



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 3 3 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de noviembre de 2011.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.A.B.G., en nombre de los hermanos J., I., H. y N.C.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 582/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, preceptivamente solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por un Organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia para dictaminar de este Organismo y la preceptividad de la solicitud, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP).

II

1. Los reclamantes, J. y N., H. y I.C.G., presentan la correspondiente reclamación indemnizatoria por el fallecimiento de su madre, U.G.A., que entienden producido a consecuencia de un tardío diagnóstico de la enfermedad que padecía y, por ende, de la inaplicación del tratamiento adecuado a la misma, de modo que el

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

daño ocurre por deficiente asistencia sanitaria por parte de los servicios públicos, solicitando una indemnización que asciende a la cantidad de 33.074,24 euros.

Los antedichos reclamantes, actuando mediante representante apoderado al efecto, debidamente acreditado, tienen condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo, alegando sufrir daños a consecuencia del funcionamiento de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar este procedimiento.

Así mismo, es procedente la tramitación por parte del SCS, actuando a su través la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio sanitario público, de acuerdo con previsiones legales al respecto (Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, LOSC).

Concretamente, el órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de dicho Servicio. Y la resolución es competencia del Director del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

Por otra parte, el daño alegado es efectivo y evaluable económicamente y está personalmente individualizado. Y, en fin, el escrito de reclamación, iniciando el procedimiento, se presenta en plazo no habiendo prescrito el derecho a reclamar, haciéndose el 4 de marzo de 2008 y produciéndose el fallecimiento de referencia el 6 de marzo de 2007.

2. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades o vicios formales que obsten la emisión de un Dictamen de fondo, pronunciándose este Organismo sobre las cuestiones reseñadas en el art. 12.2 RPAPRP. No obstante y como es habitual, en sí mismo considerado este hecho y también en su extensión, no se cumple de largo el plazo de resolución (art. 13.3 RPAPRP), sin excusa o posible justificación dada la gran demora al respecto.

Sin embargo, procede resolver al existir obligación legal de hacerlo pese a ello expresamente, pudiendo hacerse en el sentido que se entiende pertinente [arts. 42.1

y 43.1 y 4.b) LRJAP-PAC], si bien los interesados han podido entender desestimada su reclamación hace años a los efectos pertinentes (art. 142.7 LRJAP-PAC).

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 2 de mayo de 2008 (art. 6.2 RPRP), así como realizados suficientemente los actos de instrucción, necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPRP), sin que los interesados presentaran alegaciones en el plazo concedido al efecto en el trámite de vista y audiencia.

El procedimiento viene culminado con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria, que fue informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, que la estima conforme a Derecho, entendiéndose ratificada por tanto su versión inicial.

III

Según el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que consta en el expediente, a la luz de la historia clínica están acreditados los siguientes hechos-antecedentes.

1.1. Asistencia en el Centro de Salud.

La paciente consulta a médico de cabecera el 21 de septiembre de 2006 por dolor en costado derecho de una semana de evolución, tras sufrir una caída, que es diagnosticado de contusión de pared torácica, solicitándose radiografía de parrilla costal. En la atención sanitaria prestada el 3 de octubre de 2006 por este motivo se menciona la valoración de dicha prueba, considerándose que no hay lesión ósea.

Además, constan las siguientes asistencias.

- 28 de septiembre de 2006: toma de constantes por enfermera.
- 16 de octubre de 2006: MC: dorso-lumbalgia
- 8 de noviembre de 2006: requiere revisión de oftalmólogo y repetición de recetas.
- 5 de diciembre de 2006: epigastralgia, no acidez, comiendo poco porque, al rato, se pone peor.

- 19 de diciembre de 2006: pendiente de CEA y marcadores tumorales, con diagnóstico de coledocolitiasis, habiéndose realizado coledocoduodenostomía por ictericia hace años, y solicitud de ecografía.

- 18 de enero de 2007: se anota que refiere haber ido a médico privado para que se le haga colonoscopia, endoscopia y TAC.

