



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de enero de 2012.

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 I.V.V.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 713/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

Mediante escrito de 25 de noviembre de 2011, la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente y por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.B.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), Dictamen previo sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de I.V.V.B. por daños que se alegan producidos por la deficiente asistencia sanitaria que le fuera prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS), consistente en un mal diagnóstico y tratamiento que obligó a que la reclamante fuera intervenida, efectuándose colectomía total.

Por ello, solicita el abono de la factura correspondiente a los gastos derivados de la operación, ascendiendo la misma a la cantidad de 8.142 euros.

II

El *procedimiento* se inicia y ha sido tramitado en aplicación de las previsiones legales y reglamentarias de aplicación.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

Así, el inicio se produce con la presentación del escrito de reclamación por persona legitimada para ello, en cuanto ha sufrido daño que se alega es consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el SCS, Organismo autónomo de la Administración autonómica, que, por tanto, es competente para tramitar, a través de su Secretaria General, y resolver, por su Director General, el procedimiento.

Por otro lado, el daño es cierto, económicamente evaluable y personalmente individualizado y, además, la reclamación se efectúa en plazo, antes de vencer el legalmente previsto de prescripción de la acción para reclamar, al presentarse el correspondiente escrito el 7 de junio de 2007 en relación con un hecho acaecido el 10 de enero de ese mismo año.

También en la tramitación se han realizado los actos de trámite previstos normativamente: requerimiento de mejora y subsanación de la solicitud; informe del Servicio afectado; apertura del trámite probatorio y proposición de prueba; vista y audiencia de la interesada.

El procedimiento culmina con una Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio, viniendo confirmada la inicialmente formulada tras ser informada de conformidad por la Asesoría Jurídica. La formulación se hace habiendo vencido el plazo de resolución reglamentariamente previsto, sin justificación al efecto. Sin embargo, sin perjuicio de lo que ello pudiera comportar y de que la interesada ha podido entender desestimada su reclamación a los efectos oportunos, procede resolver expresamente, cabiendo hacerlo en el sentido propuesto, al existir obligación legal de hacerlo [arts. 42.1 y 7, 43.1 y 4.b), 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

III

1. Según la reclamante, fue ingresada dos días después de nacer en el Hospital Insular y se le diagnosticó la enfermedad de Hirschprung, siendo intervenida en seis ocasiones, más una apendicectomía, en el intervalo de pocos años, permaneciendo asintomática los siguientes hasta que el 29 de agosto de 2004 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil con dolor cólico en hipogastrio, dándosele el alta tras un período de observación al considerarse aquél debido a adherencias derivadas de las numerosas intervenciones antes referidas, con diagnóstico de tumoración anexial y recomendación de visita a consultas externas de ginecología para estudio.

El 8 de noviembre de 2004 acudió a cita ginecológica, asistiéndola una doctora que le dio el alta con la indicación de que no era necesario realizar ninguna

intervención, debiendo tomar analgésicos para el dolor y acudir al ginecólogo de zona para control.

No obstante y al persistir los dolores, en agosto de 2005 su médico de cabecera la remite a consulta de Cirugía General en el Hospital Dr. Negrín y, realizadas colonoscopia y ecografía simple, se informa que no hay determinación de su origen al no mostrar las pruebas una posible causa, por lo que pudieran tener carácter psicológico.

Al continuar los dolores en la zona lumbar, la misma médico de cabecera la deriva a Traumatología en abril de 2006. Se realizan TAC y RX en la zona y recibe el diagnóstico de lumbalgia por tensión del músculo, sin apreciarse otra cosa, con recomendación de natación y ejercicios de fortalecimiento de dicha zona.

Durante el año 2006 la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Puerto y del Hospital Dr. Negrín por las mismas causas, siendo tratada con nolotil y remitida a domicilio cada vez; razón por la que, no obteniendo respuesta curativa a sus dolencias, decide contratar un seguro médico privado para tratarlas.

No obstante, el 24 de septiembre de ese año la reclamante se presenta en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud con fuerte dolor e hinchazón de estómago, así como con náuseas y vómitos, tras haber estado cinco días sin defecar. Después de tratársele el dolor y las náuseas, es enviada a casa, pero, al llegar, el dolor se incrementa, por lo que acude al Servicio de Urgencias de la Clínica privada S.C., donde se le realizan varias pruebas y queda ingresada con el diagnóstico de íleo paralítico.

Por último, en enero de 2007 la reclamante es intervenida con realización de colectomía total, siendo el diagnóstico de megacolon, síndrome de adherencia, obstrucción tubárica o hidrosálpinx bilateral, y atrofia ovárica derecha con quiste asociado. A consecuencia de la operación, ha de realizar deposiciones semilíquidas de 4 a 7 veces al día y sólo podrá concebir tras un tratamiento de fecundación *in vitro*.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) sostiene que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante por el SCS fue siempre la adecuada al caso, sin que se hubiera producido en ningún momento error de diagnóstico o tratamiento consiguientemente indebido, ni existe tampoco deber de abonar los gastos de la interesada reclama por la intervención sufrida al haber acudido al efecto, voluntariamente, a la Sanidad privada.

