postración, pérdida de fuerza, ptosis palpebral, existían signos de alarma, que exigían la necesidad de un diagnóstico diferencial para descartar cuadro neurológico por posible hemorragia intracraneal.

En este sentido la Propuesta de Resolución estima la existencia de responsabilidad patrimonial sanitaria, si bien, debe advertirse una evidente incongruencia entre los fundamentos de la misma, y la parte resolutoria, pues se señala que pese a estimar parcialmente la reclamación, se añade «*al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial».* Se ha determinado que sí concurren tales requisitos lo que llevan a la estimación de la reclamación, que es

parcial en cuanto al daño que se indemniza y la valoración económica del mismo, por ello la resolución que se dicte deberá suprimir ese inciso.

4. En cuanto al daño cuyo resarcimiento se reconoce en la Propuesta de Resolución, el SCS procede a estimar la existencia de pérdida de oportunidad, lo cual lleva al reconocimiento de una indemnización muy inferior a la solicitada, estimando que debe reconocerse una indemnización de 13.993,65 €, la cual, adelantamos que se estima insuficiente para la reparación íntegra del daño por los motivos que se exponen a continuación.

4.1. Sobre la «*pérdida de oportunidad*» este Consejo se ha pronunciado en el Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, con cita de otros muchos anteriores, en el siguiente sentido:

«5. 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*»".

4.2. Por tanto, procede analizar si en este caso puede ser aplicada la doctrina de la pérdida de oportunidad, de origen jurisprudencial.

En la Propuesta de Resolución se considera la existencia de la misma sobre la base de considerar que, tal y como concluye el SIP *«no se puede esclarecer si el sangrado estaba presente previo a la convulsión y, por tanto, si el haber realizado una prueba de imagen previamente hubiese modificado los tratamientos médico-quirúrgicos llevados a cabo».* Se considera que el deterioro clínico fue brusco, sospechando la hemorragia intracraneal una vez que el paciente sufrió el cuadro convulsivo y confirmándose con el TC craneal que mostró sangrado agudo, por lo que no se puede garantizar que haber realizado la prueba de imagen previamente hubiese detectado el sangrado.

Por su parte el Jefe de Servicio de Neurocirugía en su informe de 7 de junio de 2026, ciertamente escueto y escaso, señala «*En la historia clínica de nuestro hospital no existe información directa acerca de la atención médica que el paciente recibió previamente al traslado e ingreso en nuestro centro, pero la naturaleza aguda del sangrado y el extenso volumen del hematoma permite sospechar que la evolución clínica del mismo es de muy corta duración».* Tales conclusiones deben valorarse con cautela por cuanto reconoce que no dispone de los datos relativos a la asistencia sanitaria en el HNSG y, por tanto, no conoce cuales eran sus síntomas previos, para determinar si conforme a ellos

podía considerarse existente la hemorragia intracraneal con anterioridad al momento en que fue detectada.

A la vista de la controversia jurídica suscitada sobre la doctrina de la pérdida de oportunidad, en atención a las alegaciones que en trámite de audiencia realizan los reclamantes, al entender que la existencia de infracción a la *lex artis* excluye cualquier fórmula compensatoria por pérdida de oportunidad, procede realizar las siguientes aclaraciones sobre la misma, para un adecuado entendimiento de esta doctrina.

Se debe tener en cuenta que una de las cuestiones más complejas de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario es la llamada «pérdida de oportunidad» dada la incertidumbre que con frecuencia se genera en torno a cuál hubiera sido el curso de los acontecimientos de haberse llevado a cabo una atención más tempestiva y más ajustada a la *lex artis* por parte del centro sanitario.

Podemos afirmar que la pérdida de oportunidad consiste en la desaparición de la *probabilidad* de acaecimiento de un hecho favorable, lo que en sí mismo es susceptible de comportar para quien la sufre un daño reparable si esta probabilidad rebasa un determinado umbral. Lo que la doctrina de la pérdida de oportunidad hace entonces es conceder relevancia indemnizatoria a dicha pérdida, reconociendo responsabilidad a quien, con su conducta, privó a otro de sus legítimas expectativas de obtener un beneficio o de evitar un perjuicio.

