



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 600/2012

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de diciembre 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 F.V.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 573/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 19 de noviembre de 2012, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de noviembre de 2012. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 1.1.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, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de F.V.S., al pretender el resarcimiento de un daño que se le irrogó en su esfera personal como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

* **PONENTE:** Sr. Lorenzo Tejera.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, 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.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues la reclamación que da lugar al procedimiento que nos ocupa se presentó en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 18 de marzo de 2010, habiéndose determinado el daño por el que se reclama el 21 de enero de 2010, fecha en la que se produjo el diagnóstico adecuado y se intervino quirúrgicamente al reclamante.

III

1. Según los términos del escrito del interesado, los hechos que son objeto de la reclamación que nos ocupa son los siguientes:

“PRIMERO.- Que el 20 de enero de 2010, sobre las 21:30 horas, acudí al servicio de urgencias del ambulatorio del SCS sito en Las Remudas, Telde, como consecuencia de un fuerte dolor abdominal, concluyendo el facultativo que me atendió una posible peritonitis y siendo evacuado en ambulancia al servicio de urgencias del Complejo hospitalario insular-materno infantil de Gran Canaria.

SEGUNDO.- Que, tras llegar a las urgencias del centro sanitario antes señalado y esperar el tiempo correspondiente, fui atendido por un doctor cuyos datos ignoro por no figurar los mismos en el parte, el cual, después de un somero examen y una placa de abdomen, determinó que me pusieran un calmante y me marchara a mi casa, remitiéndome a mi médico de cabecera. (...).

TERCERO.- Que sobre las 09:00 horas del día 21 de enero de 2010, ante los insoportable de los dolores que padecía el que suscribe, acudí al servicio de urgencias (esta vez de la sanidad privada, Clínica S.R.), donde se me diagnosticó al momento una apendicitis aguda-peritonitis purulenta, siendo de inmediato intervenido quirúrgicamente y posteriormente ingresado en la UMI durante 48 horas, más 72 horas más que estuve en planta, además de un posterior reposo domiciliario durante una semana.

CUARTO.- Que a la vista de lo expuesto el dicente estima que ha sido objeto de una injustificable falta de diligencia por parte del facultativo del servicio de urgencias del complejo hospitalario insular-materno infantil de Gran Canaria que me atendió durante la noche del día 20 de enero, el cual, a pesar de haber sido remitido en ambulancia desde el centro de salud de Las Remudas (Telde) con una posible conclusión diagnóstica de peritonitis (como finalmente así resultó ser cierto), me mandó a mi domicilio después de que me administraran un simple calmante, pese a la evidente gravedad del cuadro que presentaba, apreciada horas antes por su compañero del referido centro de salud. (...).

QUINTO.- Que todo lo explicitado no solo ha comportado hacia mi persona una serie de evidentes padecimientos físicos absolutamente innecesarios, sino que el hecho de haberse puesto en grave riesgo mi vida con total indolencia y falta de profesionalidad, me ha originado un estado de ansiedad y sufrimiento psicológico insoportable (...).

Se solicita indemnización que se cuantifica en CIENTO CINCUENTA MIL (150.000 €).

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

Por otra parte, constan, es el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa las siguientes actuaciones:

1) El 14 de abril de 2010 se identifica el procedimiento y se insta al reclamante a mejorar su reclamación, de lo que es notificado el 21 de abril de 2012, viniendo a subsanar su reclamación el 3 de mayo de 2010.

2) Por Resolución de 20 de mayo de 2010, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica a la parte interesada el 28 de mayo de 2010. Asimismo, se acuerda su remisión a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), para su tramitación, lo que se hace el día 20 de mayo de 2010.

3) Por escrito de 20 de mayo de 2010 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, reiterando tal solicitud en fecha de 18 de enero de 2011, 23 de febrero de 2011 y 1 de marzo de 2012. El informe se emite el 3 de agosto de 2012, a cuyos efectos se recaba la documentación oportuna.

