



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 146/2003

(Sección 1ª)

La Laguna, a 9 de septiembre del 2003.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.C.G.P., por daños como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 57/2003 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen versa sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), en la que se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños generados, según la reclamante por la asistencia sanitaria prestada a M.C.G.P. en la Clínica Tamaragua, Grupo H., con fecha 7 de julio de 1999, que determinó la pérdida de visión en uno de sus ojos.

La reclamación de indemnización, de 5 millones de pesetas (30.050,61 euros) (Folio 3) fue debidamente interpuesta por persona legitimada para ello [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)]; presentada en plazo (cfr. arts. 139.2 y 142.5 LRJAP-PAC), pues siendo el alta definitiva el 3 de agosto de 1999, la reclamación fue interpuesta el 12 de junio de 2000 [artículo 4.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/93].

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

La legitimación pasiva es de la Administración autonómica de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Adicional Duodécima LRJAP-PAC y de los artículos 96 y 97 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias [LOSC] y 30, 66, 67, 88 y 89 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [LGS].

En el procedimiento seguido se ha dado cumplimiento, básicamente, a los trámites necesarios dispuesto en la LRJAP-PAC: informe del servicio afectado por la lesión indemnizable [el de oftalmología, folio 130; art. 10.1 RPRP] y el de audiencia [art. 84.1 LRJAP-PAC].

2. La Sección I de este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el 5 de mayo de 2003, tomó el acuerdo de recabar del órgano solicitante, la siguiente información, que se ha incorporado al expediente una vez recibida:

- Condición en que fue atendida la afectada en la clínica concertada Tamaragua, aclarando si lo fue como beneficiaria del sistema de Seguridad Social, como asegurada del mismo que tiene, en cuanto tal, derecho a la prestación del servicio sanitario público, o bien, lo fue como particular que, pudiendo solicitar asistencia de la medicina privada, acude para ello a un centro sanitario privado, que actuó fuera del ámbito de su concierto con el Servicio Canario de Salud.

- En caso de que la atención sanitaria prestada hubiese sido de carácter público, sobre los siguientes extremos por especialistas en oftalmología:

- a) Padeciendo la afectada de cataratas, determinación de si este padecimiento conocido pudo influir en la producción del desgarro de retina que presentaba al acudir a la clínica Tamaragua por primera vez y si influyó en la evolución del tratamiento que se le aplicó para sanar tal desgarro.

- b) Notificación a la afectada del diagnóstico, pronóstico y tratamiento del desgarro, con las posibles alternativas del propuesto y los riesgos y posibilidades de los comunicados, incluyendo la eventual influencia antedicha, en su caso, y la aceptación de la laserterapia por la paciente.

- c) Produciéndose el desprendimiento de la retina desgarrada y tratada por laserterapia, razones por los que, en este concreto caso, no pudo evitarse dicho desprendimiento, fracasando la laserterapia y no siendo evitable esa evolución en la específica paciente de que se trata, especificándose en qué medida su propio comportamiento pudo contribuir a ese desenlace, por no respetar las

pautas del tratamiento que se le dieron, con acreditación bastante al respecto de ser así.

d) Fracasando la operación practicada para sanar el desprendimiento de retina finalmente producido, conocimiento por la afectada de que la misma era necesaria para su caso y de los riesgos que comportaba, incluyendo su eventual ineficacia por, entre otras causas, aparición del PVR, y su probable resultado definitivo de pérdida del ojo afectado, así como que en este concreto supuesto, fue inevitable la aparición de PVR o, surgido éste, sus efectos conducentes a nuevo desprendimiento.

e) Reproducido el desprendimiento, razones por las que no fue posible su tratamiento en la clínica Tamaragua y se hizo necesario su traslado al Hospital Universitario de Canarias, por un lado, y por las que, vista la paciente en su Servicio de Oftalmología, ya no fue posible sanar el desprendimiento y se hizo preciso practicar la vitrectomía, aclarando si todas estas circunstancias fueron debidamente informadas a la afectada.