Se plantea, por tanto, en el requisito del nexo causal, es decir, ante una ausencia de certeza de causalidad entre la acción u omisión y el daño final. Por ello se ha venido considerando que es la doctrina del "ni todo ni nada", pues respecto del nexo causal y frente a su planteamiento dual del "todo o nada" este criterio viene a introducir una mayor flexibilización, pues propugna aplicar un criterio de proporcionalidad y de equilibrio al distribuir el peso de esa incertidumbre entre las dos partes implicadas: el agente responde sólo en proporción a la probabilidad de que fuera autor del menoscabo; y la víctima obtiene sólo una indemnización parcial acomodada a la probabilidad de que hubiera dejado de padecer el daño de no haber me diado el hecho lesivo.

Es un caso paradigmático de curso causal no verificable o causalidad hipotética, es decir, se requiere incertidumbre causal y, en virtud de ella, se debe realizar un cálculo prospectivo de probabilidades en donde se infiera la oportunidad lesionada (que era con la que contaba el paciente al momento de producirse aquel déficit asistencial) así como que una buena praxis hubiera evitado el resultado final, de tal

forma que tomando como punto de referencia ese probable resultado final se proceda al cálculo del *quantum respondedatur* a partir de los citados datos probabilísticos.

Por tanto, cuando consigue acreditarse que el anormal funcionamiento del servicio público fue la causa próxima y eficiente del daño ocasionado y que en caso de que el servicio público sanitario hubiera cumplido con los parámetros de actuación indicados no se hubiera producido el resultado final, en cuyo caso procederá indemnizar por tal resultado final y no simplemente por la pérdida de oportunidad de evitarlo.

Pero, es requisito previo insoslayable y fundamental la prueba de la mala praxis en la actuación del facultativo y su decisiva relevancia en la frustración de las probabilidades de mejora o curación del paciente, pues concurre pérdida de oportunidad, de vida o de curación, *"cuando en la asistencia médica correspondiente se ha omitido un diagnóstico adecuado, un tratamiento específico, el suministro de un concreto fármaco o una mayor celeridad en la actuación, de tal modo que se habría privado al paciente, previsiblemente, de una mayor posibilidad de curación"* (STS de 18 de julio de 201637) o cuando se *"ha omitido una conducta terapéutica"* (STS de 25 de mayo de 2016).

Por ello, demostrada la anormalidad del servicio (infracción de la *lex artis*) se requiere probar su trascendencia lesiva.

Por lo tanto, el hecho de que se haya producido una infracción de la *lex artis* no supone necesariamente que deba ser indemnizado por el resultado final, pues puede ocurrir que este resultado se hubiera producido de igual manera de haberse actuado de otra forma, por lo que ante esta incertidumbre causal entra en juego la doctrina de la pérdida de oportunidad.

En el presente caso, en el informe del médico forense ya se apuntaba a la pérdida de oportunidad cuando señalaba que *«No se cuenta con facultades actuales para concluir si, los tratamientos médico-quirúrgicos sufridos por el explorado así como las secuelas descritas en esta pericial hubieran sido diferentes a las ocurridas, teniendo claro que se han perdido oportunidades terapéuticas para el caso relacionadas a un diagnóstico tardío que hubiesen podido influenciar en dichas posibilidades, ya que se desconoce la magnitud del sangrado inicial por ausencia de pruebas diagnósticas (lo que además está dentro del protocolo de actuación descrito en la lex artis) al momento del ingreso primero, y pudiendo existir una afectación de los órganos que se vieron afectados*

de igual forma que la ocurrida, inherente al antecedente clínico del explorado". Y que "dicha dilación de tratamiento activo le ha hecho perder oportunidades terapéuticas, sin contar con facultades para cuantificar la cantidad de oportunidad perdida, que podrían haber modificado el resultado de lo ocurrido».