4) El 16 de junio de 2010 compareció personalmente el interesado con el fin de otorgar poder de representación apud acta a C.J.C.P.

5) El 21 de agosto de 2012 se dicta acuerdo probatorio donde se declara la pertinencia de las pruebas propuestas, y, dado que ya todas obran en el expediente, se declara concluida la fase probatoria. De ello se notifica al interesado mediante fax el 22 de agosto de 2012.

6) El 3 de septiembre de 2012 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, del que se notifica al reclamante mediante fax el 4 de septiembre de 2011, sin que conste la presentación de alegaciones.

7) El 18 de octubre de 2012, se emite Propuesta de Resolución por de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud. Esta Propuesta de Resolución, en la que se desestima la pretensión del interesado, igual sentido del borrador de la Resolución de la Dirección Gerencia del CHUIMI (en el que no consta fecha). Tal Propuesta de Resolución es informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 12 de noviembre de 2012. Así, se emite Propuesta de Resolución definitiva el 19 de noviembre de 2012, que es sometida a Dictamen de este Consejo.

Por lo que su tramitación ha sido correcta.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente, concluyéndose en la misma que la asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud ha sido acorde con la *lex artis*, no resultando acreditado el daño por el que se reclama, lo que se argumenta señalando:

“Hemos de partir de las consideraciones que se efectúan en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 89.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre ya citada, se incorpora como fundamento de la presente Resolución:

«Un cuadro de apendicitis es un proceso evolutivo inflamatorio, que en un momento dado puede no evidenciar signos claros inflamatorios, pero evolutivamente van a ir apareciendo en un periodo de tiempo, distinto para cada paciente, a unos les aparecen en horas y a otros en días.

La evolución de un dolor abdominal inespecífico hasta cuadro apendicular perforado es una evolución no deseable, pero entra dentro de las complicaciones posibles según evoluciona el cuadro cronológicamente.

En las apendicitis pélvicas puede ser difícil el diagnóstico ya que el dolor es atípico y suele ser intenso suprapúbico, en ocasiones, en el cuadrante inferior izquierdo. Puede existir tenesmo rectal y vesical, y la rigidez parietal suele estar ausente».

En el caso que nos ocupa tal y como se informó desde el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (folio 170):

«Cabe señalar que el diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico y en este paciente fue tan difícil el mismo, que inclusive en la Historia de su enfermedad actual, del centro donde fue asistido pone:

Paciente de 61 años que acude a Urgencias por un dolor en hipogastrio de 3 días de evolución acompañado de náuseas y molestias al miccionar, cosa ésta que inclina más a pensar en un cuadro de origen urinario que de otra entidad, tanto es así que se llegó al extremo de realizar un TAC de abdomen en el centro donde fue intervenido, para intentar lograr un diagnóstico que además no fue concluyente, inclusive el Radiólogo que informó el mismo no ve claramente el apéndice y pone, y cito textual “si bien no se logra delimitar con claridad el apéndice (...) fin de la cita y concluye “los hallazgos deberán ser correlacionados con los antecedentes e historia clínica, sin dar un diagnóstico de apendicitis aguda»

Efectivamente, tal y como consta en el informe del servicio de cirugía general y del aparato digestivo obrante en el folio 21 no se aprecia con el TAC el apéndice, este es finalmente observado en el transcurso de la intervención quirúrgica que evidencia su inusual ubicación (según informe del servicio de Inspección y

Prestaciones el apéndice pélvico se da en un 30% y su estado: «apéndice pélvico perforado y gangrenado de localización hipogastrio bajo el meso del intestino delgado (...)».

A la vista de lo cual resulta incontestable que las pruebas de imagen y TAC no consiguieron visualizar el apéndice y resultaron inespecíficas para apendicitis aguda

De todo lo anterior se evidencia la dificultad diagnóstica y la ausencia de sintomatología específica que permitiera en el momento de la atención prestada en el Servicio de Urgencias evidenciar la apendicitis que devendría en peritonitis al día siguiente.