3. De la documentación obrante en el expediente resulta lo siguiente:

El 11 de mayo de 1999 la reclamante, de 60 años, acudió de urgencia a la consulta de oftalmología del hospital Tamaragua por pérdida de visión del ojo derecho [folios 70 y ss.]. Se diagnosticó desprendimiento de vítreo posterior (DVP), desgarró de retina con colgajo y hemovítreo secundario. El tratamiento pautado fue reposo absoluto con oclusión binocular y en decúbito supino o lateral derecho, así como varidasa comprimidos y laserterapia en 24 horas. La secuencia normal en un desprendimiento de retina es: 1. Licuefacción del vítreo; 2. Rotura de retina (desgarro); 3. El vítreo líquido ocupa el espacio subretiniano; 4. El proceso se perpetúa y autoagrava espontáneamente.

Tras haber administrado a la paciente 3 sesiones de láser (12 de mayo, 16 de mayo y 12 de junio) con recomendación de reposo absoluto (Folio 13) [dos alrededor del desgarró y colgajo y otra ampliando el tratamiento al área degenerativa], habiendo mantenido controles semanales con una correcta evolución, el 5 de julio de 1999 la paciente acudió a consulta refiriendo cierta dificultad de visión desde el domingo y "no refiere en ese momento haber realizado su actividad normal (peluquería, comidas familiares, compras), esto se conoce después de la intervención quirúrgica a la que fue sometida con posterioridad".

Ante la nueva situación detectada se informa a la paciente y su esposo de la necesidad de intervención y sus riesgos [nuevo desprendimiento, PVR (proliferación vitroretiniana), hemorragias, infección], así como su traslado al H.U.C. La paciente solicita ser intervenida por la Dra. R.

Tras estudiar el caso se decide la realización de una técnica de indentación escleral circular (cerclaje), con una eficacia de casi un 90% de los casos. Se realiza la intervención quirúrgica el 6 de julio de 1999.

La exploración posterior de la paciente, presenta a los cuatro días un pequeño levantamiento del borde anterior del desgarro (folios 80 y 81), razón por la que se prescribe a la paciente de nuevo oclusión de ambos ojos y reposo en decúbito supino. Se explora a las 24 horas y se observa que la tracción no ha cedido sino que ha progresado y se ha producido una PVR. Antes esta situación se hace necesaria una reintervención con vitrectomía, razón por la que es enviada al HUC.

Cuando la paciente llegó al HUC presentaba "un desprendimiento de retina total con pliegues retinianos fijos y un embudo estrecho. En estos estadios aunque se logre una reaplicación retinaria la posibilidad de recuperar una visión útil es muy limitada" y que "pueden requerir más de una cirugía para su resolución y en un cierto porcentaje de casos no se logra resolver el problema" (folio 127). En este caso la cirugía se realizó "no sólo para intentar recuperar algo de funcionalidad visual sino también para conservar la estructura anatómica del globo ocular" (folio 127).

La causa de la pérdida de la visión del ojo derecho de la asegurada corresponde a la "evolución desfavorable de un desgarro retiniano que condicionó la aparición de un desprendimiento de retina y a la posterior evolución también desfavorable de éste, tras tratamiento quirúrgico, al derivar hacia una vítreo-retinopatía proliferante (PVR) (folio 130). Las medidas aplicadas para tratar el cuadro de la paciente "son los indicados en estos casos para intentar evitar la ceguera de la paciente" (folio 130). "Pese a los adelantos de la Medicina el desprendimiento de retina secundario a desgarros retinianos no siempre consigue curarse y la evolución de la paciente hacia la ceguera no tiene nada de sorprendente o extraordinario" (folio 130).

