Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de junio 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 (...), abogado, en nombre y representación de (...), quien a su vez actúa en nombre y representación de sus hijos menores (...) y (...), y de (...), y de (...) y (...), por el fallecimiento de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 201/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por oficio de la Consejera de 12 de mayo de 2026 (registrado en el Consejo al día siguiente, 13 de mayo), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Dada la cuantía solicitada como indemnización, 627.207,33 € -reducida luego a 539.240,76 €-, resulta preceptiva la solicitud de dictamen, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), estando legitimada para solicitar el dictamen la Consejera, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Pero, 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 SCS, está delegada en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el propio SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. En cuanto al requisito de legitimación activa de los interesados, allegados y parientes de una persona fallecida, ha de señalarse que se trata de una cuestión que ha sido objeto en el propio expediente de análisis y resolución incidental, pues consta que, mediante Resolución n.º 430/2025, de 3 de junio de 2025, de la Secretaria General del SCS se acordó:

«Admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) actuando en nombre y representación de (...), quien a su vez actúa en nombre y representación de sus hijos (...) y (...), e inadmitir, por falta de legitimación activa, la reclamación formulada por (...) actuando en nombre y representación (...), (...) y (...)».

Tal Resolución fue objeto de Recurso de Reposición interpuesto por la representación de los reclamantes, el 3 de julio de 2025, que fue desestimado por la Resolución n.º 2864/2025, de 8 de agosto de 2025, del Director del SCS, sin que conste que la desestimación del recurso haya sido luego objeto de recurso contencioso-administrativo ni impugnada de otro modo, y la propia representación de los reclamantes, en trámite posterior, redujo luego las pretensiones resarcitorias a las de los interesados cuya reclamación fue admitida a trámite, es decir, la pareja y los hijos del fallecido, y ha minorado la cuantía indemnizatoria, limitándola a la que correspondería y se reclama para estos.

Por ello, no procede ahora pronunciamiento del Consejo sobre la legitimación activa de los hermanos de la persona fallecida, (aunque la Propuesta de Resolución vuelva a expresarse al respecto), pues es asunto que ha sido objeto de decisión y de recurso de reposición, resuelto en el expediente, y si es firme la decisión en esta vía, solo podría debatirse ya en sede judicial, no constando [como se dijo] la impugnación de lo resuelto, sino más bien la aquiescencia al criterio de la administración pública.

En todo caso, cabe señalar que, efectivamente, en este procedimiento, y en virtud de la doctrina reiterada de este Consejo, siguiendo el criterio jurisprudencial (ver, por todos, nuestro reciente Dictamen 118/2026, de 14 de abril), sin duda, ostentan legitimación activa para interponer reclamación de responsabilidad patrimonial, por los daños sufridos por el fallecimiento de (...), (...), que fue pareja de hecho del fallecido, condición acreditada en el expediente, y sus hijos menores (...) y (...), en cuya representación actúa aquélla, en virtud de su patria potestad sobre ellos (arts. 154 y 162 del Código Civil), dado que los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en sus respectivas esferas personales (art. 4.1.a) LPACAP). Todos los interesados actúan mediante la representación debidamente acreditada del abogado (...) (art. 5.1 LPACAP).

5. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. La reclamación no es extemporánea, pues se formuló en el plazo de un año fijado en la ley (art. 67 LPACAP), el 28 de abril de 2025 respecto de un daño que quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 30 de abril de 2024.

II

Los motivos en que se funda la reclamación

Los reclamantes solicitan una indemnización por los daños y perjuicios que refieren haber sufrido por causa, presuntamente, del funcionamiento del servicio público sanitario, con motivo y ocasión de la asistencia prestada por el SCS al fallecido, que era pareja de la reclamante Yazmina del C. y padre de sus hijos (...) y Á.

En el escrito inicial se relatan los siguientes hechos esenciales como fundamento de la reclamación:

«PRIMERO.- (...), varón de 39 años (...) acudió en varias ocasiones el 23 de abril de 2024 a su centro de salud sobre las 6 de la mañana por odinofagia de varios días de evolución y se le diagnóstico faringitis.

El paciente regresó a su centro de salud sobre las 11:42 de la mañana del 23 de abril de 2024 con el mismo cuadro de dolor e inflamación más fiebre y decaimiento, (recordemos que había tomado ibuprofeno) y objetivaron un ABCESO en la amígdala derecha.

Se indicó marcado aumento amigdalino con absceso en la amígdala palatina derecha, indicándose tratamiento antibiótico con azitromicina y medidas sintomáticas.

Adelantamos que se debería haber derivado al paciente a urgencias para ser valorado por un otorrino para drenaje o/y control con hospitalización/monitorización, realización de pruebas, analíticas en su caso debido al riesgo existente de que la infección del absceso avanzase y pusiera en riesgo la vida del paciente como así fue.

SEGUNDO.- 24 de abril de 2024 -Primer ingreso en Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

A las 02:01 h del 24 de abril de 2024, el paciente se presentó en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular por el cuadro patológico del mañana anterior unido a disnea, en dicho contexto indicando que había acudido a su centro de salud por la mañana por dolor al tragar, donde se documentó odinofagia persistente pero los médicos que atendieron al paciente entendieron que no había gravedad.

Se erró en que no se observaba ningún absceso (prueba de ello fue diagnosticado de un absceso esa misma madrugada en otro hospital en el H.U.Dr. Negrín) y administró tratamiento con Urbason y Enantyum intramuscular y se decidió alta a las 03:47 horas con indicaciones de seguimiento domiciliario.

Adelantamos que la asistencia en este centro fue deficiente con un alta indebida que contribuyó al progreso de la sepsis del paciente y que posteriormente el paciente ingresara con un cuadro patológico que no pudo remontar:

No se tomaron constantes vitales ni se realizó analítica sanguínea.

No se descartó la presencia de un absceso periamigdalino mediante ecografía o TAC.

Se dio el alta sin una exploración adecuada, lo que constituye una actuación deficiente.

No se consultó a un otorrino.

TERCERO.- Horas después, aproximadamente a las 05:40 h, acudió nuevamente, esta vez al Hospital Universitario Dr. Negrín, con disnea progresiva y estridor. Se evidenciaron secreciones en "agua de lavar carne", abombamiento periamigdalino bilateral y edema de epiglotis.

Se realizó intubación orotraqueal y se inició ventilación mecánica. Un TAC cervicotorácico mostró la presencia de un absceso de 1 x 1,4 x 4 cm en la amígdala palatina derecha con extensión al espacio faringomucoso y visceral, comprometiendo la vía aérea, dado de alta de urgencias las 08:49 tras ser valorado por otorrino se decide cirugía urgente.

Por tanto, el paciente fue intervenido por "sepsis en contexto de absceso periamigdalino" según se detalla en la historia clínica de forma previa a la cirugía entra en situación de shock séptico.

Se interviene al paciente en ICI, tras la intervención presenta fallo respiratorio refractario con presiones elevadas, presencia de agua de lavar carne por tubo y necesidad de traqueostomía.

El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de sepsis secundaria a absceso periamigdalino con insuficiencia respiratoria aguda. Se instauró ventilación mecánica, sedación profunda con midazolam y morfina, soporte hemodinámico con noradrenalina, y tratamiento antibiótico intravenoso con clindamicina y azitromicina.

Con hipoxemia severa y shock refractario, se decidió implantar un ECMO veno-venoso femorofemoral, procedimiento realizado en la madrugada del 24 al 25 de abril.

Complicaciones neurológicas.

Se realizó un TAC cerebral debido a la aparición de pupilas midriáticas arreactivas, evidenciándose signos de encefalopatía hipóxico-isquémica con marcada expansión intracraneal y pérdida de la diferenciación córtico-subcortical.

Retiro de ECMO y progresión neurológica

El 27 de abril se inició el destete progresivo del ECMO, con parámetros ventilatorios protectores y estabilidad gasométrica. La terapia ECMO se retiró sin incidencias el 28 de abril. Ese mismo día, se realizó un nuevo TAC craneal, que evidenció un empeoramiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica y mayor expansión intracraneal.

Tras la retirada de la sedación, se realizó un primer test clínico de muerte encefálica a las 11:30 h, con exploración neurológica compatible, aunque el Doppler transcraneal no mostró patrón de ausencia de flujo cerebral, por lo que se programó una nueva evaluación al día siguiente.

Confirmación de muerte encefálica el 30 de abril de 2024.

A las 10:00 h, se realizó un nuevo Doppler transcraneal, evidenciando un patrón compatible con muerte encefálica, confirmando el diagnóstico. Se informó a la familia y a coordinación de trasplantes.

Diagnósticos finales:

Shock séptico severo refractario secundario a absceso periamigdalino derecho.

Bacteriemia por Parvimonas micra.

