Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 7 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de enero de 2026.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 505/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [148.448,38 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y 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 -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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.

5. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

La legitimación pasiva le 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 a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la reclamación se interpuso con fecha 24 de febrero de 2025, habiéndose producido el hecho por el que se reclama el día 7 de marzo de 2024, fecha de la intervención quirúrgica a la que hubo de someterse el reclamante.

Como quedó señalado en el Dictamen 307/2025, de 15 de julio, *« (...) debe advertirse (...) que para el correcto cómputo del plazo de prescripción, el foco debe situarse en el daño por el que se reclama y no en la infracción de la lex artis que provoca el daño. Es decir, si en este caso la reclamación se sustenta en el retraso en el diagnóstico de torsión*

testicular, el plazo comienza a computarse no desde el momento en que se conoce que existió error en el diagnóstico, sino cuando se determina el daño que deriva del mismo y es posible conocer todas las dimensiones fácticas y jurídicas del daño ocasionado por el que se ejercita la acción».

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia médica que le fue dispensada en la Atención Primaria del sistema público sanitario y que determinó, en última instancia, la pérdida de su testículo derecho.

En este caso, los hechos se remontan al 3 de febrero de 2024, cuando el reclamante [(...)] acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Arucas por dolor en el testículo derecho de cuatro horas de evolución. Tras una exploración física limitada, se estableció diagnóstico de orquiepididimitis, prescribiéndose cefuroxima 500 mg (1/12 h) e ibuprofeno 400 mg (1-1-1), con alta a domicilio.

Al persistir la clínica, el 15 de febrero de 2024 su médico de Atención Primaria solicitó interconsulta a Urología por bulto testicular.

El 22 de febrero de 2024, la ecografía testicular objetivó ausencia total de flujo intraparenquimatoso y giro del cordón espermático, compatible con torsión testicular evolucionada.

El 7 de marzo de 2024 fue intervenido por Urología del Hospital Dr. Negrín, practicándose orquiectomía inguinal derecha, colocación de prótesis testicular derecha y fijación del testículo izquierdo. Con anterioridad y posterioridad a la intervención constan estudios seminales con recuentos y motilidades alteradas en distinto grado.

El perjudicado denuncia la existencia de negligencia médica en la primera asistencia de urgencia, consistente -según el reclamante y los peritos que cita— en la

omisión de una anamnesis completa [modo de inicio y severidad del dolor, irradiación, factores desencadenantes, síntomas vegetativos], una exploración física exhaustiva [localización del punto doloroso, posición y consistencia testicular, reflejo cremastérico, exploración abdominal e inguinal] y, especialmente, en la no realización de una ecografía Doppler urgente, prueba considerada de referencia para el síndrome escrotal agudo. Tales omisiones habrían impedido un diagnóstico diferencial precoz y, en su caso, la indicación quirúrgica en tiempo útil.

De esta manera, la cuestión nuclear de la reclamación se centra en la pérdida de oportunidad. Sostiene el reclamante que, conforme a la evidencia clínica y a los protocolos aplicables, la viabilidad del testículo es prácticamente del 100 % si se interviene antes de las 6 horas desde el inicio del cuadro y alrededor del 70 % si la intervención tiene lugar entre las 6 y 12 horas. La asistencia inicial, al no activar el circuito diagnóstico-terapéutico urgente [con eco Doppler y valoración urológica inmediata], privó al paciente de la expectativa razonable de conservar el órgano, desplazando la intervención hasta fechas en las que el cuadro había evolucionado irreversiblemente. La pérdida de oportunidad alegada no se confunde con el daño final [la orquiectomía], sino que indemniza la frustración de una alternativa terapéutica eficaz cuya probabilidad de éxito era significativa y que se vio truncada por el retraso diagnóstico y terapéutico.

