



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 320/2012

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de junio 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 N.J.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 271/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de 21 de mayo de 2012, la Consejera de Sanidad interesa, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, 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 (RPRP), Dictamen sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado por daños que se alegan sufridos por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. El inicio de este procedimiento se produce con la presentación del escrito de reclamación por persona legitimada para ello, en cuanto ha sufrido un daño que se alega 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 de responsabilidad patrimonial.

3. En cuanto al daño, éste es cierto, económicamente evaluable y está individualizado en la persona de la interesada.

* PONENTE: Sr. Suay Rincón.

4. La reclamación se efectúa vencido el plazo de un año desde que la afectada fue intervenida en fecha 10 de mayo de 2006, al presentarse el citado escrito el día 28 de junio de 2007. No obstante, ello se justifica en que la afectada solicitó con anterioridad a la formulación del escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial el reintegro de gastos, desestimada ésta última en fecha 30 de octubre de 2006, computándose el plazo señalado de un año a partir de entonces.

II

1. El procedimiento se inició mediante escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, con registro de entrada en la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios adscrita a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad en fecha 28 de julio de 2007, en que la afectada solicitó el reconocimiento de su derecho a percibir indemnización por los daños y perjuicios causados supuestamente por el Servicio Canario de la Salud. La reclamante expone en su escrito, entre otros extremos:

“1º- El pasado día cuatro de mayo por la noche comencé a padecer de fuertes dolores en la zona del vientre, debido a estos fuertes dolores que me impedían levantarme de la cama, mi padre me llevó a urgencias en el centro de salud de la Aldea, en el cual me remitieron con carácter de urgencia al Hospital Dr. Negrín.

(...)

3º- Como los dolores continuaban (...); mi padre me llevó al Dr. P. en la calle Buenos Aires (...) de Las Palmas de Gran Canaria, donde me realizó el martes 9, las pruebas-de Rayos X de contraste (papilla opaca) donde me dijo que padecía riesgo de perforación biliar, por lo que me remitió al Dr. S.S., cirujano digestivo de la Clínica S.R.

4º- El Dr. S.S., me dijo que si padecía otro cólico más se me podría perforar la vesícula por lo que me operaron con carácter de urgencia el día 10 a las 18 horas.

En virtud de lo expuesto, presentó (...) reclamación de tipo patrimonial, por todos los daños y gastos ocasionados”.

En escrito de fecha 12 de junio de 2006 adjunto a impreso oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario número 008240, expone la reclamante:

“5.- Como consecuencia de la operación, he tenido que desembolsar unos gastos que superan los 5.682 euros, cuya relación de facturas aporto (...).”

- A la reclamación inicial y a los sucesivos escritos de subsanación y mejora, se acompaña copia de la siguiente documentación: informes médicos varios emitidos por el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria y por la Clínica S.R.; Documento Nacional de Identidad; facturas varias y honorarios médicos; copia del impuesto sobre la renta de las personas físicas correspondiente al ejercicio 2005; y Resolución de 30 de octubre de 2006, emitida por la Dirección del Área de Salud de Gran Canaria de sentido desestimatorio de la solicitud de reintegro de gastos.
- Mediante Resolución de 9 de enero de 2008, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se resolvió la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, una vez vistos los hechos lesivos alegados por la reclamante y subsanado el escrito de reclamación inicial.
- Se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, vista la historia clínica de la afectada remitida a la citada Inspección por la Gerencia Atención Primaria Área de Salud Gran Canaria, con el fin de determinar el servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, y valorar la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la dicente y los daños y perjuicios por los que ésta reclama. La solicitud referida fue atendida oportunamente mediante el informe (4 de marzo de 2009, folios 62 y 63) al que acompaña la historia clínica de la reclamante, así como los informes facultativos correspondientes.
- Mediante Acuerdo de fecha 30 de octubre de 2009, se declaró la pertinencia de la prueba documental propuesta por ambas partes, declarando improcedente la prueba referida como "*prueba testificada*" por la parte reclamante.
- Mediante Acuerdo de fecha 30 de septiembre de 2011, se procedió a dar preceptivo trámite de audiencia a la interesada, notificándosele correctamente, no procediendo la afectada a personarse ni hacer alegación alguna sobre el expediente administrativo de referencia.