- 22 de febrero de 2007: hijo solicita "pase" para psiquiatría, con informe del HUC.

- 26 de febrero de 2007: visita a domicilio al estar decaída, con (...) disfagia a sólidos desde hace tres meses, refiriendo pérdida de voz a veces.

1.2. Asistencia en la Clínica V.

El 10 de enero de 2007 consulta por dolor costal, en relación a traumatismo sufrido 3 meses antes; epigastralgia, con discreta hiporexia y descenso ponderal sin clínica de alarma. En la EF, dolor a presión en últimos arcos costales, bases ventiladas. Pruebas complementarias: en la radiología, no LOA en parrilla costal; ECO, señal ecogénica a nivel subdiafragmático, aerobilia, posible angioma.

El 17 de enero de 2007 es valorada por facultativo especialista en digestivo, siendo el diagnóstico de posible angioma hepático y traumatismo costal. Así, se solicitó TAC de abdomen-pelvis, practicado el 23 de enero, obteniéndose imagen heterogénea que ocupa los segmentos hepáticos V y VIII, con estructuras vasculares en su periferia altamente sugestivos de angioma, estando colecistectomizada, y teniendo vía biliar no dilatada con signos de aerobilia y eje esplenoportal permeable de calibre conservado. Además, no se apreciaron agrandamientos ganglionares celiacos, mesentéricos ni retroperitoneales significativos y no habiendo hallazgos en vejiga. La conclusión es que se confirma angioma hepático en LHD y aerobilia.

En consecuencia, se remite a la paciente a su médico de cabecera para completar estudio, con la recomendación de realizar gastroscopia y colonoscopia, así como TAC de abdomen con contraste oral e intravenoso.

1.3. Asistencia en la Clínica L.C.

Con la finalidad de descartar neoplasia colorrectal, se realiza tacto rectal, con resultado de normalidad, y colonoscopia, cuyo informe indica la existencia de restos fecales semisólidos y sólidos que impiden explorar más del 90% de la mucosa, aunque se observa, en transversal distal medio, pólipo plano-elevado de unos 5-6 mm, con

centro eritematoso, sin poder descartar erosión central. El diagnóstico es de pólipo elevado y hemorroides internas.

1.4. Asistencia en el Hospital Universitario de Canarias:

Consta analítica del 6 de junio de 2006, con marcadores de resultado normal.

Acude a Servicio de Urgencias el 4 de febrero de 2007 para consulta por dolor en costado derecho en estudio, tras traumatismo hace 3 meses; aporta TAC, informado normal, pero ha aumentado el dolor en los últimos días, con disminución de apetito y pérdida ponderal de 6 kg en el último mes, así como cambio de hábito intestinal sin rectorragia. En radiografía de tórax, AP y L sin infiltrados. Pendiente de colonoscopia para descartar neo colorrectal por síndrome constitucional. Se remite a Consultas Externas de Cirugía General.

El 23 de febrero de 2007 se realiza ECO de abdomen, con el siguiente resultado: hígado de ecotextura heterogénea, con leve dilatación de vías intrahepáticas, así como área más heterogénea en el LHD; si bien no se delimitan formaciones nodulares claras no podemos descartar trombosis parcial de porta derecha o proceso infiltrativo difuso; en tronco celiaco e hilio hepático se observan adenopatías de hasta 2 cm.; moderado derrame pleural derecho.

En consultas externas el 28 de febrero de 2007 figura un deterioro del estado general, anorexia intensa y cuadro constitucional. Pendiente estudio completo. Radiografía tórax: derrame pleural D e imágenes nodulares dispersas (mts?); TAC abdomen de un mes muestra hígado metastásico y neoplasia hepática primaria. Se anota que el TAC se conecta con radiología de urgencia, metástasis hepáticas.

La paciente ingresa en el Servicio de Oncología Médica el 1 de marzo de 2007, en el que, tras valoración de las pruebas aportadas, se desestima tratamiento quirúrgico y se coloca tubo drenaje pleural.