El SIP señala que no se puede esclarecer si el sangrado estaba presente previo a la convulsión y, por tanto, si el haber realizado una prueba de imagen previamente hubiese modificado los tratamientos médico-quirúrgicos llevados a cabo. Ahora bien, teniendo en cuenta los síntomas del paciente, como fue la anemia, el párpado caído, bajo tono motor, podían ser indicadores de la existencia de déficit neurológico por el sangrado, pues si no hubiera estado presente cómo se explicarían tales síntomas. Por ello la realización del TAC hubiera permitido objetivar la hemorragia en sus estadios iniciales, y el retraso hizo que la misma empeorara y con ella el estado del paciente. Ahora bien, la duda es ¿hubiera evitado la realización de la intervención y la secuela de hemiparesia izquierda?. Los informes médicos existentes en el expediente, no llegan a establecer con certeza que, de haber actuado con mayor celeridad, llevando a cabo las indicadas pruebas diagnósticas y el tratamiento adecuado, se hubiera evitado el resultado final, pero lo que sí se considera acreditado es que la dilación asistencial supuso un empeoramiento del cuadro hasta llegar a un punto de máxima gravedad y riesgo para su vida.

No se dispone de informes médicos que determinen, por una parte, que de haberse realizado un TAC con anterioridad se hubiera detectado la hemorragia. No obstante, a tenor de los síntomas parece posible su existencia, pero lo más importante, es que, detectada a misma con anterioridad, se hubiesen modificado los tratamientos médico-quirúrgicos llevados a cabo.

En consecuencia, parece razonable a tenor de las circunstancias acaecidas y de los informes existentes, indemnizar por pérdida de oportunidad y no por el resultado final. Ahora bien, este Consejo discrepa de la cuantificación que se realiza en la Propuesta de Resolución.

5. Cuantificación de la indemnización.

En la Propuesta de Resolución, a la hora de cuantificar la pérdida de oportunidad, parte de la valoración del daño material o físico producido, de modo que como tal sólo contempla como secuela una Hemiparesia leve (15-20 puntos), asignándole 15 puntos y un perjuicio estético ligero (1-6 puntos), asignándole 6 puntos. Y no contempla los días de ingreso hospitalario por considerar

consustanciales a la patología sufrida. Y a la cuantía resultante de aplicar el baremo propone aplicar un 60%, lo que arroja una indemnización total de 13.993,65 €.

Cuando de pérdida de oportunidad se refiere, el hecho de operar en el terreno de la hipótesis no justifica que la oportunidad perdida deba evaluarse como daño moral, sino que es un concepto asimilable al mismo. La oportunidad perdida es un valor en sí mismo, constituye un perjuicio actual y cierto, aunque se precise de una operación intelectiva para alcanzar su concreta determinación, es decir, un juicio de pronóstico sobre el resultado que hubiera sido esperable y que valore con qué probabilidades se contaban de no haber mediado el incorrecto funcionamiento del servicio sanitario. El daño objeto de resarcimiento es precisamente la oportunidad que se ha perdido y no el resultado final producido.

Debe ser apreciado mediante una valoración prospectiva fundada en la previsión razonable de acontecimientos futuros y, en ocasiones, mediante una valoración probabilística de las posibilidades de alcanzar un determinado resultado que se presenta como incierto.

El porcentaje de probabilidad en que se concrete la oportunidad perdida puede proyectarse a los daños físicos, daños emergentes, lucros cesantes, a cualquier otro gasto generado e imputable a la Administración y también por supuesto, en su caso, al daño moral.

Es decir, al tratarse de un régimen de imputación probabilístico o de probabilidad causal, para determinar las posibilidades de que un tratamiento médico conforme a la *lex artis ad hoc* hubiera evitado el menoscabo se ha evaluar la totalidad de los perjuicios sufridos, calcular la probabilidad de curación o mejora con que contaba la víctima y fijar la indemnización en función de la fracción de los totales perjuicios atribuibles a la pérdida de oportunidad.

Una vez alcanzado el porcentaje al que asciende la pérdida de oportunidad deberá proyectarse sobre todos aquellos daños generados, pues no de otro modo se daría cumplimiento al principio de reparación integral del daño e indemnidad de la víctima.

En este caso, aunque se considera correcta la aplicación de un porcentaje representativo de la oportunidad perdida, debe proyectarse a la totalidad de los daños producidos, por lo que existen otros daños que no han sido debidamente contemplados, como son los conceptos que se contemplan en el informe del

médico forense correspondiente al tiempo de recuperación: *Para la estabilización de las lesiones el explorado requirió:*

Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter muy grave: 24 días.

Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter grave: 45 días

También existen daños cuya naturaleza no permite una evaluación objetiva. Es lo que ocurre con los daños extrapatrimoniales, con el daño moral o con el *pretium* o *pecunia doloris* que carecen de un valor aproximado de referencia. Todo daño moral efectivo debe ser objeto de compensación.