1. Supraglotis aguda.

Miocardiopatía de estrés con disfunción ventricular severa. Shock cardiogénico.

Insuficiencia respiratoria mixta severa con edema agudo de pulmón.

Encefalopatía hipóxico-isquémica con evolución a muerte encefálica.

(...) Por todo lo anterior el impacto clínico del retraso diagnóstico, errores, acciones y omisiones: El cuadro de infección del paciente por el absceso no tratado adecuadamente ni controlado progresó a una sepsis con compromiso respiratorio que derivó en shock séptico con graves complicaciones (cardiológicas, neurológicas entre otras) que le condujeron al fallecimiento y que se habría evitado en caso de una atención más diligente en su centro de atención primaria en la mañana del 23 de abril de 2024 a las 11:46 horas con la derivación del paciente al hospital para que lo valorase un otorrinolaringólogo y en su caso que se realizase el correspondiente drenaje/control monitorización y que fue agravada por la actuación en el ámbito hospitalario del Hospital Insular a las 2:01 horas del 24 de abril de 2024 con un alta indebida en la que se erró en el diagnóstico y en la que también se añadieron más horas de retraso».

Se solicitaba una indemnización de 627.207,33 €, pero tras inadmitirse la reclamación de los hermanos y la madre del fallecido, ha quedado en 539.240,76 euros.

III

Los principales trámites del expediente

1. En este procedimiento el plazo de resolución está vencido, sin que se haya justificado la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Desde el punto de vista formal, el presente procedimiento ha sido tramitado adecuadamente, constando las siguientes actuaciones:

- El 29 de abril de 2025 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello reciben notificación el día 30 de abril de 2025, aportando lo requerido el 9 de mayo de 2025, señalando que no se han incoado por esta causa diligencias penales, e instando a que se requiera a los centros hospitalarios y de atención primaria toda la historia clínica del fallecido. Asimismo, el 12 de mayo de 2025 se anexan alegaciones en las que se aclaran determinados puntos de la reclamación inicial, incidiendo la relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del SCS, reiterando los términos de aquella reclamación.

- Mediante Resolución n.º 430/2025, de 3 de junio de 2025, de la Secretaria General del SCS se acordó: *«Admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) actuando en nombre y representación de (...), quien*

a su vez actúa en nombre y representación de sus hijos (...) y (...), e inadmitir, por falta de legitimación activa, la reclamación formulada por (...) actuando en nombre y representación (...), (...) y (...)». Esta resolución es notificada a los reclamantes el 5 de junio de 2025.

El 3 de julio de 2025 se interpone Recurso de Reposición contra dicha resolución, que fue desestimado por la Resolución n.º 2864/2025, de 8 de agosto de 2025, del Director del SCS, notificada a los reclamantes el 14 de agosto de 2025, sin que conste que tal resolución haya sido luego objeto de recurso contencioso-administrativo ni impugnada de otro modo.

- El 3 de junio de 2025 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que se recabe la historia clínica completa del fallecido, así como informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño por el que se reclama, y, en su caso, si lo estima conveniente, su propio informe (SIP). El 24 de noviembre de 2025 se emite informe por el SIP, al que acompaña la documentación recabada al efecto: Historia de Salud del paciente correspondiente al ámbito de Atención Primaria; copia de la Historia Clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI); copia de la Historia Clínica obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN); e informe del Jefe de Servicio de Urgencias del CHUIMI, Dr. (...), emitido el 17 de junio de 2025.

Ha de advertirse que solo se incorpora Informe del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Materno Infantil de Las Palmas, y no de los otros servicios médicos que atendieron al fallecido: los de atención primaria de Gran Canaria, y los de Otorrinolaringología y de Urgencias, del Hospital Universitario Doctor Negrín. Ello pudiera parecer no ajustado a la exigencia del art. 81.1 LPACAP, que permitiría pedir informe a todos ellos.

Sin embargo, el Consejo lo entiende suficiente, pues el servicio *a* cuyo funcionamiento se atribuye la lesión indemnizable es, claramente, el Servicio de Urgencias del CHUIMI y, además, el contenido de las historias clínicas y la documentación clínica recibida de todos aquellos servicios citados suple la falta de informes y permite conocer el desarrollo de la asistencia prestada al fallecido y los criterios que orientaron o condujeron a las sucesivas decisiones asistenciales.

- El 26 de noviembre de 2025 se dicta acuerdo probatorio, que admite las pruebas documentales propuestas por los interesados e incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso

este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello reciben notificación los interesados el 27 de noviembre de 2025.

- El mismo día 26 de noviembre de 2025 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, lo que se notifica al día siguiente a los interesados, que aportan escrito de alegaciones el 11 de diciembre de 2025. Es ellas se refutan las argumentaciones del informe del SIP y se reiteran los términos de la reclamación inicial. Asimismo, en este trámite se cuantifica de nuevo la indemnización que se solicita, referida únicamente a los daños sufridos por los interesados cuya reclamación fue admitida a trámite: pareja de hecho e hijos del fallecido, resultando una cuantía de 539.240,76 euros.

- El 19 de enero de 2025 se presenta escrito por los reclamantes en el que se insta el impulso del procedimiento y reiteran nuevamente sus alegaciones.

- El 12 de febrero de 2026 se remiten al SIP las alegaciones formuladas en el trámite de audiencia por los interesados, para que emita informe complementario, lo que ocurre el 12 de marzo de 2026.

- El 25 de marzo de 2026 se confiere nueva vista y audiencia a los interesados, dado el nuevo informe del SIP. El 9 de abril de 2026 se presenta escrito de alegaciones en el que, nuevamente, se refuta el informe del SIP y se reiteran los términos de la reclamación inicial.

- El 22 de abril de 2026, los reclamantes presentan escrito en el que instan el impulso del procedimiento y, de nuevo, reiteran su reclamación.

- El 12 de mayo de 2026 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalarse que se trata de una cuestión resuelta previamente e informada por el Servicio Jurídico, no siendo preciso, pues, tal informe, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero.

IV

Análisis de la cuestión de fondo: si se infringió la *lex artis ad hoc* y si hubo pérdida de oportunidad

La Propuesta de Resolución es, como acaba de decirse, desestimatoria de la reclamación.

Los requisitos de la existencia de responsabilidad patrimonial están bien definidos y descritos en una doctrina consolidada y consistentemente fundada en la Constitución (art. 106,2), la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) (arts. 32 y 34) y LPACAP (art. 67).

Ha de haberse causado a un particular un daño, real, efectivo, individualizado y económicamente evaluable, que haya sido efecto o consecuencia del funcionamiento de un servicio público, sin exista un deber jurídico de soportarlo ni haya habido fuerza mayor.

Si el servicio público es el sanitario, ha de concurrir en su actuación infracción de las reglas del oficio, la *lex artis ad hoc*, según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica (art. 34,1 LRJSP).

Si tales reglas se han cumplido no se podrá imputar al servicio responsabilidad por el daño, que habrá sido efecto de la propia patología o de otras causas, pero no de la actuación sanitaria, a la que no le es exigible la obtención de efectivos resultados curativos o sanadores, sino el uso de todos los medios disponibles y adecuados.

Como ejemplo de aplicación de los preceptos y doctrinas citadas pueden mencionarse muchos de nuestros Dictámenes. Por citar los más recientes, cabe reseñar el DCC 200/2026, de 26 de mayo, o el 198/2026, de la misma fecha.

Procede, pues, determinar si tales requisitos, exigidos con los criterios de la ley, la jurisprudencia y nuestra doctrina, concurren en este caso.

1. Las distintas etapas o fases de la asistencia sanitaria prestada al fallecido

El examen ordenado y sistemático del expediente puede iniciarse a partir del informe del SIP de 24 de noviembre de 2025, cuya exposición cronológica resulta útil reproducir:

«2.El día 23 de abril de 2024 acudió a las 6:50 horas para valoración en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor de garganta y de oído derecho desde la noche anterior, sin fiebre. A la exploración física se describía "oídos normales, orofaringe hiperémica sin exudados", por lo que se estableció el diagnóstico de faringitis aguda y se le indicó tratamiento sintomático (antiinflamatorio).

3. El mismo día volvió a acudir al Servicio de Urgencias de Atención Primaria a las 11:50 horas refiriendo persistencia de dolor de garganta, asociando decaimiento y fiebre. A la exploración física presentaba "orofaringe muy enrojecida y con marcado aumento amigdalino

derecho, con absceso en la misma". Se estableció el diagnóstico de absceso de amígdala, y se añadió tratamiento antibiótico domiciliario.