En coherencia con la doctrina jurisprudencial invocada [entre otras, SSTS de 7-9-2005 y 12-7-2007, así como la de 17-1-2012 y resoluciones de distintos Tribunales Superiores de Justicia], la indemnización se modula proporcionalmente a la probabilidad de haber alcanzado un resultado más favorable de haberse actuado conforme a la *lex artis* y con la diligencia debida, sin exigir certeza absoluta sobre la evitabilidad del desenlace. Bajo este planteamiento, la antijuridicidad radica en la privación de expectativas por la demora imputable al servicio, y no en la garantía de un resultado curativo: *« (...) en base a los protocolos médicos aplicables al caso, (...) resulta evidente que la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del centro de salud de Arucas en fecha 03/02/24 fue deficiente, al no llevarse a cabo una anamnesis y una exploración física exhaustivas que permitieran realizar un adecuado y rápido diagnostico diferencial y, de persistir dudas diagnosticas, indicar la realización urgente de una ecografía Doppler (prueba gold standard para el diagnóstico del síndrome escrotal agudo, inocua para el peritado) (...) . (...) de haberse llevado a cabo una anamnesis y una exploración física exhaustivas, se podría haber evitado la pérdida del testículo derecho del peritado (...) . De todo el proceso argumental podemos deducir que, de haberse realizado las pruebas diagnósticas reseñadas (...), a su debido tiempo, se hubiese evitado el retraso en el*

diagnóstico, tratamiento y el no adecuado estudio del peritado como una pérdida de oportunidad diagnostica que provoco un retraso terapéutico y la imposibilidad de preservar la viabilidad del testículo derecho. Por tanto, se entiende el no adecuado estudio del paciente como una pérdida de oportunidad diagnóstica».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, el reclamante plantea una pretensión indemnizatoria cuyo monto total asciende a la cantidad de 148.448,38 € -con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre-, de acuerdo con el siguiente desglose:

«En aplicación con carácter analógico a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, la cantidad que se solicita en concepto de indemnización, es una parte de la que hubiera correspondido por el daño final, calculada conforme a la probabilidad de haber alcanzado otro resultado ya 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:

- Día de perjuicio moderado 33 días x 64,25 €= 2.120,25 €

- Pérdida traumática de un testículo (derecho). 25 puntos.

- Pérdida traumática de un testículo (pérdida funcional de testículo izquierdo, único). 12 puntos.

- Prótesis de testículo, 3 puntos.

Aplicando la fórmula de ponderación de secuelas concurrentes, se obtiene un perjuicio psicofísico total de 36 puntos, 83.355,53 €.

Daño moral por pérdida de calidad de vida, según indicación del Perito (...), es valorable en el 70% de la horquilla establecida como Leve: 12.972,60€

Daño moral:50.000 €

TOTAL: 148.448,38 €».

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación de escrito de reclamación con registro de entrada ante el Servicio Canario de la Salud el día 24 de febrero de 2025.

Junto al escrito de reclamación inicial se adjunta informe médico pericial suscrito por los doctores (...) y (...), con fecha 25 de noviembre de 2024.

2. Con fecha 26 de febrero de 2025 el órgano instructor formula requerimiento al interesado a fin de que subsane la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por éste con fecha 17 de marzo de 2025.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 24 de marzo de 2025, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

4. Con fecha 11 de agosto de 2025 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Asimismo, obra en el expediente la historia clínica relativa a la asistencia recibida en el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, la historia de salud correspondiente al ámbito de Atención Primaria y el informe del médico que atendió al reclamante el día 3 de febrero de 2024.

5. Con fecha 22 de agosto de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la documentación facilitada por los reclamantes -incluido el informe médico pericial-, la historia clínica obrante en la Atención Primaria y Especializada y los diversos informes recabados por la Administración sanitaria durante el periodo de instrucción.

El acuerdo probatorio figura convenientemente notificado al reclamante.

Asimismo, y con idéntica fecha -22 de agosto de 2025- se acuerda la apertura del preceptivo trámite de vista y audiencia al interesado, que es debidamente notificado a éste.