El SIP manifiesta que no procede la valoración del daño moral del menor y de sus padres porque el RD Legislativo 8/2004 se aplica en el caso que nos ocupa pues los hechos ocurrieron en mayo de 2015. En el mismo se incluye la Tabla III para calcular las indemnizaciones por lesiones permanentes, en la que están incluidos los daños morales.

Sin embargo, conviene precisar que la utilización del baremo de accidentes de tráfico es orientativa y no vinculante, que puede ser utilizado como sistema objetivo para cuantificar una indemnización, pero no excluyente si con su estricta aplicación no se llega a reconocer una indemnización que permita una reparación integral del daño. Y en este caso, no se ha justificado que se haya aplicado una cantidad por daño moral en aplicación concreta del baremo.

En este caso, no se han contemplado, por una parte, respecto al menor, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida derivada de la secuela hemiparesia leve que se indemniza en un rango de 1.500-15.000 €.

Y no pueden dejar de contemplarse los daños morales a los padres del menor, entendido como el sufrimiento o padecimiento psíquico o espiritual, como inquietud, temor, angustia y ansiedad que el proceso asistencial les ha producido, teniendo en cuenta la edad de su hijo, de especial vulnerabilidad y la situación acaecida. Y ese daño moral es un daño autónomo del daño físico, que debe ser compensado.

Este daño moral debe distinguirse del daño psicológico, puesto que el daño moral como quebranto anímico o sufrimiento emocional no llega a ser patológico, pues es un desequilibrio emocional limitado en el tiempo. En cambio, en el daño psicológico es una afección o patología con entidad propia que provoca alteraciones en sus funciones psíquicas que son objetivables, medibles y clasificables.

Este daño moral no precisa ser acreditado cuando emana lógicamente del suceso acogido como probado. Según la STS de 19 de febrero de 2008 (rec. 2717/2005) su apreciación puede inferirse sin necesidad de prueba cuando el propio supuesto de hecho lo revela implícitamente, como es este caso.

En cuanto a su valoración los reclamantes solicitan 50.000 euros para el menor y otros 50.000 euros para los padres. Esta valoración se considera excesiva por cuanto supera la indemnización por el daño físico o corporal.

En su valoración la Jurisprudencia ha optado por una apreciación racional, teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes, como son las secuelas producidas, la pérdida de calidad de vida, la edad del paciente, etc.

Se estima, por tanto, razonable y proporcionado una cuantía de 10.000 € para cada progenitor, dada la edad del menor, su vulnerabilidad, el cuadro clínico potencialmente grave dado sus antecedentes, el tiempo en el que estuvo en Urgencias sin atención adecuada (6:30 horas), la gravedad de la evolución y el riesgo cierto para su vida.

Por ello, la indemnización por perdida de oportunidad debe proyectarse sobre los siguientes daños:

- Secuelas: Hemiparesia leve (15-20 puntos), asignándole 15 puntos. Cuantía 947,44, actualizado IPC con tasa de variación 24,6% = 1.180,51 x 15 puntos = 17.707,65 €.

- Perjuicio estético: ligero (1-6 puntos), asignándole 6 puntos. Cuantía 751,08, actualizado IPC con tasa de variación 24,6% = 935,85 € x 6 puntos = 5.615,1 €.

- Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter muy grave: 24 días. (tabla III).

- Perjuicio personal particular por pérdida temporal de la calidad de vida de carácter grave: 45 días (tabla III).

- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida derivada de la secuela hemiparesia leve que se indemniza en un rango de 1.500-15.000 €.

- Daños morales a los progenitores, 10.000 € para cada progenitor.

Teniendo en cuenta que se reconoce la indemnización por pérdida de oportunidad, a la cantidad resultante debe aplicarse el 60 % en que según el SIP se

cuantifica la oportunidad perdida, sin perjuicio de su actualización en el momento de finalizar el procedimiento (art. 141.3 LRJAP-PAC).

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, en cuanto al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud; no así respecto a la cuantía indemnizatoria reconocida, que debe incrementarse en los términos expuestos en el apartado 5 del Fundamento IV del presente Dictamen.