4. El día 24 de abril [de madrugada]acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI en adelante) a las 02:01 horas [es decir, la noche del mismo día 23, madrugada del 24] por odinofagia (dolor al tragar) y disnea (sensación de falta de aire). Se realizó el triage con toma de constantes vitales (SatO2 100% respirando aire ambiente, FC 127 lpm, Tª 37'1ºC; no toma de tensión arterial por escasa colaboración del paciente según se registró en el formulario). Fue valorado por el facultativo médico quien registró que en el momento de la valoración no presentaba fiebre, esputo (secreción), dolor torácico, dolor abdominal ni otra sintomatología. A la exploración física se describía "Buen estado general, normocoloreado, normohidratado, consciente y orientado, afebril, estable hemodinámicamente, FR 24 rpm, SatO2 100%, ORL amígdalas eritematosas, inflamada derecha, no se observa pus o abscesos, dolor a la palpación en región anterior del cuello, no dolor en laterales o posterior, no ganglios, no sialorrea, vía aérea permeable, ACP rítmica, sin soplos, MVC no ruidos sobreañadidos". Se administró corticoide y antiinflamatorio intramuscular, estuvo en observación durante casi dos horas en las que se mantuvo clínica y hemodinámicamente estable por lo que fue dado de alta indicándole los signos de alarma ante los que volver a consultar.

[El alta está registrada a las 3:47.]

5. Ese mismo día, a las 5:40 horas, acudió al SUH del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN en adelante), presentando a su llegada al triage disnea franca, secreciones en agua de lavar carne (blanco-rojizas) y estridor auscultatorio. Pasó directamente a la Unidad de Críticos dónde se inició ventilación sin éxito, procediendo a la intubación orotraqueal durante la que se objetivó abombamiento periamigdalino bilateral. Se solicitaron pruebas de laboratorio y microbiología completas (analítica incluyendo gasometría, serología, hemocultivos; antigenuria neumococo; exudado y broncoaspirado), así como pruebas de imagen como la radiografía de tórax "neumonía bilateral en probable contexto de broncoaspiración" y el TC cuello-tórax: "absceso de aproximadamente 1x1.4x4 cm, que se extiende desde la amígdala palatina derecha hasta el espacio faringomucoso y visceral, englobando y colapsando la vía aéreo-digestiva. Craneal al hueso hioides, se identifica un trayecto, por el cuál el absceso aparentemente se abre a la hipofaringe con abundante líquido en torno al tubo endotraqueal. Se pierde plano graso del espacio retrofaríngeo del lado derecho, por tanto sin poder descartar afectación del mismo. Múltiples ganglios cervicales de aspecto reactivo. (...) duda mediastinitis (de muy difícil valoración) vs restos tímicos. No abscesos ni burbujas aéreas. Condensaciones pulmonares bilaterales (...) probablemente en un contexto de neumonía por broncoaspiración". Ante los hallazgos descritos se solicitó valoración por:

a)Servicio de Cirugía Torácica: "Valoramos imágenes del TC. No se objetivan signos de mediastinitis por lo que en el momento actual no consideramos necesaria intervención quirúrgica por nuestra parte. Avisar si incidencias".

b)Servicio de Otorrinolaringología (ORL en adelante): " (...) se realiza exploración con C-MAC (videolaringoscopio para visualización directa de laringe y tráquea), objetivando estructuras supraglóticas con edema fláccido y salida espontánea de material purulento de polo inferior de amígdala derecha, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente para drenaje y exploración de vía aérea superior".

6.Se trasladó al quirófano de ORL en cuya valoración se describe "No abombamiento de pilares anteriores amigdalinos ni desplazamiento de estructuras. Amígdalas grado II. Úvula centrada. Hallazgos compatibles con supraglotitis aguda (...) Se realiza punción sobre pilar anterior derecho siendo negativo para material purulento. Se procede a incisión en pilar anterior derecho con dirección de recorrido retroamigdalar sin evidencia de salida de material purulento". Puesto que no estaba ventilando adecuadamente, se intentó cambiar el tubo endotraqueal con videolaringoscopia, lo que no fue posible por la salida de material purulento sin detectar el punto de drenaje, ocurriendo una parada cardiorrespiratoria por hipoxemia de 7 minutos de duración, recuperada con maniobras de reanimación y traqueostomía de urgencia con la que se logró recuperar la ventilación y circulación espontánea.

Dada la complicación quirúrgica, fue valorado por el Servicio de Cirugía Torácica, con realización de un ecocardiograma transesofágico en el que se objetivó "disfunción VI (ventrículo izquierdo) con hipercontractilidad de segmentos basales, sugestiva de miocardipatía de stress", consensuando con los Servicios de Anestesia y Cardiología implantar ECMO V-V (sistema de soporte vital que actúa como un corazón o pulmón artificial en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria graves), logrando estabilizar al paciente con mejoría de la oxigenación, de manera que pudo ser trasladado a la Unidad de Reanimación.

Mientras se encontraba en quirófano se informó a la familia en varias ocasiones de la situación de gravedad extrema y posibles complicaciones posteriores.

7.En las primeras horas de ingreso en la Unidad de Reanimación se realizó ecoscopia con mejoría de la función cardíaca y mejoría hemodinámica, lo que permitió disminuir el soporte vasoactivo y la sueroterapia. Asimismo, fue revalorado por el Servicio de ORL, quiénes registraron en la historia clínica como juicio diagnóstico la presencia de un shock séptico secundario a supraglotitis aguda + absceso periamigdalino derecho.

A las cuarenta y ocho horas de ingreso destacaba a la exploración física pupilas midriáticas hiporreactivas, por lo que se informó a la familia del mal pronóstico. Se solicitó TC craneal en el que se confirmaron signos de encefalopatía hipoxico-isquémica, y se solicitó

TC cervico-torácico de control describiendo similar aspecto del absceso cervical y empeoramiento de las condensaciones pulmonares.

A las setenta y dos horas del ingreso se inició el destete de ECMO V-V que se retiró por completo al día siguiente sin incidencias. El mismo día 28 de abril continuaba con midriasis arreactiva, se retiró sedación para realizar una exploración neurológica encontrando las pupilas midriáticas arreactivas con reflejos conservados y retirada al dolor, informándose a la familia del mal pronóstico. Se realizó TC craneal de control que mostró progresión de la encefalopatía hipóxico-isquémica con empeoramiento de la expansividad intracraneal. Dado el hallazgo en el TC craneal de control se solicitó valoración por parte del Servicio de Neurocirugía quienes descartaron tratamiento neuroquirúrgico dado el mal pronóstico.

El día 29 de abril se realizó test de muerte encefálica a las 11:40h que fue positiva, se solicitó Doppler craneal que no era compatible con muerte encefálica en ese momento. Al día siguiente se realizó nueva exploración neurológica sin sedación, persistiendo pupilas midriáticas arrectivas, ausencia de reflejos, de respuesta al test de atropina y de respiración espontánea, por lo que se repitió Doppler craneal concluyendo en ese momento patrón compatible con muerte encefálica a las 10:00h del día 30 de abril de 2024, lo que fue informado a los familiares y a coordinación de trasplantes».

Y para analizar la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada al paciente en orden a tratar de evitar su fatal desenlace, procede -tal y como realiza la Propuesta de Resolución- distinguir los sucesivos y diferentes niveles asistenciales en los que fue atendido el paciente y a los que -en varios momentos- se imputa *mala praxis* por los reclamantes.

Estos, pese a lo que parece deducirse y en algún caso se dice expresamente en la Propuesta de Resolución, -según sus escritos- no atribuyen mala praxis al tratamiento del paciente en el HUGCDN, pues señalan expresamente que todas las complicaciones surgidas en este fueron consecuencia de una deficiente actuación en las asistencias previas recibidas por el paciente.

Así alegan, entre otras afirmaciones:

« (…) todas las complicaciones del paciente desde que ingresó en el Hospital Negrín que le condujeron al fallecimiento son a consecuencia de la deficiente asistencia prestada en su Centro de Salud y en el Hospital Insular, en el que se privó al paciente de un ratamiento adecuado para su patología que le habría salvado la vida. Finalmente ingresó en el Dr. Negrín con un cuadro patológico en el que finalmente se intervino al paciente, pero surgieron distintas complicaciones debidas a no haber actuado a tiempo y el paciente fue incapaz de remontar provocando el fallecimiento del paciente por muerte cerebral debido al cuadro principal no abordado a tiempo.

Si se hubiera intervenido antes al paciente se habría drenado su patología con éxito y sin tener que llegar a un cuadro patológico tan complicado como con el que ingresó en el Hospital Negrín, salvando la vida del paciente».

2. La asistencia sanitaria en Atención Primaria el 23 de abril de 2024 a las 11:42 horas

Respecto de ella, señalan los reclamantes:

«Se indicó marcado aumento amigdalino con absceso en la amígdala palatina derecha, indicándose tratamiento antibiótico con azitromicina y medidas sintomáticas.

(…) se debería haber derivado al paciente a urgencias para ser valorado por un otorrino para drenaje o/y control con hospitalización/monitorización, realización de pruebas, analíticas en su caso debido al riesgo existente de que la infección del absceso avanzase y pusiera en riesgo la vida del paciente como así fue».