6. Con fecha 10 de octubre de 2025 el reclamante solicita la copia del expediente administrativo instruido -folios 161 a 287-; solicitud que es atendida por la Administración sanitaria con fecha 5 de noviembre de 2025.

7. Una vez transcurrido el plazo legalmente conferido al efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte del reclamante.

8. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], 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.

9. Con fecha 11 de noviembre de 2025 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se estima *« (…) parcialmente la reclamación formulada por (…), reconociendo su derecho a percibir una indemnización por importe de setenta y un mil ochocientos veintidós euros con ochenta y siete céntimos de euro (71.822,87 €) por concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

10. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 14 de noviembre de 2025, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución señala que ha quedado acreditado, en el caso que nos ocupa, tanto el daño alegado como su relación de causalidad con el funcionamiento del Servicio, si bien no estima adecuada la cantidad señalada por el reclamante como importe a indemnizar por la Administración sanitaria, sino la valoración contenida en el informe del SIP -y que no ha sido cuestionada por el interesado durante el trámite de vista y audiencia-.

2. Pues bien, una vez examinado el contenido del expediente instruido, se considera que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, tanto desde el punto de vista formal [habiéndose tramitado adecuadamente el procedimiento administrativo, sin que concurran circunstancias que obsten a la emisión de un dictamen de fondo], como desde una perspectiva material, al concurrir los presupuestos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria con el alcance establecido en la Propuesta.

En este sentido, resulta pertinente remitirnos a las consideraciones efectuadas por el SIP en su informe de 11 de agosto de 2025:

«1. El escroto agudo constituye una situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición más o menos súbita de dolor intenso y en ocasiones, signos inflamatorios en el escroto o en su contenido. A menudo se acompaña de signos locales y síntomas generales.

La anamnesis y la exploración física nos enfocan hacia las distintas entidades etiológicas del escroto agudo siendo las más frecuentes la torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares (sobre todo la torsión de la Hidátide de Morgagni).

En el caso de la torsión testicular se trata de una urgencia urológica dado que la viabilidad testicular es inversamente proporcional a la duración de la torsión. El tratamiento urgente tiene como finalidad restablecer cuanto antes el flujo vascular al testículo evitando así la necrosis y atrofia posterior. La tasa de viabilidad testicular cae desde un 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas, entre las 6 y 12 horas es alrededor del 70% y hasta un 20% a las 12 horas. La mayor probabilidad de necrosis testicular se produce a partir de las 8-10 horas de evolución.

Clínicamente, la torsión testicular se caracteriza por dolor testicular de inicio súbito o gradual que puede irradiarse a región inguinal o suprapúbica, acompañado de tumefacción escrotal. Pueden aparecer náuseas, vómitos e hiperpirexia.

A la exploración física el testículo suele estar elevado hacia el anillo inguinal superficial y horizontalizado (signo de Governeur), ser doloroso al tacto e incluso estar aumentado de tamaño. La piel del escroto puede estar edematosa y enrojecida. El signo de Prehn es negativo: al elevar el testículo hacia la sínfisis púbica no disminuye el dolor e incluso lo aumenta, y existe ausencia del reflejo cremastérico (reflejo cutáneo que aparece al rozar la cara supero-interna del muslo, produciendo elevación del testículo homolateral o la contracción de la pared abdominal). La identificación del epidídimo en posición anterior o lateral y la palpación de un cordón espermático de consistencia blanda y algo congestivo son indicios muy sugestivos de torsión testicular.

Por su parte, la orquiepididimitis, diagnóstico inicial del paciente, tiene un inicio gradual, progresivo en horas o días. El cordón espermático está engrosado y tumefacto y es

frecuente que haya hidrocele reactiva, la posición testicular es normal o algo ascendida, está presente el reflejo cremastérico y es positivo el signos de Prehn. Puede haber síntomas sistémicos como fiebre, disuria o secreción uretral.