- La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio fue remitida al Servicio Jurídico, en un primer informe, emitido en fecha 29 de marzo de 2012. Éste no consideró la PR ajustada a Derecho. Por lo que tras la subsanación del defecto formal (23 de abril de 2012), se remitió nuevamente al Servicio Jurídico que, en fecha 10 de mayo de 2012, emitió nuevo informe considerándola entonces conforme a Derecho.

2. La Propuesta de Resolución se emitió en fecha 15 de mayo de 2012, vencido el plazo de resolución reglamentariamente previsto, sin justificación al efecto. Sin embargo, procede resolver expresamente, cabiendo hacerlo en el sentido propuesto, al existir obligación legal de resolver [arts. 42.1 y 7, 43.1 y 4.b), 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

III

1. En cuanto al desarrollo de los hechos en el caso que nos ocupa, por un lado, y siguiendo lo que alegó la afectada en su escrito de reclamación, el diagnóstico que recibió tras haber sido asistida en el Hospital Dr. Negrín fue erróneo por no haber solucionado los dolores que padeció, no habiéndosele realizado intervención quirúrgica oportunamente. Entendiendo la afectada por todo ello, que es obligación del Servicio responder por los gastos que le han ocasionados indebidamente al ser el Servicio Canario de la Salud el responsable único de habersele prolongado los dolores -durante 5 días- a contar desde que fue asistida por la Sanidad Pública hasta que fue intervenida en la Clínica S.R.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) sostiene, sin embargo, que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en el SCS fue siempre la adecuada, sin que se hubiera producido en ningún momento error de diagnóstico o tratamiento consiguientemente indebido. Por lo que entiende que no existe deber de abonar los gastos que la interesada soportó y ahora reclama por la intervención practicada en su persona, al haber acudido ésta voluntariamente a al centro privado.

En respuesta a la reclamación formulada por la afectada para el reembolso de los gastos soportados, también la Subdirectora Médica Hospital y Calidad, se había pronunciado ya, en fecha 22 de junio de 2006, por la desestimación de la solicitud formulada, justificándolo igualmente en haber acudido la interesada voluntariamente a la sanidad privada.

3. El Servicio de Inspección fundamentó su informe en que se ha de tener en consideración tanto la proporción de personas que padecen piedras en la vesícula

como la existencia de diversos diagnósticos análogos al de la afectada ante los que la propia medicina aconseja, en atención a los conocimientos médicos en aquel momento, ser tratados con dieta, fármacos espasmolíticos y analgésicos, debiendo valorar la intervención quirúrgica individualmente. Así, el diagnóstico cólico biliar colelitiasis sin colecistitis fue tratado con analgesia y fluidoterapia, con lo que, a juicio del Coordinador del Servicio de Urgencias (folio 99), la paciente evolucionó favorablemente con tratamiento farmacológico, recomendándosele ser valorada por su médico de atención primaria. El SIP entiende que incluso el tiempo de 40 días en ser citada no se considera desmesurado a la vista de la situación clínica y que, por consiguiente, la situación tampoco se hubiera agravado por la espera.

IV

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 daños producidos 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.

2. En el caso que nos ocupa, se advierte que la interesada reclama una indemnización por el supuesto mal diagnóstico y tratamiento recibido en el SCS. La afectada solicita en concreto la cantidad equivalente a los gastos soportados por la operación, ascendiendo la misma a la cuantía de 5.682,19 euros.

3. Por tanto, lo que la interesada reclama como indemnización es el gasto que le supuso haberse intervenido quirúrgicamente en el Centro privado. Rechazándose la solicitud relativa al reintegro de los gastos que se desestimó con el principal argumento de que la paciente acudió voluntariamente a la Clínica S.R.