En este momento el paciente acude nuevamente al SCS por dolor de garganta y otras complicaciones, que no habían mejorado con el tratamiento analgésico pautado en a las 6 de la mañana; al contrario, se había producido un empeoramiento de su estado, presentando en esta segunda ocasión fiebre, malestar general y decaimiento.

Este dato, acompañado de que en la exploración se observa «*Orofaringe: muy enrojecida y con marcado aumento amigdalino derecho, con absceso en la misma*», lleva al facultativo de Atención Primaria a solicitar test de Estreptococo, cuyo resultado es negativo, todo lo cual consta en el expediente, (aunque no es relatado con precisión por los reclamantes).

Y este dato, obtenido en ese momento asistencial, resulta ser muy relevante, toda vez que, como explica el SIP en su informe de 12 de marzo de 2026, en respuesta a las alegaciones de los reclamantes del 11 de diciembre de 2025, ocurre que es precisamente el estreptococo la bacteria que más frecuentemente causa abscesos periamigdalinos.

Así pues, la realización de esta prueba revela que a pesar de que la sintomatología del paciente no era (aún) la típica de abscesos periamigdalinos, al objetivarse el absceso se sospechó y se descartó aquella patología.

Así dice el SIP:

«Se realizó test de estreptococo que fue negativo, siendo de este género la bacteria que más frecuentemente causa abscesos periamigdalinos. De acuerdo a la clínica del paciente sin datos que llevaran a sospechar un cuadro clínico de gravedad (sin fiebre, trismus, sialorrea,

etc) y la negatividad de esta prueba, llevó a la indicación de antibioterapia ambulatoria, sin derivar a centro hospitalario ante un cuadro de menos de 24 horas de evolución sin síntomas de alarma».

La sintomatología que presentaba el paciente en este momento y la negatividad de la prueba realizada, además de que, a pesar de manifestarlo el paciente, en el momento de la consulta no se objetivara fiebre (consta 36,7º), resultaba compatible con el diagnóstico de faringitis aguda y, dada la existencia de absceso, la indicación de antibioterapia oral y alta a domicilio.

Por tanto, ha de concluirse que la asistencia prestada en ese momento al paciente no fue contraria a la *lex artis*. No se percibe contravención alguna de ella y se diría que, al contrario, se extrema el cuidado en la descripción de los síntomas, de la anamnesis y de las pruebas complementaria; y esta información -como se sabe y en este relato conviene resaltar- es muy importante y puede ser decisiva para orientar las posteriores actuaciones de quienes asistan al paciente y es legalmente exigida -no debe olvidarse- por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (arts. 15, 20 y 3).

En este momento de nuestro análisis debe recordarse que el Consejo, siguiendo la doctrina jurisprudencial, ha venido sosteniendo (p. ej. en el Dictamen 118/2026, de 14 de abril) que la asistencia sanitaria no puede analizarse *ex post,* pues conociendo los hallazgos y desenlace finales de aquella asistencia puede ser fácil realizar un correcto aunque *retrospectivo* diagnóstico, que sin embargo no haya sido posible efectuar en el momento mismo de la asistencia.

Por ello, no cabe efectuar reproches asistenciales que se funden en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado luego conocido, pues se violaría la *prohibición de regreso* a la que la el TS se ha referido en muchas ocasiones -entre otras, STS 22 de noviembre de 2013, recurso 741/2010 y también las SSTS Sala 1.ª, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011.

Está vedado analizar la actuación tras regresar a su escrutinio desde acontecimientos posteriores y desconocidos en el momento del diagnóstico; es decir, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, ni reprochar error o retraso diagnóstico o inadecuación del tratamiento sólo mediante una *regresión* o retroceso a partir del curso posterior del paciente y de sus patologías. La valoración ha de efectuarse según las circunstancias del momento en que tuvieron lugar las

actuaciones analizadas, pues la situación de diagnóstico actual o de cada momento es la que determina la decisión médica adoptada, verificando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, sin que sea válido que a partir del diagnóstico final se consideren o sugieran otras que pudieron haberse llevado a cabo, a la luz de lo ocurrido con posterioridad.

En este caso, cabe considerar que no es posible encontrar quebranto de la *lex artis* en la asistencia recibida en Atención Primaria, tanto en la primera recibida (al amanecer del día 23), de la que nada cuestionan los reclamantes, sino tampoco en la segunda asistencia prestada (por la tarde del mismo día), en que se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios en coherencia con sus síntomas y con la duración de estos (referida como inferior a 24 horas) y se obtuvo el resultado de la prueba de estreptococos, siendo de hecho especialmente destacable la propia sospecha, aun sin toda su sintomatología presente, de la patología más tarde diagnosticada, pero descartada en el momento de aquella asistencia mediante el análisis de la posible presencia de una bacteria usualmente responsable de esa patología *sospechada* y descartada.

Además y en todo caso, como dice el SIP ante la alegación de los reclamantes de que tras la segunda valoración en Atención Primaria «*Se debería haber derivado al paciente a urgencias para ser valorado por un otorrino para drenaje o/y control con hospitalización/monitorización, realización de pruebas (...) »,* ha de responderse que ningún efecto produjo la ausencia de tal derivación, porque de hecho el paciente acudió por su propia decisión y voluntad y por sus propios medios al Servicio de Urgencias Hospitalarias del CHUIMI.

Por último -y no lo menos importante- ha de notarse y resaltarse que el servicio de Atención Primaria hace constar con toda claridad la existencia de un absceso, como quedó dicho, y es el «*ABSCESO DE AMIGDALA*» el que se consigna tras el epígrafe *«diagnóstico»*.

3. La asistencia sanitaria en el CHUIMI, la misma noche del 23, madrugada del día 24 (2:01 h)

Señalan los reclamantes en su escrito inicial e insisten en los posteriores en la falta de adecuada asistencia sanitaria en la atención dispensada al paciente a su ingreso el 24 de abril de 2024, a las 2:01 h, en el CHUIMI:

«*En este caso, no se documenta que se haya realizado una exploración completa, ni toma de constantes ni analítica sanguínea. El manejo inadecuado del absceso periamigdalino y la omisión de pruebas diagnósticas claves podrían constituir una deficiencia en la atención inicial, dado que la literatura indica que la identificación temprana de estos abscesos reduce las complicaciones sistémicas.*

En este caso, no se documenta que se haya realizado una exploración completa, ni toma de constantes ni analítica sanguínea.

Es tan evidente que se "COMIERON" [sic] el absceso del paciente que en su centro de atención primaria objetivaron dicho absceso la mañana del 23 de abril de 2024 y posteriormente tras el alta indebida también fue objetivado en el Hospital Universitario Dr. Negrín, por lo anterior es resultada manejo inadecuado del absceso y la omisión de pruebas diagnósticas claves constituyen una deficiencia en la atención inicial, dado que la literatura indica que la identificación temprana de estos abscesos reduce las complicaciones sistémicas y la curación habría sido completa».

Efectivamente, como se razonará a continuación, la no realización de las pruebas necesarias o una exploración física insuficiente o inadecuada o la falta de examen por un especialista (otorrinolaringólogo) no permitieron ni lograron la observación del absceso que, *de facto*, existía, pues había sido ya diagnosticado y *objetivado* en Atención Primaria, y también lo fue casi acto seguido -de las 3:47 h a las 5:40 h - en el Hospital Doctor Negrín, reseñándose sus notables dimensiones.

Ello condujo al CHUIMI a un diagnóstico que es obligado calificar al menos de erróneo, causante además de una demora -breve, pero con toda probabilidad muy importante- en la asistencia finalmente dispensada.

De hecho, el alta del paciente en el CHUIMI en la madrugada el 24 de abril se fundó, precisamente en ese error de diagnóstico, pues, tal y como revela el texto del informe del SIP de 24 de noviembre de 2024:

«*toma de constantes: taquicardia (127 lpm), febrícula (37.1ºC), SatO2 100% (indica cantidad de oxígeno en sangre, normal 95-100%) respirando aire ambiente. Fue valorado por el facultativo médico describiendo a la exploración física un buen estado general, normocoloreado, normohidratado, consciente, orientado, afebril (fiebre si Tª>38ºC, en el momento de la valoración se encontraba afebril), destacando únicamente amígdalas eritematosas con inflamación de la derecha sin observar pus o abscesos. Se indicó administración de corticoide y antiinflamatorio intramuscular, y se mantuvo en observación casi dos horas en las que mantuvo la estabilidad clínica y hemodinámica por lo que fue dado de alta.*

En el momento de esta valoración el paciente se encontraba clínica y hemodinámicamente estable con una exploración física sin signos de gravedad, habiendo descrito de manera específica la valoración de las amígdalas en las que no se observaba pus ni abscesos».