La ecografía doppler es una prueba diagnóstica valiosa para el diagnóstico diferencial en los casos de escroto agudo. Permite evaluar la anatomía (presencia de hidrocele, tumefacción del epidídimo) y facilita información sobre la disminución, ausencia (torsión) o aumento del flujo sanguíneo hacia el testículo (orquiepididimitis aguda).

En el presente caso, en la consulta inicial el paciente refería dolor en testículo derecho. En la exploración física se constata, en ese momento, dolor a la palpación y aumento del volumen del testículo.

Por tanto, la sintomatología descrita en la Historia de Salud podría ser compatible con ambos procesos. Aunque el Médico informa que no evidencia otros signos que le hicieran pensar en torsión testicular, como elevación testicular, náuseas, vómitos, cambio de coloración, así como ausencia de reflejo cremastérico, estos datos no están reflejados en la Historia de Salud de forma que permitan orientar un diagnóstico diferencial o la indicación de ecografía Doppler.

2. En el supuesto de torsión testicular, la tasa de viabilidad testicular cae desde un 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas, entre las 6 y 12 horas es alrededor del 70% y hasta un 20% a las 12 horas. La mayor probabilidad de necrosis testicular se produce a partir de las 8-10 horas de evolución.

En la primera asistencia en fecha 3 de febrero de 2024, se relata que han transcurrido 4 horas desde el inicio del cuadro de dolor testicular. Coincide con el comentario realizado en fecha 23 de febrero de 2024 sobre inicio del cuadro a las 00:00 h teniendo en cuenta que acude al Centro de Salud a las 03:59 h.

Este periodo de tiempo y el preciso para la realización de la prueba ecografía Doppler y llevar a cabo la opción terapéutica correspondiente nos lleva a concluir que, de existir torsión testicular desde la primera consulta, la posibilidad de viabilidad testicular se ha visto afectada, que en ese momento era de un 85 a 100 %. Y que, la no realización del diagnóstico incrementó la probabilidad de necrosis testicular y con ello la falta total de viabilidad del testículo derecho.

3. Tras tratamiento con antibiótico y antiinflamatorio mejoró el cuadro pasado 4-5 días lo que sugiere orquiepididimitis.

Con el tratamiento médico mejora progresivamente el dolor en caso de orquiepididimitis con mejoría clínica en los primeros días disminuyendo la inflamación y el dolor.

En el caso de torsión testicular, el tratamiento médico pautado no mejoraría la causa, pero la evolución a necrosis podría explicar la disminución del dolor. No obstante, la evolución a necrosis se instauraría, en su caso, generalmente en el plazo de 6-12 horas y en el 90% de los casos después de las 24 h se ha producido la muerte del tejido. Sin embargo, en el presente caso la mejoría se sitúa a los 4-5 días.

Por tanto, y aunque no muy frecuente, el curso inicial pudo ser una orquiepididimitis con evolución posterior a torsión testicular y necrosis. Se describe como causas de esta evolución el hecho de que la inflamación testicular puede aumentar el peso del testículo y cambiar su posición predisponiendo a torsión secundaria.

El paciente no realizó más consulta hasta el 15 de febrero de 2024. Ya en ecografía realizada el 22 de febrero de 2024 se objetivan hallazgos en relación con una torsión testicular evolucionada.

4. Si se llega al diagnóstico de torsión testicular, el tratamiento debe ser la exploración quirúrgica urgente, porque se compromete la viabilidad del testículo. Un testículo con viabilidad marginal debe colocarse entre compresas tibias y ser reevaluado después de varios minutos. Un testículo necrótico debe ser extirpado, seccionado el cordón espermático.