En este sentido, el informe parte del presupuesto reconocido de que la paciente fue diagnosticada desde su nacimiento de la enfermedad de Hirschprung, debiendo ser intervenida por ello varias veces en sus primeros años de vida. Se trata, por lo demás, de una dolencia congénita que se caracteriza por la ausencia de células ganglionares en el cólon que causa alteración en la motilidad, de modo que, al no poder pasar su contenido por el segmento comprometido, el colon se distiende, con los siguientes efectos; razón por la que la intervención quirúrgica realizada a la reclamante se conecta con este proceso de la enfermedad de base.

Así, el diagnóstico previo a la operación fue el de megacolon por enfermedad de Hirschprung, pero, según el SIP, hasta entonces no había sido precisa la cirugía porque las molestias presentadas (estreñimiento, dolor) fueron resueltas con tratamiento farmacológico, de lo que se deduce que no ha existido nunca error diagnóstico o de asistencia en la Sanidad pública en este supuesto, evolucionando la enfermedad diagnosticada con los años y siendo valorada y tratada en cada fase según la sintomatología presentada.

Por último, se observa que el ovario derecho quístico y la hidrosalpinx también habían sido oportunamente detectados y diagnosticados por los servicios públicos, sin que tengan relación con la sintomatología de megacolon y adherencias derivadas de la reiterada enfermedad original y las intervenciones iniciales.

En definitiva, no hay nexo causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida, siendo la intervención efectuada hecha en el momento pertinente, con consecuencias inevitables y siempre asociadas a la enfermedad congénita de la paciente, sin haberse realizado en Centro público, pese a preverse, por decisión voluntaria de la paciente.

IV

Antes de efectuar pronunciamiento sobre la desestimación propuesta, procede hacer ciertas observaciones previas.

Así, se advierte que la interesada reclama indemnización por el mal diagnóstico y tratamiento recibido por el SCS, pero solicita que se le abonen los gastos derivados de la intervención de referencia; solicitud que, en puridad, parece que debiera tramitarse y resolverse en otro procedimiento.

Sin embargo, la calificación de la reclamación hecha por la Administración fue que se trataba de una exigencia de responsabilidad patrimonial, aceptándolo la reclamante, que reclama ser indemnizada en una cuantía precisa, 8.142 euros.

En realidad, no parece procedente en principio aplicar al caso el procedimiento de reembolso de gastos, al requerirse la existencia de urgencia vital o circunstancia derivada de una indebida actuación de la Administración en la asistencia a la paciente, en diagnóstico o tratamiento, asimilable, que pudiera no concurrir aquí.

En todo caso, la pretensión de la interesada está íntimamente asociada al reproche previo y básico de error de diagnóstico o de apreciación en el estado o evolución de la enfermedad base y el consiguiente tratamiento, el cual generó no sólo que éste fuese inadecuado, sino que el pertinente, la intervención finalmente programada y realizada, fuese tardía y con efectos lesivos que pudieron evitarse.

Por tanto, haciendo asumible la calificación realizada, lo que parece reclamarse como indemnización, aunque en cuantía coincidente con el gasto de la intervención en Centro privado y sin que ello se pueda rechazar sin más por el sólo argumento de que se hizo voluntariamente y pudo hacerse en Centro público, es una cantidad por el sufrimiento innecesario producido por la indebida asistencia en la evolución de su enfermedad y, consecuentemente, el retraso en la intervención, con sus antedichas consecuencias.

V

1. En cuanto a la cuestión de fondo, ha de partirse de la doctrina reiteradamente expresada por este Organismo, con cita de jurisprudencia, sobre las condiciones y circunstancias en las que cabe exigir responsabilidad a la Administración sanitaria por daño producido con motivo de la asistencia sanitaria, a la luz de la ordenación legal, estatal y autonómica, incluida la ordenación de los derechos y deberes del paciente, de este servicio público, y siempre en torno a la idea de la *lex artis ad hoc* y los límites derivados de la propia enfermedad y del estado de la ciencia o de los medios exigiblemente disponibles en cada momento y lugar.

En este caso, ha de considerarse acreditado que el diagnóstico previo a dicha intervención finalmente hecho a la paciente se emite en relación con una dolencia que tenía desde que nació, con origen congénito. Así, fue precisamente que padecía megacolon por enfermedad de Hirschprung, con síndrome de adherencias inevitablemente derivadas de las múltiples operaciones que, en el espacio de pocos años tras el nacimiento y empezando por una colectomía, debieron efectuársele por ello, con relativo éxito, justificadamente, en cuanto que se trata de una enfermedad

efectivamente congénita y apreciada al nacer, difícilmente sanable. Además, no puede por eso impedirse que evolucione con el tiempo, consistiendo en la conformación de sección colónica dilatada al existir una parte del colon sin células ganglionares, generándose motilidad inadecuada o insuficiente y, en consecuencia, problemas de obstrucción intestinal y dolores u otros asociados.