4. Tras la recepción de la documentación complementaria requerida por este Consejo Consultivo -formalizada en sendos informes de la Clínica Tamaragua y del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Canarias (HUC)- resultan los siguientes extremos de la misma:

Respecto al régimen jurídico de la asistencia prestada a la paciente, ésta acudió de urgencia, vía privada y solicita la atención sanitaria vía seguridad social al explicársele la necesidad de la cirugía acogiéndose al convenio que la Clínica Tamaragua tiene con el Servicio Canario de la Salud; explicada la posibilidad de ser enviada al HUC, la paciente solicita expresamente ser atendida en aquel centro.

Respecto a la posible incidencia de una catarata previa, el Hospital informa que su presencia no condiciona la aparición de un desgarro retiniano, pero sí dificulta su diagnóstico y tratamiento, puesto que al igual que el paciente tiene limitada su visión por la opacidad, también la puede tener el médico en su observación de la retina, en función de su densidad. Por su parte la Clínica Tamaragua afirma que no hay relación entre la existencia de catarata y la producción del desgarro, sino que los casos descritos son a la inversa, es tras la extracción de cataratas (hasta en un 40% de los casos) cuando puede suceder el desprendimiento de retina por alteraciones en el vítreo.

Respecto al consentimiento informado el Hospital entiende, aunque no le consta, que la aceptación de la paciente "parece obvia, porque la gravedad del desprendimiento de la retina es un hecho de domino público". La Clínica Tamaragua informa que una vez realizada la exploración se le explica a la paciente y a su esposo que la acompañaba el problema que presenta y sus posibilidades de tratamiento, así como la evolución del mismo no sólo en la primera consulta sino en las sucesivas (la paciente recibió tres sesiones de láser); "toda la información es dada a la paciente en consulta vía oral, sólo se le da por escrito el tratamiento en casa, sólo se le solicita su autorización por escrito cuando se trata de procedimientos quirúrgicos" (Folios 121 y 122).

Respecto del fracaso de la intervención de fijación de la retina desprendida, la Clínica informa que la retina era patológica (es decir, degenerada), donde se ha producido un desprendimiento del vítreo que ha dado lugar a un desgarro fraccional y que la paciente, según su propia confesión, no ha guardado el reposo adecuado. El Hospital informa que "al parecer se consiguió la reaplicación de la retina, pero recidivó al movilizar a la paciente"; "las recidivas en este tipo de intervenciones son frecuentes y el tratamiento láser no siempre consigue evitarlas".

Informa el Hospital que "la aparición de una vítreo-retinopatía proliferante (PVR) es una complicación frecuente en la evolución de los desprendimientos de la retina"

y que “esta paciente tiene en el ojo contralateral lesiones predisponentes de desprendimiento de retina [...] que han sido reforzadas con tratamiento láser en nuestro centro, sin que ello le libere por completo de riesgos en este aspecto. Por todo ello era importante hacer todo lo posible por conseguir una cierta rehabilitación del ojo afecto, por mínima que fuera”.

Asimismo informa el Hospital, finalmente, que “la evolución negativa de la paciente no puede considerarse como excepcional sino común en este tipo de procesos. Como es natural y después de todas las circunstancias vividas por la paciente, fue informada verbalmente de que se trataba de un intento de resolver una evolución desfavorable de su proceso y de lo incierto de su pronóstico”.

Por su parte la Clínica informa que se le explica “que el tratamiento es quirúrgico y en qué consiste la técnica así como sus posibles complicaciones, que no es una cirugía segura porque hay muchos factores implicados en los buenos resultados de la misma”. Ofrecida la posibilidad, como ya se ha expresado de ser enviada al HUC para que siga tratamiento allí, “es la propia paciente la que solicita ser intervenida en nuestro centro, firmando el consentimiento general por el paciente declara haber recibido toda la información sobre la intervención, riesgos, consecuencias, y alternativas al procedimiento” [Folio 122].

Finalmente, “la paciente es remitida al HUC tras haber sido explicada su situación porque en este centro (Clínica Tamaragua) no se contaba con el material necesario para su realización [...] y no hubo demora en el tratamiento dado que nosotros nos encargamos de hablar con el HUC (Dra. M.) y concertar una cita para el día siguiente al diagnóstico a primera hora de la mañana siendo trasladada en ambulancia junto con un familiar”.