Si el diagnóstico se hace antes de las 6 horas de iniciado el proceso de torsión, el tratamiento quirúrgico pexia testicular es la única posibilidad de salvar el testículo. Entre las seis y doce horas de iniciado el proceso de torsión de cordón espermático es dudosa la respuesta favorable de salvar el testículo con la orquidopexia. La orquiectomía, que es la extirpación del testículo, generalmente está indicada en casos de torsión testicular cuando hay necrosis irreversible del órgano.

Por otra parte, se debe realizar también la fijación del testículo contralateral para evitar el riesgo de torsión futura. Ante una torsión testicular la pexia del testículo sano era precisa como se indicó en la consulta de Urología de 23 de febrero de 2024 "orquidofijación del sano en cualquiera de las opciones".

Concluimos que la pérdida de testículo derecho debe ser indemnizada no así la pexia del testículo sano precisa para evitar nueva torsión.

5. Después de mejoría a los 4-5 días desde la asistencia inicial, el 23 de febrero refieren que el paciente se encuentra bien presentando como única incidencia lesión indurada en escroto.

6. Se habla en marzo de 20204 de astenospermia, es decir, movilidad reducida de los espermatozoides. No se menciona hipospermia ni oligospermia. En general, la extirpación de un solo testículo suele permitir que el testículo restante continúe produciendo espermatozoides y hormonas sexuales, como la testosterona, manteniendo la fertilidad y las funciones hormonales.

La presencia de anticuerpos frente a antígenos de las células germinales y espermatozoides, mencionada en la reclamación, aunque hecho posible, no está demostrado en el paciente.

Esta formación de anticuerpos tarda un tiempo en manifestarse en el seminograma. Este proceso inmunológico puede comenzar a notarse en unos meses después del evento, típicamente entre 3 a 6 meses.

El proceso escroto agudo en el paciente tuvo lugar en fecha 3 de febrero de 2024 con intervención quirúrgica el 7 de marzo de 2024.

Sin embargo, no había trascurrido un mes desde el proceso cuando en seminograma de 29 de febrero estando la concentración de espermatozoides normal la motilidad estaba disminuida, se describe espermatozoides móviles progresivos 5%, es decir, ya tiene astenospermia.

Astenospermia se mantiene en marzo de 2024 pero con 38 millones de espermatozoides.

En último seminograma que consta, fecha 21 de enero de 2025 la concentración de espermatozoides es de 18 millones/mL y no de 8 millones/mL como se apunta en la reclamación, siguiendo presente la astenospermia.

7. El retraso en la realización de la prueba oportuna, ecografía Doppler testicular, ha mermado la posibilidad de viabilidad del testículo derecho del reclamante después del cuadro de escroto agudo, sin perjuicio de que la propia patología y su evolución no permiten la certeza de su posibilidad».

Así pues, y como indica el órgano instructor a la vista del informe del SIP, *« (…) la no realización del diagnóstico incrementó la probabilidad de necrosis testicular y con ello la falta total de viabilidad del testículo derecho, existiendo, por tanto, nexo causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia sanitaria prestada».*

Efectivamente, del análisis conjunto de la documentación clínica y del informe pericial aportado por el reclamante, se desprende que la asistencia sanitaria inicial, prestada en el Servicio de Urgencias el día 3 de febrero de 2024, no se ajustó plenamente a la *lex artis ad hoc*. Si bien se realizó una exploración física y se consignó dolor a la palpación y aumento de volumen testicular, no se reflejaron en la historia clínica datos esenciales para el diagnóstico diferencial, como la posición testicular, la presencia o ausencia del reflejo cremastérico o la valoración del signo de Prehn. Esta omisión, unida a la falta de indicación de una ecografía Doppler urgente, redujo significativamente la posibilidad de preservar la viabilidad del testículo derecho, tal y como concluye el informe pericial y corrobora el Servicio de Inspección.

Por otro lado, el informe del SIP pone de relieve que, aun cuando la sintomatología inicial podía ser compatible tanto con orquiepididimitis como con torsión testicular, la demora en la realización de la prueba diagnóstica adecuada [ecografía Doppler] incrementó la probabilidad de necrosis testicular. El propio informe señala que, de haberse confirmado la torsión en las primeras seis horas, la tasa de viabilidad habría sido del 85-100 %, mientras que la falta de diagnóstico oportuno condujo a la pérdida irreversible del órgano.