Pero que un fenómeno de la realidad no se observe no ni significa que no exista sino que, como la propia expresión indica, no se ha percibido por el observador.

Puede por ello explicarse las muy críticas expresiones de los reclamantes -como las del escrito antes reseñado y transcrito- en sus alegaciones de 11 de diciembre de 2025:

«*Llama poderosamente la atención que la inspección médica no se pregunté por qué el paciente tenía un absceso a las 11:46 horas de la mañana en su centro de atención primaria, que a las a las 2:01 no se observara ningún absceso (prueba de ello fue diagnosticado de un absceso esa misma madrugada en el H. DR. N.) y administró tratamiento con Urbason y Enantyum intramuscular y se decidió alta a las 03:47 horas con indicaciones de seguimiento domiciliario y a las 5:40 horas ingresó en el H.U.D.N. con un absceso que se objetivó con compromiso respiratorio. (...)* ».

Por otro lado, como señala el informe del SIP, el paciente entró con disnea, esto es «*sensación de falta de aire*», lo que no es incompatible con una saturación de oxígeno adecuada. Ello es explicado en sus alegaciones por los reclamantes, adecuadamente y en atención a criterios médicos objetivos y documentados en bibliografía médica, lo que, en ningún momento ha sido refutado ni intentado desvirtuar por el SIP, ni por la Propuesta de Resolución.

La disnea es descrita, precisamente, como *sensación*, esto es, una condición subjetiva del propio paciente que la padece, de falta de aire. Esta sensación puede ser compatible en el momento de la toma objetiva de la saturación de oxígeno con una cifra normal, como razonan los reclamantes en su escrito de alegaciones de 11 de diciembre de 2025 -explicación no desvirtuada ni refutada por el SIP- partiendo de la consideración objetiva de la existencia real de un absceso en la amígdala derecha, que, en TAC realizado en el HUGCDN resultó ser de notable dimensión: 1 x 1,4 x 4cm.

«*La disnea (dificultad para respirar) con saturación normal y con un absceso amigdalino/preamigdalino puede ocurrir porque la inflamación y acumulación de pus (absceso) puede obstruir total o parcialmente la vía aérea superior (garganta/faringe) o debido a la magnitud del absceso tener esa sensación de dificultad de entrada de aire, pero el pulmón aún no está afectado por infección, por lo que el oxígeno que sí entra se distribuye*

bien y la saturación se mantiene normal, hasta que el absceso se rompa o alcance dimensiones mayores (…) ».

Se insiste en ello en el escrito de 22 de abril de 2026, en contra de las consideraciones del SIP y del informe del Jefe de Urgencias del CHUIMI de 17 de junio de 2025, quienes por su parte insisten en que al alta el paciente se encontraba clínica y hemodinámicamente estable (aunque antes de ello se le había administrado corticoide y antiinflamatorio intramuscular, lo que, en ese momento habría podido enmascarar transitoriamente [2 horas de observación] la sintomatología subyacente):

«El paciente refiere "SIENTE QUE NO PUEDE RESPIRAR" era tal el estado de taquicnea, taquicardia, disnea, odinofagia que al paciente no le pudieron tomar ni la tensión de lo alterado que estaba -consta en la historia clínica: "no toma de tensión arterial por escasa colaboración del paciente según se registró en el formulario"-.

Se objetivan CONSTANTES VITALES ALTERADAS, en la historia clínica la FRECUENCIA CARDIACA son 127 LAT/MIN siendo los valores normales en adultos 60-100lat/min, febrícula de 37º (en realidad, de hecho, consta 37,1º) y aumento de FR (frecuencia respiratoria) de 24 resp/min cuando lo normal es en el adulto sano de 12-20 resp/min respiratoria, la hemoglobina arterial y no evalúa de forma integral la función ventilatoria ni el intercambio gaseoso global. Es importante recalcar que una saturación de O2 (SpO2) del 100% NO descarta una insuficiencia dado que este parámetro refleja únicamente el grado de oxigenación de la hemoglobina arterial y no evalúa de forma integral la función ventilatoria ni el intercambio gaseoso global. De hecho, trasladado al caso que nos ocupa, dicha saturación normal de oxígeno se consigue aumentando la frecuencia respiratoria de 24 resp/min, es decir, por la hiperventilación que presentaba (…)

Por tanto, en el Insular se debió avisar al ORL de guardia otorrinolaringológica para hacer una exploración completa y visualizar y explorar la vía aérea superior mediante nasofibroscopia. En Urgencias del Insular se indica que la vía aérea es permeable (error como se puede comprobar en el TAC del N.) solo le evaluó la orofaringe mediante apertura de boca, sin evaluar el resto de la vía aérea superior que es donde el paciente presentó el problema médico que le ocasionó la asfixia a su llegada al H.U. Dr. Negrín a las 5:40 horas de la madrugada, teniendo en cuenta que el alta médica del C.H. Insular se produjo a las 3:47 horas se trata de un alta indebida y se debió realizar una exploración completa y las pruebas y tratamientos mencionados».

Resulta, efectivamente, de la propia historia clínica del paciente que las constantes vitales tomadas al ingreso en el CHUIMI no eran normales: frecuencia cardiaca alta, con taquicardia, temperatura febrícula, saturación de oxígeno que no se corresponde con disnea por la que acude el paciente, e imposibilidad de evaluar tensión por falta de *colaboración* del paciente, dado, precisamente, su mal estado.

Por ello, no puede sostenerse, como hace el SIP en su segundo informe, que el estado del paciente en aquel momento no requiriera pruebas complementarias, -ni siquiera una valoración por especialista en otorrinolaringología- pues parte de consideraciones que no se corresponden con los resultados de la exploración realizada, ni con el hallazgo ya existente y obviado del absceso, ni con el estado general real del paciente. Es incoherente con lo expuesto lo informado por el SIP al señalar:

«Revisadas las guías disponibles sobre el manejo del dolor de garganta agudo, no se exige la realización de una analítica en todos los casos de odinofagia severa. En este caso sí se tomaron constantes vitales (frecuencia cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno) en el triaje del SUH del CHUIMI, y sí se registró la realización de una exploración física completa en la que se negaba expresamente la presencia de pus o absceso amigdalar. La exploración descrita demuestra la inspección orofaríngea directa (pilares amigdalinos, úvula, paladar), sin haber detectado contenido purulento o exudado como signos de la presencia de un absceso, y determinando que la vía aérea estaba permeable sin asociar datos indirectos de obstrucción (no ruidos anormales, capacidad para hablar (...)). A la vista de una clínica y exploración física compatibles con un cuadro de faringitis, sin síntomas sugestivos de complicación periagmigdalina, no se exigía la realización de pruebas adicionales en ese momento».

Y es que, aunque se tomaran constantes vitales, éstas no fueron normales, amén de encontrase en paciente con disnea, decaimiento y malestar general.

Además, una vez más, y soslayando el SIP y la Propuesta de Resolución estas consideraciones, se justifica la ausencia de visualización de absceso o pus al indicar, en respuesta a las alegaciones de los interesados:

«En el anterior informe se incluyó un aparatado con aclaraciones sobre el absceso amigdalino y el razonamiento por el que la exploración realizada en el CHUIMI es más coherente con los hallazgos encontrados posteriormente que la valoración previa en el SUAP.

El absceso amigdalino es la acumulación de pus detrás de la amígdala que se manifiesta clínicamente como odinofagia (dolor al tragar), voz gutural, fiebre y trismus (contracción involuntaria de los músculos de la mandíbula), siendo los hallazgos exploratorios más frecuentes el abombamiento de pilar amigdalino con desplazamiento de la úvula hacia el lado contralateral y el trismus, pudiendo asociar hipertrofia de la amígdala y adenopatías cervicales. La clínica del paciente se limitó a la presencia de odinofagia y febrícula, y la exploración del SUAP en la que se introdujo el diagnóstico de absceso se únicamente describía un aumento de la amígdala derecha sin asociar otros datos característicos a la exploración de un absceso como el trismus o el desplazamiento de la úvula. Prueba de que el

cuadro observado en ese momento no manifestaba datos de gravedad es la indicación de antibioterapia sin derivación del paciente a centro hospitalario, entendiendo se esperaba una respuesta al tratamiento prescrito».

Pero, como se ha expuesto, no es cierto que la febrícula y la odinofagia fueran los únicos síntomas del paciente, y a ello se unía que era la tercera vez que el enfermo asistía a un centro sanitario en escaso margen de tiempo (menos de 24 horas), destacando su cada vez peor estado, con taquicardias y disnea, *peregrinaje* que es en sí mismo revelador de la inutilidad de las prescripciones recibidas, que no le produjeron ni alivio ni mejoría, inutilidad que hubiera decido conducir a observaciones mejores o más detenidas -hechas por especialistas o facultativos especializados y experimentados- y a la búsqueda de explicaciones diagnósticas alternativas, es decir a la práctica del diagnóstico diferencial procedente.