La paciente fallece el 6 de marzo de 2007, siendo el diagnóstico neoplasia diseminada de primario no conocido, sin confirmación histológica; insuficiencia hepática y encefalopatía secundaria.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que, según los datos disponibles y los antecedentes acreditados, no concurren en el presente caso los presupuestos necesarios que conforman la responsabilidad patrimonial de la

Administración sanitaria. En este sentido, se argumenta que la actuación sanitaria se ha ajustado en todo momento a la *lex artis* y más concretamente, que se aportaron los medios disponibles y adecuados, correctamente utilizados, dados los síntomas presentados por la paciente.

En efecto, ha de recordarse al respecto que la responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada exige tener en cuenta el criterio de la *lex artis ad hoc*, en orden a determinar, siendo la obligación a cumplir que, en su caso y por acción u omisión, puede generar su exigencia, de medios y su pertinente aportación y uso, pero no de resultados, la corrección de la asistencia sanitaria realizada, en sus distintas facetas o elementos, sin bastar la mera producción del daño para la vida o salud del paciente, pues, en el estado actual de la ciencia médica, no puede garantizarse su salud o la cura, siempre o completa, de ciertas enfermedades o lograr, tras evolucionar o por sus características y las del propio enfermo, revertir determinados estados patológicos, siendo relevante, por tanto, clarificar los hechos del caso y las circunstancias del enfermo y de la actuación médica realizada.

2. Está acreditado que la asistencia prestada a la paciente en su Centro de Salud el 21 de septiembre de 2006 estuvo motivada por sufrir dolor costal tras una caída, sin referir ningún otro síntoma. Se hizo auscultación pulmonar con resultado de normalidad y se apreció dolor a presión manual a nivel costal, prescribiéndose la práctica de una radiografía de tórax, no objetivándose lesión. Por tanto, se consideró razonable y coherentemente que el dolor tenía su origen en el traumatismo acontecido, sin que se evidenciara entonces la presencia de ningún otro dato clínico que pudiera, en su caso, ser sugestivo del padecimiento de otra patología, ni existían síntomas de la paciente que demandaran o aun aconsejaran solicitar otras pruebas complementarias.

Tan sólo meses después, el 5 de diciembre de 2006, la paciente acude al Centro refiriendo que come poco al sentarle mal la comida, diagnosticándose epigastralgia y se pauta tratamiento y, dos semanas después, tras valorarse a la paciente y medirse indicadores tumorales, se solicita ECO.

Al respecto, el facultativo responsable indica que la paciente refirió pesadez abdominal primero y luego se estaba pendiente de analítica para descartar enfermedad neoplásica del aparato digestivo, obteniéndose resultados normales en hígado, sangre e intestino. La ECO realizada indicaba angioma hepático, por lo que

se instaba por los especialistas un TAC, que se solicita, y se deriva a digestivo porque también se recomendaba colonoscopia y endoscopia.

Esto es, las actuaciones fueron acordes con la situación y el estado de la paciente, pidiéndose ECO, realizada ciertamente en Centro privado, y, a su vista, se insta TAC y se remite a especialista, sin perjuicio del resultado señalado de la analítica, en principio, normal, aunque el TAC volvió a realizarse en el mismo Centro privado, la asistencia fue adecuada en cuanto a no ser pasiva y solicitarse pruebas adecuadas o intervención del especialista apropiado.

V

1. La argumentación de la Propuesta de Resolución, apoyada en el informe del SIP íntegramente en lo esencial, no es convincente, al menos en orden a estimar justificada la desestimación propuesta en base a una actuación sanitaria correcta, de manera que no existe diagnóstico tardío de cáncer, sino que se produjo éste en el momento en que se estaba en condiciones de hacer, dados los antecedentes, material y síntomas de la paciente.

Y es que, sin duda, no puede negarse demora en la producción del diagnóstico correcto, si bien habría que decidir, a la luz de los datos disponibles, si ello está justificado, en la línea y por los motivos alegados por la Administración, o bien, no lo está siquiera sea porque, dadas las circunstancias, no se hicieron pruebas diagnósticas pertinentes con la diligencia exigible en Centros públicos o, en todo caso, no se revisaron con tal diligencia y debida atención las que, vista la espera en hacerse, se hizo la paciente en Centro privado, no sólo la inicial, una ECO, sino también la que, a resultas de ésta se recomendó, un TAC, sin hacerse en absoluto el de contraste que se entendía procedente.