En resumen, la falta de exhaustividad en la exploración y en el registro clínico, unida a la demora en la realización de la prueba diagnóstica adecuada, constituyen un funcionamiento anormal del servicio público sanitario que redujo, significativamente, la posibilidad de preservar la viabilidad del órgano -testículo- [tal y como se recoge en el informe pericial y en las conclusiones del Servicio de Inspección]-, lo que justifica la existencia de un nexo causal entre la actuación sanitaria y el daño reclamado en los términos del art. 32 LRJSP. Por lo que, en este caso, se ha vulnerado la *lex artis ad hoc*, incurriendo en responsabilidad la Administración sanitaria por el daño causado -que podría haberse evitado-, produciendo un error en el diagnóstico y consecuente pérdida de oportunidad en el paciente de salvar su testículo derecho. De tal manera que procede resarcir al perjudicado de los daños irrogados por la deficiente actuación de los servicios médicos del sistema público de salud.

En idénticos términos se ha pronunciado esta Institución consultiva respecto a supuestos de hecho similares al ahora examinado en el presente expediente consultivo. Así, en el Dictamen 127/2023, de 30 de marzo, hubo ocasión de señalar lo siguiente:

« (...) el retraso en la realización de las pruebas oportunas determinó un error en el diagnóstico inicial y un retraso en el correcto tratamiento, mermando las probabilidades de curación del paciente, razón por la cual se concluye la falta de adecuación a la lex artis ad hoc dada por una falta de puesta a disposición del paciente de todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes.

Por ello, debe ser indemnizado, como consecuencia de la ausencia de puesta a su disposición de todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes, si bien, no por la pérdida del testículo, pues una vez producida la torsión testicular, aunque la posibilidad de conservación del testículo aumenta exponencialmente con un diagnóstico precoz, no puede garantizarse, como no puede garantizarse nunca la curación en los procesos médicos, al tratarse de obligación de medios y no de resultados (...)

En consecuencia, ante la patología y síntomas que presentaba el paciente, que hacían sospechar de torsión testicular, no se utilizaron todos los medios adecuados para descartar la misma mediante una ecografía eco-doppler, por lo que, en este caso, se ha vulnerado la lex artis ad hoc, incurriendo en responsabilidad la administración sanitaria por el daño causado, que podía haberse evitado, produciéndose una pérdida de oportunidad en el paciente de salvar su testículo.

A mayor abundamiento, este Consejo se ha pronunciado en supuestos de hecho similares en los que el reclamante presentaba la misma sintomatología y hecho lesivo (pérdida de testículo por torsión testicular), entre otros, en los Dictámenes 16/2012, de 9 de enero, 367/2013, de 29 de octubre, 119/2015, de 9 de abril, 400/2015, de 29 de octubre, 53/2016, de 25 de febrero, 451/2017, de 5 de diciembre y 179/2019, de 16 de mayo, en los que en unos casos la administración sanitaria propone la terminación mediante acuerdo convencional (Dictámenes 367/2013, 451/2017 y 179/2019) o estima parcialmente la reclamación (Dictámenes 119/2015, 400/2015 y 53/2016), considerando este Consejo en muchos de los casos que debían incrementarse las cuantías indemnizatorias.