5. En resumen, se trataba de una retina enferma cuya evolución desfavorable era probable [30% de los casos] aunque el éxito de la intervención (se supone que en retina no patológica) es del 90%. Por otra parte, es conocido que el posoperatorio del desprendimiento de retina obliga a un reposo absoluto, que no fue guardado por la paciente, circunstancia que mediatiza sobremanera la debida (exigida) relación de causalidad. Tal como informa el Hospital, el desgarro retiniano que luego evolucionó a PVR no fue previsible, porque la opacidad de la catarata existente dificultaba su diagnóstico y tratamiento. Y este desgarro era probable en retinas degradadas (como era el caso), situación agravada, seguramente, porque la paciente no guardó reposo absoluto.

II

1. El servicio público sanitario está inmerso en la normativa constitucional y legal relativa a la responsabilidad por su funcionamiento y, en consecuencia, surge el derecho de los usuarios de ser indemnizados por los daños que sufran por el funcionamiento, normal o anormal, del citado servicio público, con la excepción de la causa mayor.

Formulada una reclamación de indemnización por daños causados por el funcionamiento del servicio público sanitario, exigiendo la responsabilidad objetiva de la Administración prestataria, ha de acreditarse la existencia del daño, su causación en el ámbito prestacional del servicio público sanitario y la conexión entre el funcionamiento de éste y la lesión sufrida.

Por otro lado, la Administración reclamada, ha de atender a la existencia o no del hecho lesivo y, habiéndolo, a la exigibilidad o no de responsabilidad patrimonial por incidencia de fuerza mayor, ausencia de nexo causal por actuación de un tercero o deber del propio afectado de soportar el daño, y ello, por su directa participación en su causa o por haber asumido el riesgo que comporta el tratamiento, que explicado debidamente en sus pormenores y su desarrollo, él ha aceptado; o bien, por ser lesión consustancial con la enfermedad sufrida y su evolución. Dicho de otra manera, y en el campo de la asistencia sanitaria, darían lugar a la responsabilidad patrimonial aquellos daños que el tratamiento médico produce al margen de su finalidad terapéutica y que son daños producidos bien porque no es el tratamiento procedente o adecuado el prestado o porque en su realización se introducen circunstancias que lo desnaturalizan y que son ajenas a la constitución individual del enfermo.

El art. 141.1 LRJAP-PAC determina: "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales ...".

2. La PVR (Fundamento I) fue la causa determinante de la pérdida de la visión del ojo derecho, que se presentó tras un desprendimiento de retina no reducido, el

cual se produjo, a su vez, tras la aplicación inicial de laserterapia (hasta 3 sesiones) para hacer frente a la hemorragia vítrea y desgarro del que fue diagnosticada al principio. La secuencia encadenada que llevó al daño fue así lógica e inevitable, dadas las características de la paciente (que no cumplió con la pauta de inmovilidad) que presentaba factores desencadenantes del proceso: “desgarro periférico con colgajo”, “alteración del vítreo previa y de la interfase vitreoretiniana”, “hemorragia vítrea, tras cirugía con completa aposición retinocoroidea y con sellado de desgarro, DVP incompleto”.

El informe del Servicio de Oftalmología del HUC (Folio 130) afirma que “las medidas aplicadas para tratar el cuadro de la paciente [...] son los indicados en estos casos para intentar evitar la ceguera de la paciente”, es decir, adecuado a la “lex artis” que requería la situación; indica asimismo tal informe que “pese a los adelantos de la Medicina el desprendimiento de retina secundario a desgarros retinianos no siempre consigue curarse y la evolución de la paciente hacia la ceguera no tiene nada de sorprendente o extraordinario”. Tal y como señala la Propuesta de Resolución “el ojo reaccionó en la forma que lo hizo como un mecanismo de autoprotección, en el que el proceso se perpetúa y autoagrava espontáneamente” (folio 70), dada la patología del ojo y las circunstancias personales de la paciente.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.