Como se ha visto, en Atención Primaria, aun sin asociarse a *«trismus o el desplazamiento de la úvula»*, el médico no se limitó a objetivar aumento (y enrojecimiento) de la amígdala derecha, sino que se diagnosticó y *objetivó* la presencia de un absceso en ella. Ello, junto con la posterior insistencia y demanda de atención por el paciente en urgencias hospitalarias, debió haber entrañado un cambio de actitud (en el CHUIMI) ante su cada vez peor estado.

Por ello, aunque el SIP resalte que en la valoración realizada en el CHUIMI *no se observó pus o abscesos*, de forma más coherente con la no visualización del mismo que la realizada el Atención Primaria, lo que es indudable es que la valoración acertada y pronta fue la de Atención Primaria, sin que *ex post facto* quepa admitirse o justificarse el error de diagnóstico (no haber visto un absceso ya objetivado) en virtud de los hallazgos encontrados en las valoraciones sucesivas por parte de la Unidad de Críticos y del Servicio de Otorrinolaringología.

Señala en este sentido el SIP:

«Durante la intubación, a la exploración física directa, se describió "abombamiento periamigdalino bilateral", sin hacer referencia a la presencia de absceso. Éste se identificó en el TAC realizado en el que se describía su extensión hacia espacio faringomucoso y visceral, denotando una extensión más allá del espacio periamigdalino y disecando planos profundos de la pared faríngea, lo que se traduce en la dificultad para su evidencia clínica si la protrusión mucosa no era evidente ni asociaba desviación de la úvula. Por tanto, un absceso de 1x1,4x4 cm con un eje mayor longitudinal, puede tener un componente que discurra en los planos profundos descritos sin producir la clásica imagen de absceso a la exploración directa.

Conviene introducir en este punto que a su entrada en el SUH pasó directamente a la Unidad de Críticos dónde se realizó la intubación del paciente por insuficiencia respiratoria. Ni siquiera con la presentación clínica emergente en ese momento y la visualización directa de la orofaringe durante la intubación estaba claro el diagnóstico de absceso amigdalar pues entre las peticiones realizadas se solicitó el estudio de la triptasa ante sospecha de anafilaxia (reacción alérgica grave) indicando en la solicitud "Varón de 39 años que acude en insuficiencia respiratoria tras comenzar azitromicina", lo que demuestra la dificultad diagnóstica a la exploración directa de la orofaringe».

Aunque así fuera, el resultado de las observaciones -inmediatas- hechas en el HUGCDN condujo a la cirugía urgente, a diferencia de la pasividad y del alta a domicilio que poco antes había practicado y prescrito el CHUIMI.

Y a pesar de estas aparentes justificaciones del error de diagnóstico del CHUIMI, del que se deriva la ausencia de un tratamiento adecuado e inmediato, lo innegable es que en la exploración directa sí se pudo constatar la existencia de absceso amigdalino en Atención Primaria, resultando incomprensible, en términos de puro razonamiento lógico, que no se lograra su observación en el ámbito hospitalario, dotado de mayores medios diagnósticos, pero que no fueron puestos a disposición del paciente a pesar de sus repetidas asistencias al SCS y del agravamiento de su estado.

Añade el SIP también -a nuestro juicio- incorrectamente:

«En este punto cabe realizar una consideración y es que, aunque en ese momento no estaba indicada la realización de ninguna otra exploración adicional dado el cuadro clínico descrito, conociendo el desenlace final podría plantearse la necesidad de haber sido valorado por el Servicio de ORL en ese momento. En caso de haber sido explorado con videolaringoscopia y haber intentado la realización del drenaje de la amígdala abombada, no se hubiese detectado la salida de material purulento, pues esta actuación fue llevada a cabo posteriormente en quirófano sin evidencia de salida de pus. En conclusión, de haberse realizado la valoración por el Servicio de ORL e intentar realizar el drenaje, éste hubiese sido infructuoso y la actitud hubiese sido la misma, es decir, continuar el tratamiento domiciliario indicado y explicación de signos de alarma ante los que volver a consultar».

La incorrección de esta idea -que no deja de ser o de encubrir un *regreso lógico* prohibido- en defensa de la inexistencia de pus para justificar que no se haya observado en el CHUIMI y, por ende, drenado por el especialista indicado, proviene de que tal aseveración obvia o ignora otra consideración previa que consta documentada en la historia clínica del paciente, y es que en el informe clínico de Urgencias del HUGCDN, se señala, con carácter previo a la cirugía:

«TAC de cuello/tórax: (…) el absceso aparentemente se abre a la hipofaringe con abundante líquido en torno al tubo endotraqueal».

A lo que añade el informe de Urgencias de Otorrinolaringología, como alegan luego los reclamantes:

« (…) se realiza exploración con C-MAC (vídeo laringoscopio para visualización directa de laringe y tráquea) objetivando estructuras supraglóticas con edema fláccido y salida espontánea de material purulento de polo inferior de amígdala derecha, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente para drenaje y exploración de vía aérea superior».

En otras palabras: en el HUGCDN se examinó al paciente por varios especialistas y se decidió y emprendió una actuación inmediata, lo que no ocurrió en el CHUIMI.

Incluso para el profano, no resulta comprensible que un cuerpo extraño de 4 cm de longitud y 1 cm x 1 cm de espesor pueda permanecer en la garganta de una persona sin que el médico lo vea. Es posible que no lo vea un médico de medicina general, *urgenciólogo* generalista o no especialista, pero no parece razonable aceptar que tampoco lo hubiera visto un especialista si hubiera examinado al paciente.

Así pues, es precisamente la previa salida de material purulento espontáneamente dado el agravamiento del estado del paciente lo que explicaría que en el momento de realizar en el quirófano la *«punción sobre pilar anterior derecho (fuera) negativa para material purulento. Se procede a la incisión en pilar anterior derecho con disección de recorrido retroamigdalar sin evidencia de salida de material purulento».*

Por todo lo expuesto, debe concluirse que fue deficiente la asistencia prestada al paciente en el CHUIMI el 23 de abril de 2024 a las 2:01 h, siendo *objetivados* tanto el previo diagnóstico -con ese nombre- de absceso en Atención Primaria, como su posterior empeoramiento, y el inmediato diagnóstico correcto en el HUGCDN (menos de dos horas después de la atención en el CHUIMI) a donde acude el paciente una vez más a iniciativa propia y en el estado crítico descrito, que finalmente, lo conduce al fatal desenlace de su óbito.

A todo ello ha de añadirse, en contra de lo expresado por el SIP, que en relación con esta asistencia del CHUIMI no aplican los reclamantes -ni sus razonamientos transcritos en este Dictamen porque se comparten- un criterio de imputación ex *ante*, sino que, ya, en este nivel asistencial la descripción de la atención prestada y de las circunstancias del paciente revelan la infracción de la *lex artis ad hoc*.

En el momento de acudir el paciente al Servicio de Urgencias del CHUIMI el 24 de abril de 2024, a las 2:01 h, ya se conocían documentadamente los antecedentes asistenciales del paciente y su sintomatología era ya *florida*, presentando disnea, taquicardia y un deterioro que impidió tomarle la tensión a su ingreso, amén de que era la tercera asistencia demandada en un escaso margen de tiempo, acudiendo de hecho el paciente, probablemente angustiado o desesperado, a urgencias hospitalarias. Ya habían transcurrido muchas horas desde la primera demanda asistencial y las siguientes, sin que los tratamientos dispensados hubieran producido ninguna mejoría, pues el paciente había empeorado de modo visible.

Llama la atención el modo -franca y sorprendentemente inexacto, dicho con todo respeto- en que el SIP relata la cronología de las atenciones al paciente, al referir que la asistencia en el CHUIMI se produce *más de 24 horas después de la primera asistencia en el Servicio de Urgencias de Atención* Primaria.

No es así, ni siquiera *casi así*, si se cuenta desde las 6:50 h del 23 de abril hasta las 02:10 h del día 24, 19 horas después, en cuyo curso había acudido también -la tarde del mismo día 23- a Atención Primaria. Acude al CHUIMI el 24 de abril de 2024 a las 2:01 h, lo que supone catorce horas más desde la última valoración realizada en Atención Primaria.

Por tanto, si el SIP, en su informe complementario, ha justificado el mantenimiento del diagnóstico de faringitis aguda en Atención Primaria porque entre la primera y la segunda asistencia no habían transcurrido aún 24 horas, ello lleva, *sensu contrario,* y ante el tiempo transcurrido hasta que asistió a Urgencias del CHUIMI con un cuadro más complejo, destacándose ya disnea, taquicardia y febrícula, a pensar que se debieron haber realizado las exploraciones y pruebas precisas tendentes a descartar una patología más grave que la faringitis aguda hasta aquel momento diagnosticada, pues como se ha dicho los tratamientos dispensados con tal diagnóstico no mejoraron el estado del paciente, sino que éste se agravaba conduciéndolo una y otra vez a los servicios asistenciales en busca de su curación: en 24 horas, tres veces a Atención Primaria, y dos a los hospitales.