Así, en el Dictamen 239/2019, de 20 de junio, decíamos lo siguiente, con cita, entre otros, de los Dictámenes 367/2013 y 119/2015: «Por su parte, en el Dictamen 367/2013, señalábamos: " (...) A la vista de los hechos expuestos resulta patente que en la asistencia sanitaria prestada al paciente el día 15 de septiembre de 2010, por los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, no se utilizaron todos los medios de diagnóstico disponibles aconsejados por las circunstancias del caso –ecografía doppler-, especialmente, en relación al anterior diagnóstico del paciente emitido por el facultativo del Centro de Salud `torsión testicular´, constituyendo esta omisión de recursos una vulneración de la lex artis ad hoc; la cual ha impedido la intervención a tiempo sobre la torsión testicular, causando la pérdida del testículo derecho. Hay, pues, una relación de causa a efecto entre la deficiente atención médica prestada al paciente y el daño personal por el que reclama, que la Administración sanitaria reconoce y no discute, proponiendo el correspondiente acuerdo indemnizatorio de terminación convencional previsto en el art. 15.2 RPAPRP (...) ».

Finalmente, en el Dictamen 119/2015, también indicábamos lo siguiente: « (...) La actuación médica inicial, llevada a cabo el 26 de enero de 2013 en el Centro de Salud de la localidad de El Doctoral, originó la pérdida de oportunidad referida al dolor que el menor manifestaba con ocasión de dicha asistencia, lo que fue confirmado posteriormente por el urólogo de zona, que diagnosticó la lesión padecida como "síndrome escrotal agudo derecho desde hace días". Además, el diagnóstico inicial en un menor de edad no es el habitual, pues como nos indica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, la orquiepididimitis es más común en pacientes mayores de 18 años. Por dichas razones, para determinar la enfermedad del menor se tendría que haber requerido un mejor estudio o exploración física,

así como la práctica de la ecodoppler que, como indica el propio informe del citado Servicio de Inspección y Prestaciones, es el mejor medio disponible para tratar la enfermedad padecida. Por lo tanto, siendo evidente la pérdida de oportunidad con motivo de la asistencia médica recibida por el menor en un primer momento, procede indemnizar al interesado (…) »».

3. Este Consejo Consultivo de Canarias se ha referido a la *«pérdida de oportunidad»*, como concepto indemnizable, en los siguientes términos [Dictamen 525/2021, de 3 de noviembre de 2021]:

«En relación con la pérdida de oportunidad, desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada "pérdida de oportunidad" cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño. La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. "La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada" (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003). "En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable" (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009). Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia "la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias" (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014).

La STS de 21 de diciembre de 2015 o 16 de febrero de 2011 refieren 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. En lo que se refiere a la cuantía indemnizatoria, se ha de traer a colación lo señalado por este Consejo Consultivo, entre otros, en su Dictamen 127/2023, de 30 de marzo:

« (...) aun en la hipótesis de que el reclamante hubiera sido correctamente asistido desde un primer momento, no sería posible saber la probabilidad de conseguir con éxito un testículo viable. En tal sentido, la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado sobre la cuantificación de las indemnizaciones provenientes de pérdida de oportunidad, señalando que procede valorarla «no por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. de casación n.º 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación n.º 4981/2011). Por ello, procederá atenerse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación n.º 7126/2012). En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada (...) ».

Aplicando la doctrina señalada con anterioridad al caso ahora examinado, procede concluir que el *quantum* indemnizatorio propuesto por el órgano instructor -y no cuestionado por el reclamante durante el trámite de vista y audiencia- resulta adecuado, de conformidad con lo previsto en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En efecto, la indemnización propuesta responde a una valoración técnico-médica y jurídica plenamente fundada, tanto en lo relativo a la determinación del daño como en la fijación del porcentaje aplicable y en la exclusión de determinados