En este orden de cosas se inscribe el ileo paralítico diagnosticado en septiembre de 2006, pues se trata de la disminución o ausencia de peristaltismo intestinal, con hipersensibilidad y distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales, y náuseas y vómitos, y correspondiéndose con la existencia de megacolon agangliónico.

Lo que viene a ser el estadio final de la evolución del cuadro de su enfermedad innata, con sucesivas fases en las que aparecen dolor y náuseas por distensión del marco cólico, con heces apesadas y sin dilatación de asas de intestino delgado, hasta llegarse al megacolon y al ileo paralítico, requiriéndose intervención quirúrgica entonces. Aunque, estando pendiente de efectuarse en Centro público en enero de 2007, según consta en anotación en la historia clínica de diciembre de 2006, la paciente decidió que se hiciera en Centro privado, tras ingresar en éste para obtener una segunda opinión, que corroboró la primera y la pertinencia de la operación, asumida ya también por el SCS.

En definitiva, ha de asumirse que fue en ese momento de la evolución de la enfermedad cuando, vista la situación y no pudiéndose prolongar el tratamiento farmacológico hasta entonces utilizado en cada fase, con éxito así mismo relativo, procedía efectuar colectomía total y reservorio ileal.

2. La cuestión a dilucidar, en consecuencia, es si la asistencia pública fue, como informa el SIP y acoge la Propuesta de Resolución, correcta en cada momento a partir de la conocida existencia y evolución de la enfermedad de base, con sus características, efectos y correspondiente sintomatología, siendo adecuadas las valoraciones al respecto y el correspondiente tratamiento, o no fue así realmente.

Al respecto, el hecho es que hasta la intervención en el proceso del primer Centro privado, sirviendo la segunda para confirmar su opinión y proceder a la intervención que era requerida en consecuencia, como parece haber reconocido por fin el SCS, la sanidad pública se había limitado a constatar la permanencia de la enfermedad, atacando sus síntomas con mero tratamiento farmacológico, pero sin haber advertido la existencia de ileo paralítico o megacolon agangliónico en ese estadio, a los efectos pertinentes, de manera que se detectó y procedió a operar

únicamente por tal intervención sanitaria privada, sin decidir por el SCS la intervención hasta ese momento.

En otras palabras, pudiendo comportar una errónea o inadecuada apreciación del estado evolutivo de la enfermedad básica, debe discernirse si el tratamiento farmacológico pautado en exclusiva por el SCS se extendió el tiempo adecuado en función de la situación de la enfermedad de la paciente o no, agravándose aquélla hasta el punto de que la intervención requerida tiene menores posibilidades de éxito o genera más efectos negativos, o bien, si al no realizarse la colectomía y reservorio ileal al no detectarse el ileo paralítico o la fase final del megacolon por la Sanidad pública, haciéndolo sin embargo la privada, supuso la permanencia de una situación sanitaria deficiente de la paciente.

Por tanto, con retroacción de actuaciones, procede que por especialista o especialistas en la enfermedad de base, a la vista de la historia clínica completa de la paciente y de lo actuado en este procedimiento, se emita opinión médica sobre los siguientes extremos.

- Posibilidad de detección de ileo paralítico en la Sanidad pública, conocida la enfermedad de base, los antecedentes de tratamiento quirúrgico y su evolución, así como los síntomas constantes y agravados de la paciente, especialmente antes de que lo hiciera el Centro privado.

- Procedencia de los medios diagnósticos utilizados en la valoración de la evolución de la enfermedad para conocer debidamente su estado y, en particular, pertinencia del uso, dadas las circunstancias y el estado de la paciente, de los que permitieron al Centro privado detectar ileo paralítico.

- Posibilidad de error al diagnosticarse dolencia lumbar en la paciente, en conexión con su enfermedad y síntomas, y efectos que ello pudo tener en su evolución o agravamiento y el limitado éxito de la ulterior intervención.

- Consecuencias de la demora en la detección del ileo paralítico para el éxito de dicha intervención, al agravarse la evolución de la enfermedad, o influencia que el retraso en su realización por la no detección a tiempo tuvo en sus consecuencias desfavorables adicionales que cita la paciente.

Emitidos los correspondientes informes, procede su traslado a la interesada a los efectos del trámite de vista y audiencia, con elaboración de nueva Propuesta de

Resolución consecuente con estas actuaciones, a remitir a este Organismo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas, no se considera formulada debidamente la Propuesta de Resolución analizada, sin justificarse adecuadamente la desestimación propuesta, de manera que procede la retroacción de actuaciones en orden a realizar los trámites explicitados, solicitándose Dictamen sobre la correspondiente Propuesta que se formule.