En ese momento, en fin, la asistencia sanitaria en el CHUIMI no fue acorde a la *lex artis*, pues, como se ha señalado, los síntomas que manifestaba el paciente a su ingreso y que se constataron en pruebas físicas, unido a sus insistentes y reiteradas asistencias a los recursos sanitarios, y sus documentados antecedentes debieron determinar un cambio de actitud en su atención urgente hospitalaria, mediante la

realización de pruebas médicas y exámenes de especialistas que objetivaran adecuadamente lo que ya en exploración anterior se había constatado.

Esta ausencia de realización de pruebas y de tratamiento acorde determinó una pérdida de tiempo que supuso una agravación de la salud del paciente y, por ello, una pérdida de oportunidades de que el desenlace fuera más favorable.

Esta conclusión no solo cabe fundarla en los razonamientos anteriores que pueden parecer prolijos y desmesurados si se comparan con una reflexión y una pregunta que preside todo el análisis de la actuación del CHUIMI y que no ha sido disipada o resuelta: si el absceso existía antes del CHUIMI y lo vio el médico de primaria y lo hizo constar una enfermera, y también existía después, no es explicable que no existiera en el CHUIMI y que su aparición en el posterior servicio hospitalario sea el resultado de una velocísima progresión de la enfermedad, como se sostiene.

Sin duda ha de atenderse a los informes médicos y a los razonamientos periciales, como los del SIP, pero todos ellos deben someterse al escrutinio del decisor, para producir lo que el TS [STS 64/2026, de 26 de enero, ECLI:ES:TS:2026:153], sobre responsabilidad médica, ha denominado una *valoración racionalista de la prueba*, que *no conduzca al absurdo*, y que forma parte o constituye un *sistema integrado por las reglas de la lógica, de la ciencia y de la experiencia, entendida la primera de ellas como sistema que permite verificar la corrección de los razonamientos humanos.*

Con estos criterios de valoración probatoria, entiende imposible el Consejo no considerar errado el proceder de los servicios de urgencias del CHUIMI, contrario a las reglas de la *lex artis ad hoc*, y es obligado -razonablemente- concluir que ni la exploración física del paciente fue suficiente ni bien orientada a la búsqueda de la anomalía descrita en la historia, ni tampoco lo fue el examen de la propia historia clínica.

Si se hubiera diagnosticado adecuadamente al paciente en el CHUIMI, el 23 de abril a las 2:01 h, por los medios y las pruebas oportunas que sí se aplicaron en el HUGCDN apenas dos horas después de su alta en el CHUIMI, se habrían proporcionado mayores oportunidades de curación del paciente, reduciendo el tiempo de evolución de su patología, que terminó derivando en un shock séptico y en una parada cardiorrespiratoria que condujeron a la muerte.

Y es que, efectivamente, a su ingreso, una vez más voluntario e inmediatamente tras su alta en el CHUIMI, el paciente, en lugar de ir a su domicilio, como indicaba el

alta, acudió a otro centro hospitalario, conocedor él mismo de la gravedad de su estado y sintiendo que no había sido adecuadamente valorada. En los documentos de este Centro hospitalario, en el que ingresa a las 5:40 horas, constan, mediante informe de Otorrinolaringología, los datos que ilustran para determinar el alcance del daño tras la evolución sufrida en la patología del paciente por el paso del tiempo sin el debido diagnóstico y abordaje, haciendo pensar que un diagnóstico tempestivo y un tratamiento adecuado hubieran podido producir un desenlace más favorable para el paciente. En cierto modo, se puede decir que la descripción del estado del paciente a la llegada al HUGCDN es la descripción de su estado a la salida del CHUIMI.

Así, señala el SIP:

«El Servicio de ORL indicó cirugía urgente en la que describieron hallazgos sobre los que conviene realizar una serie de consideraciones:

a)Por un lado, los pilares amigdalinos no se encontraban abombados y las estructuras no estaban desplazadas sino que la úvula estaba centrada, con unas amígdalas de grado 2, lo que significa que presentan una hipertrofia < 50% sin obstrucción de la vía aérea, concluyendo que los hallazgos eran compatibles con una supraglotitis aguda. Esta entidad es un proceso inflamatorio de las estructuras supraglóticas de la laringe de rápida progresión con una alta mortalidad debido a la posibilidad de obstrucción total de la vía aérea superior. El inicio suele ser insidioso con síntomas faríngeos (dolor de garganta, odinofagia, disfagia) y menos respiratorios, existiendo una discrepancia entre la gravedad de los síntomas y el examen orofaríngeo normal o casi normal, lo que exige un alto índice de sospecha siendo difícil su diagnóstico. Algunos signos que pueden llevar a su sospecha son la presencia de fiebre que no fue objetivada en las valoraciones del paciente o de adenopatías que tampoco fueron palpadas. En casos infecciosos, la infección puede extenderse a estructuras adyacentes resultando en abscesos parafaríngeos o epiglóticos. El diagnóstico se confirma mediante la realización de laringoscopia que muestra edema de tejidos, realizada en el paciente en cuanto hubo sospecha por el rápido empeoramiento clínico».

Tal sospecha debió haberse producido en el CHUIMI, tanto como las comprobaciones hechas en el HUGCDN, como se ha razonado pormenorizadamente en este Dictamen. Y no se hubiera privado al paciente de las oportunidades de mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Se derivaron de lo descrito diferentes complicaciones en su tratamiento, que no se imputan por los reclamantes a una *mala praxis* en la asistencia del HUGCND, sino al retraso en el diagnóstico que condujo a la tórpida evolución de su patología, habiendo privado al paciente de las oportunidades de que evolucionara tan desfavorablemente, y así se confirma por el propio SIP:

«La complicación surgida durante la intervención quirúrgica con parada cardiorrespiratoria secundaria a un fallo en la ventilación, no fue consecuencia de una mala praxis sino de la evolución del complejo cuadro clínico detectándose salida de material purulento que impedía que el aire administrado llegara a los pulmones. La resolución de la complicación surgida requiere destreza en el manejo de la vía aérea que fue llevado a cabo con diligencia mediante la realización sin demora de la traqueostomía que permitió recuperar la ventilación y la circulación espontánea. No obstante, a pesar de la rápida actuación, el daño neurológico ya era irreversible constatando la muerte encefálica días después».

4. La carga de la prueba y su distribución en esta materia

Es útil tener a la vista la doctrina de este Consejo Consultivo sobre distribución de la carga de la prueba, reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio, que señala, en aplicación de las reglas legales y de la jurisprudencia que se cita:

«1. (...) en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho ("semper necesitas probandi incumbit illi qui agit") así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa no sunt probanda"). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los

daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

También ha señalado de forma reiterada este Consejo:

« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

En el presente caso, a la vista de lo expuesto, los reclamantes han aportado suficientes elementos probatorios, todos ellos derivados de la propia historia clínica del fallecido, para sustentar la existencia de responsabilidad de la Administración en la asistencia por la que reclama y, por su parte, la Administración -con mayor

facilidad probatoria y sujeta a deberes de probanza en los términos antes expresados- no ha probado la conformidad de su actuación a la *lex artis ad hoc*-.

5. La pérdida o privación de oportunidades terapéuticas para el fallecido

Tras todo ello y por todo ello, el Consejo concluye que concurren las circunstancias y requisitos necesarios para atribuir responsabilidad por concepto de pérdida de oportunidad.

Cabe transcribir lo que recientemente ha afirmado el Consejo sobre los elementos que conforman una situación de pérdida de oportunidad, que muy en síntesis dicho, consisten en la sustracción o privación al paciente de la probabilidad de una asistencia mejor que la recibida, de la cual hubiera podido esperarse, razonablemente y con fundamento, una evolución más favorable de sus patologías.

Así, hemos dicho (DCC 118/2026) esto que puede repetirse aquí:

«La pérdida de oportunidad (...) se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud de la paciente, y por ende el fatal desenlace del fallecimiento, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo».