conceptos reclamados. El órgano instructor constata que, en la primera asistencia de 3 de febrero de 2024, no se practicó la ecografía Doppler que habría permitido completar el diagnóstico diferencial entre orquiepididimitis y torsión testicular. Tal omisión incrementó la probabilidad de necrosis del testículo derecho, habida cuenta de que el paciente llevaba aproximadamente cuatro horas de evolución clínica desde el inicio del dolor y que la literatura médica sitúa la viabilidad testicular entre un 85 y un 100 % dentro de las seis primeras horas. No obstante, también se pone de manifiesto que la sintomatología recogida en la historia clínica era compatible con ambas entidades y que la evolución posterior, con mejoría en los primeros días, es congruente con un cuadro inflamatorio inicial que pudo evolucionar posteriormente hacia una torsión. Esta circunstancia impide afirmar con certeza que, incluso con una actuación plenamente ajustada a la *lex artis*, el testículo hubiera sido viable. Por ello, y conforme a la doctrina consolidada sobre la responsabilidad sanitaria por pérdida de oportunidad, el Servicio de Inspección determina que la relación causal ha de entenderse parcial, fijando un coeficiente indemnizatorio del 90 %, en proporción al grado de probabilidad frustrada de evitar el resultado lesivo -conclusión 7.ª en relación con la 2.ª del informe del SIP-.

Partiendo de tal premisa, la cuantificación de los daños se efectúa con arreglo a la Ley 35/2015, aplicable como sistema objetivo de valoración. Así, se reconocen treinta y tres días de perjuicio personal particular de carácter moderado, comprendidos entre la aparición del cuadro de escroto agudo y la intervención quirúrgica, así como las secuelas permanentes derivadas de la pérdida del testículo derecho, valorada en veinticinco puntos en atención a la edad del paciente, junto con los tres puntos correspondientes a la prótesis testicular implantada. Aplicada la fórmula de concurrencia de secuelas, el resultado asciende a veintiocho puntos, cuya traducción económica para un menor de diecisiete años se cifra en 56.730,02 euros. A dicha cantidad se suma la indemnización por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, valorada como leve dentro del rango legalmente establecido. El total resultante, previo ajuste al coeficiente del 90 %, asciende a 71.822,87 euros.

El SIP explica, igualmente, y de forma motivada, los conceptos cuya indemnización no procede.

En primer lugar, la fijación del testículo izquierdo no constituye un daño indemnizable, al tratarse de una actuación clínicamente obligada en todo caso de torsión testicular, al margen de la eventual existencia de error diagnóstico, y orientada exclusivamente a prevenir recidivas [conclusión 4.ª: *«Concluimos que la*

pérdida de testículo derecho debe ser indemnizada, no así la pexia del testículo sano, precisa para evitar nuev(a) torsión»].

De igual modo, no se reconoce indemnización por una supuesta pérdida funcional del testículo izquierdo, al no desprenderse de los seminogramas realizados una alteración cuantitativa relevante del número de espermatozoides ni un trastorno funcional objetivable; la astenospermia observada resulta compatible con la situación clínica del paciente y no constituye una secuela atribuible al funcionamiento del servicio [Conclusión 6.ª].

Finalmente, tampoco se valoran como daño indemnizable los actos estrictamente necesarios para el tratamiento de la torsión testicular una vez producida la necrosis, como la orquiectomía, por responder a la evolución propia de la patología y no a la actuación sanitaria inicial: *«El tratamiento quirúrgico de la torsión testicular es necesaria por la patología del paciente y, por tanto, no valorada como indemnización»*.

En consecuencia, la propuesta indemnizatoria formulada por el Servicio de Inspección se ajusta a criterios técnico-médicos y jurídicos objetivables, atiende al daño efectivamente acreditado, aplica correctamente el sistema de valoración legal y razona de manera suficiente tanto el porcentaje aplicable por pérdida de oportunidad como la exclusión de aquellos conceptos que, conforme a la normativa y a la doctrina consolidada, no pueden considerarse daños resarcibles imputables a la actuación sanitaria.

5. En conclusión, se entiende correcta la valoración efectuada por el Servicio de Inspección [y asumida por la Propuesta de Resolución -art. 88.6 LPACAP-], siendo de aplicación el art. 34.3 LRJSP, que hace referencia a la actualización de la cuantía de la indemnización a la fecha que ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho en atención a los razonamientos jurídicos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.