Además, existiendo angioma y sospecha, expresa o implícita, de algo más grave, no se revisó el TAC realizado hasta un mes después, sin ser derivada, por lo demás, la paciente a especialista en oncología, sino de digestivo. En este sentido, puede no bastar al efecto sostener una lectura no correcta de dicho TAC tras hacerse no sólo por lo antedicho sobre su necesaria complementación y el antecedente de ECO y pruebas complementarias, sino porque, apreciándose irregularidades hepáticas y, como mínimo, tumor calificado de angioma nada se hizo hasta mucho después.

En esta tesitura, no se entiende que no se efectuara una analítica inmediatamente de marcadores tumorales o que, eventualmente realizada en

diciembre o enero no se apreciaran entonces resultados apropiados a la existencia, efectivamente, no ya de cáncer, sino de metástasis, apareciendo tales resultados sólo poco antes de fallecer la paciente, debiéndose explicar tal aparente anomalía. Y también la posibilidad de que se obtuvieran resultados normales en la analítica hecha seis meses antes, en junio, tratándose de un cáncer agresivo y con rápida metástasis que pudiera estar actuando desde septiembre o incluso con anterioridad, reseñándose en todo caso qué indicadores se buscaban.

2. Es necesario conocer, pues, si, dados los síntomas de la paciente y habida cuenta tanto de la ausencia de lesión ósea, pero con persistencia de dolor, con problemas en la alimentación y pérdida de peso desde diciembre, como los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas, se debieron efectuar no sólo las pruebas complementarias recomendadas, sino éstas y las anteriores con urgencia o inmediatamente, como se hizo en el Centro privado, con intervención de especialista de oncología.

En otras palabras, si, procediéndose como se indica desde un principio o, al menos, desde que se informó en enero el TAC inicial, no sólo debió actuarse en el Hospital Universitario y por el Servicio de Oncología, de carácter diagnóstico en principio, con la urgente realización de pruebas complementarias, las recomendadas u otras pertinentes. En definitiva, si, de haberse producido de esta manera, ante todo por Centro público desde que se solicitó la primera ECO en diciembre, se hubiese podido apreciar o sospechar el cáncer en diciembre o, como tarde, en enero. Y, en tal caso, si, con el tratamiento apropiado, el cáncer hubiera podido ser atacado con alguna posibilidad de éxito, aunque fuere mínima y a corto plazo, disponiendo de alguna expectativa de vida la paciente, siquiera breve, a los efectos oportunos y, cuando menos, sin el dolor o sufrimiento propios de esta enfermedad.

3. La antes expuesta información, sobre todos los extremos reseñados, ha de realizarse por especialista o especialistas de oncología y radiología diagnóstica del SCS, pero de otro Centro diferente al afectado en este caso, a la vista de la completa historia clínica y la documentación del expediente, incluyendo sobre todo la pertinencia de realización urgente, en la forma y momentos expresados, en Centro público, de pruebas diagnósticas apropiadas y pautadas o de las recomendadas por facultativos privados, o bien, de la revisión de las efectivamente hechas a los efectos oportunos.

Posteriormente, se procederá a efectuar trámite de vista y audiencia a los interesados a los efectos procedentes y, por fin, previo informe del Servicio Jurídico,

si se entendiera pertinente, se formulará definitiva Propuesta de Resolución en función de las actuaciones realizadas y sus resultados, que será dictaminada por este Organismo para efectuar los pronunciamientos previstos en el art. 2.2 RPAPRP.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas, no se entiende adecuadamente fundado el resuelto desestimatorio propuesto, procediendo realizar los trámites explicitados en el Fundamento V y, finalmente, elaborar Propuesta de Resolución, solicitándose Dictamen sobre ella.