4. En cuanto al funcionamiento del SCS, entendemos que la afectada no padeció un sufrimiento o riesgo en su persona suficiente como para acusar su producción a una presunta defectuosa asistencia médica, pues no se demostró ni observó en los documentos obrantes en el expediente la urgencia inmediata de la intervención quirúrgica acusada por la reclamante. Concretamente, no se aportó al expediente

ningún informe médico del cirujano digestólogo que intervino a la afectada que acreditase la emergencia de la citada enfermedad.

Se trata, por tanto, de una dolencia que es conocida por la medicina, pues no se ignora el padecimiento, los efectos y el correlativo tratamiento la misma en las personas; razón por la que la intervención quirúrgica realizada a la reclamante se entendió por el SCS que carecía de un riesgo inminente, por lo que el personal médico que asistió a la afectada intentó paliar los efectos de los cálculos con tratamiento previo a fin de evitar intervención quirúrgica aparentemente no considerada urgente.

V

1. 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 determinación de los dolores, con sus características, efectos y correspondiente sintomatología, siendo adecuadas las valoraciones al respecto y el correspondiente tratamiento aplicado por el SCS, o no fue así realmente.

2. En atención con los documentos obrantes en el expediente, consideramos que los hechos sucedieron como siguen:

- Entre otros, el informe, emitido por el Coordinador del Servicio de Urgencias, ya mencionado, acredita que en un primer momento con el tratamiento farmacológico la paciente mejoró notablemente y se le recomendó asistir a su médico de atención primaria.

- En fecha 7 de mayo de 2006, la reclamante fue asistida por el médico general, diagnosticándosele "*fibralgia*" y cólico hepático.

- El día 8 de mayo de 2006, la enferma acudió a su médico de cabecera, diagnosticándosele cólico biliar, colelitiasis. Cursó interconsulta con el digestólogo y fue citada por éste para el día 22 de junio del mismo año, por tanto, para un mes y 5 días después. De haber sido realmente urgente la dolencia con riesgo de muerte la afectada habría sido intervenida con carácter inmediato por el SCS. La presunta tardanza para ser valorada fue de 35 días -no 6 meses como alegó la reclamante en su escrito-. Tampoco apreció la urgencia de la intervención su médico de cabecera el día anterior a la consulta previa a la operación en la Clínica S.R.

- Realizadas las observaciones pertinentes, entendemos que efectivamente el protocolo médico a seguir se observó, y el tratamiento aplicado a los diagnósticos y,

por ende, a las dolencias, pareció el más adecuado. A mayor abundamiento, a la afectada se le indicó que acudiese nuevamente al Servicio de Urgencia en caso persistir los dolores, de lo que se desprende que no los hubo, al acudir al médico general el día 7 de mayo de 2006, por tanto, transcurridas más de 24 horas después de haber sido atendida por urgencias en el SCS.

3. En resumen, debemos considerar que no se han vulnerado las reglas de la "lex artis" y que tampoco se aprecia mala praxis en el tratamiento recibido en la persona afectada. No se observó en urgencias del SCS fiebre ni signos de gravedad; la exploración de abdomen fue blando y depresible; tras la administración farmacológica el dolor cedió parcialmente, lo que supuso una clara mejoría; a la mañana siguiente, la afectada no acudió a su médico de atención primaria para ser valorada; el médico de cabecera al que acudió posteriormente, igualmente, apreció coleditiasis sin signos de colecistitis. Por ninguno de los médicos intervinientes del SCS se apreciaron razones suficientemente contundentes para efectuar la operación con carácter urgente. No obstante, nada impide que cualquier particular decida por voluntad propia ser intervenida quirúrgicamente para evitar posibles riesgos futuros, como hizo la afectada en el supuesto que se plantea ahora a nuestra consideración.

4. En definitiva, no concurre el requerido nexo causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida, al no haber existido error diagnóstico o de asistencia en la sanidad pública en este supuesto. Por lo que la Administración concernida no ha de responder en este caso.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, objeto de este Dictamen, se considera conforme a Derecho.