Añadiendo además lo siguiente:

«La doctrina denominada de la "pérdida de oportunidad", que ha sido acogida y aplicada hace largo tiempo por la jurisprudencia (así, STS. de 13/J. y 7/septiembre/2005 o las más recientes de 4 y 12/J./2007), establece que es procedente en derecho una respuesta indemnizatoria en los casos en que concurre un daño antijurídico consecuencia de un deficiente funcionamiento del servicio asistencial sanitario, daño que se produce al privarse al paciente de la oportunidad de afrontar adecuadamente su situación, por no ponerse a disposición del mismo todos los medios y conocimientos de la ciencia médica para diagnosticar y tratar adecuadamente el cuadro que presentaba; en definitiva, en casos como el de este expediente, se razona que de haberse efectuado las pruebas diagnósticas procedentes, se pudo haber alterado el diagnóstico y el pronóstico, y haberlos obtenido de modo correcto, aunque ello no entrañe garantizar que no se hubiera producido el desenlace fatal; por ello, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido -el fallecimiento-, sino el que causa la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación y con ello, en suma, la posibilidad o incluso probabilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera; en la pérdida de oportunidad hay, así pues,

una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se viene asimilando al daño moral, que sin duda produce, y que es el concepto indemnizable».

Por su fecha reciente y su cita de jurisprudencia puede transcribirse parte de la STS 407/2020 de 14 mayo de 2020, Rec. 6365/2018:

«Esta doctrina de la pérdida de oportunidad, sobre la que existe una constante jurisprudencia (entre otras muchas, SSTS 7 de septiembre de 2005, rec. 1304/2001; 26 de junio de 2008, rec. 4429/2004; 23 de septiembre de 2010, rec. 863/2008; 13 de enero de 2015, rec. 612/2013; 24 de abril de 2018, rec 665/2018) incide sobre el nexo causal y, conforme a ella, no es el fallecimiento en sí mismo, sino la pérdida de expectativas, en este caso, de supervivencia el daño causalmente imputable al servicio público sanitario que la actora no tiene el deber de soportar, pues aunque la obligación médica es de medios y no de resultados, el paciente tiene derecho a que se le proporcionen los medios que la ciencia médica establece como adecuados para su padecimiento».

Cabe citar también la doctrina consultiva, p. ej. del Consejo Consultivo de Andalucía, en un también reciente dictamen (412/2024, de 14 de mayo):

«Resulta razonable apelar a dicha doctrina en supuestos caracterizados por la incertidumbre acerca de que si la actuación médica que se estima omitida privó al paciente de determinadas expectativas de curación o de supervivencia. Conforme a este razonamiento, como afirman las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011, 22 de mayo y 11 de junio de 2012, la llamada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo. Como se desprende de nuestros dictámenes, una pérdida de oportunidad seria y relevante constituye en sí misma un daño antijurídico. No hablamos de la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016, en el ámbito de la responsabilidad sanitaria se habla de pérdida de oportunidad cuanto la omisión de un diagnóstico adecuado o un tratamiento específico, o una mayor celeridad en la actuación, priva al paciente de obtener un mejor resultado como consecuencia de la asistencia sanitaria que cabía esperar, aunque no siempre sea posible la curación».

Incertidumbre, por tanto, que impide establecer una vinculación directa entre la práctica sanitaria inadecuada y el resultado final, pero también probabilidad de que una actuación adecuada hubiera podido -razonablemente- producir un resultado mejor.

En el caso de este expediente, entiende el consejo que la patología del fallecido, que fue comunicando al servicio de salud su progresivo empeoramiento sin que, hasta el momento de la última actuación, se dispensara la actuación adecuada –«*cirugía urgente*»- no hay duda de que el transcurso del tiempo sin abordarla perjudicó las probabilidades de una mejor o más efectiva práctica quirúrgica.

Es acomodado al sentido común, y a los razonamientos derivados de la experiencia, la racionalidad y la prohibición del absurdo, concluir que si a las 5 de la madrugada la intervención era urgente probablemente lo había sido o lo fue también un poco antes, cuando a las 3 de la misma madrugada se remitió al paciente a su domicilio solo con tratamiento farmacológico.

Y no está de más ni es impertinente señalar que en las numerosas informaciones periodísticas hoy al alcance de cualquiera -como por ejemplo las páginas de las sociedades científicas más acreditadas- el padecimiento sufrido por la persona fallecida –*abceso periamigdalino*- no es descrito como una patología que conduzca a un resultado fatal como el que examinamos aquí.

Esta pérdida de oportunidades probables -y no meramente posibles- de un mejor atendimiento constituye un daño indemnizable.

6. La valoración económica de la oportunidad perdida

Ahora bien, en relación con la cuantía indemnizatoria solicitada, es necesario recordar la doctrina sobre la valoración económica de la pérdida de oportunidad, recientemente expuesta en el mismo Dictamen 118/2026, de 14 de abril:

[La pérdida de oportunidad] se *« (…) caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud de la paciente, y por ende el fatal desenlace del fallecimiento, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo.*

(…) es procedente en derecho una respuesta indemnizatoria en los casos en que concurre un daño antijurídico consecuencia de un deficiente funcionamiento del servicio asistencial sanitario, daño que se produce al privarse al paciente de la oportunidad de afrontar adecuadamente su situación, por no ponerse a disposición del mismo todos los medios y conocimientos de la ciencia médica para diagnosticar y tratar adecuadamente el cuadro que presentaba; en definitiva, en casos como el de este expediente, se razona que de haberse efectuado las pruebas diagnósticas procedentes, se pudo haber alterado el diagnóstico y el pronóstico, y haberlos obtenido de modo correcto, aunque ello no entrañe

garantizar que no se hubiera producido el desenlace fatal; por ello, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido -el fallecimiento-, sino el que causa la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación y con ello, en suma, la posibilidad o incluso probabilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera; en la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se viene asimilando al daño moral, que sin duda produce, y que es el concepto indemnizable».

Ciertamente, tal y como se ha argumentado, en este expediente el retraso en el diagnóstico y abordaje de la patología sufrida por el paciente se concreta en la asistencia prestada en el CHUIMI, cuyo Servicio de Urgencias el 24 de abril de 2024 no observó el absceso previamente *objetivado* en Atención Primaria, con una simple exploración física y con los medios limitados de este primer nivel asistencial, y que, apenas dos horas después de salir del CHUIMI vuelve a objetivarse en el HUGCDN. Ello determinó la pérdida de la oportunidad de un tratamiento más temprano y, con ello, la de obtener un resultado más positivo y favorable pues de los propios documentos clínicos se deduce que el padecimiento requería una actuación perentoria.

Sentado esto, y con respecto al objeto de la indemnización misma, ha de ser la pérdida de oportunidad terapéutica, que es por lo que reclaman los interesados, y no la muerte, por lo que la indemnización solicitada se traduce en una proporción o porcentaje de la que correspondería de ser el daño indemnizable la muerte misma del paciente, y este porcentaje debe tener en relación con la indemnización por el daño total la misma proporción que quepa atribuir a la probabilidad perdida: la importancia y el *tamaño* o alcance (como dice el Consejo andaluz) de la probabilidad mide el valor de la indemnización, pues el objeto de indemnización no es el daño mismo, en este caso, la muerte del paciente, sino el daño derivado de *la pérdida de la probabilidad de que el proceso hubiera cursado de modo diferente.* La indemnización procedente no es, como pretenden los reclamantes, la que correspondería en virtud de los criterios de muerte de la víctima, sino que tales criterios, que sirven para la base del cálculo mismo, deben ser corregidos. Será indemnizable, con arreglo a los criterios sostenidos por este Consejo y por la práctica judicial y la jurisprudencia, entre un 10 % y un 60 % de lo que hubiera correspondido si hubiera debido indemnizarse el fallecimiento.

En el presente caso, y dada la consideración de que ya en Atención Primaria hubo un diagnóstico correcto, consistente en la determinación de la existencia y

tratamiento de un absceso, lo cierto es que el error de diagnóstico en la asistencia prestada en el CHUIMI no puede ser desdeñado como desencadenante de un retraso ponderable en el porcentaje de pérdida de tiempo de instauración del adecuado abordaje de la patología que, posteriormente, dada su evolución, condujo al fallecimiento de la pareja y padre de los reclamantes.

Por ello, consideramos que la cuantía indemnizatoria que corresponde a los reclamantes, dada su relación de parentesco, afinidad, dependencia y convivencia con el fallecido, esto es, su pareja de hecho con la que convivía hacía más de veinte años, así como sus dos hijos, menores de edad, y la edad misma de aquél en el momento del fallecimiento (39 años), puede aproximarse al 50 % de la cantidad que se reclama, esto es, fijando una indemnización de 80.000 € para cada hijo y 100.000 euros para su madre la reclamante, cantidad que debe ser actualizada en los términos del art. 34.3 LRJSP.

Hay que decir que la suma reclamada, que según los interesados resulta de la aplicación del baremo al que la ley permite acudir, no ha sido objeto de reproche o de contrainforme ninguno por la administración, por lo que el Consejo no encuentra motivos para rechazarla, como base para los anteriores cálculos y razonamientos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues procede estimar parcialmente la reclamación de los interesados por los motivos y en los términos indemnizatorios expresados en el presente Dictamen.