Por otra parte y en relación con ello cabe indicar que los protocolos médicos de diagnóstico aplicables en el Servicio de Urgencias no están encaminados a obtener un diagnóstico pleno cualesquiera enfermedades que pueda sufrir el paciente, sino a lograr el diagnóstico, la sospecha, la exclusión o no exclusión de aquellos procesos patológicos que, en función del cuadro que presente el paciente, vista de lo expuesto, cabe señalar que no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que se pueda requerir una actuación médica urgente. No estando en presencia de un cuadro que sugiera alguno de esos procesos patológicos lo procedente es remitir al paciente a los servicios médicos ordinarios para alcanzar en éstos un diagnóstico completo y un tratamiento adecuado.

La reclamación de 150.000 euros se fundamenta en el estado de ansiedad y sufrimiento psicológico importante como consecuencia del error diagnóstico producido en la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria el día 20 de enero de 2010.

Ante lo cual cabe concluir en los mismos términos que señala el informe del Servicio de Inspección y prestaciones:

A la vista de la documentación obrante al expediente, los hechos relatados en la reclamación no se ajustan a la realidad ni acudió a la Clínica S.R. a las 09:00 horas, ni fue diagnosticado al momento de peritonitis, ni entró en quirófano apenas media hora después de hacerlo en dicho centro hospitalario.

No existe daño objetivo derivado del supuesto retraso en el diagnóstico, pues la cirugía hubiera sido en cualquier caso necesaria, constando en los informes la ausencia de complicaciones que se pudieran atribuir al supuesto retraso diagnóstico.

Por otro lado, el simple hecho de haberse producido el error de diagnóstico, aún si el actuar de quien ha diagnosticado es contrario a la lex artis ad hoc, no genera

responsabilidad patrimonial de la administración. En principio es preciso que se produzca un determinado daño en la salud de la persona producto del error.

En este caso que nos ocupa había una dificultad para el diagnóstico de la apendicitis al encontrarse el apéndice en posición pélvica, lo que solo pudo averiguarse una vez que se visualiza durante la cirugía. Por ello el dolor era de localización más en área pélvica que en la fosa iliaca derecha lo que pudo contribuir a dificultar la identificación y diagnóstico.

Las variaciones de los síntomas son generalmente causados por una localización anatómica inusual del apéndice o la presencia de otra enfermedad.

Ello se constata incluso al ingreso en la Clínica S.R. ya que aún practicadas las pruebas complementarias de imagen Ecografía y TAC, no se visualizó el apéndice y justifica un cuadro clínico con diagnóstico no concluyente, siendo el diagnóstico de presunción apendicitis aguda lo que aconsejó la realización de cirugía.

No procede reconocer indemnización por lo que podría haber pasado pero no ha llegado a ocurrir. El estado de ansiedad y sufrimiento psicológico importante no queda acreditado.

Ante la sintomatología que presentaba el reclamante, se utilizaron los medios disponibles y adecuados”.

2. Entendemos que la Propuesta de Resolución se ajusta a Derecho en cuanto a la desestimación de la reclamación del interesado.

Ahora bien, estimamos que la causa de la desestimación va más allá de la consideración de que la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis*, como justifica la Propuesta de Resolución. Debiendo desestimarse por las siguientes razones:

1) Si bien se argumenta en la Propuesta de Resolución que el diagnóstico se adecuó a la sintomatología que presentaba el paciente, sin que nos halláramos en presencia de un cuadro que sugiriera alguno de los procesos patológicos luego sufridos. Sin embargo, lo cierto es que consta en el informe de urgencias del Centro de Salud del día 20 de enero de 2010 a las 21:30 horas, como conclusión diagnóstica: “¿peritonitis?”. Siendo, precisamente esta sospecha la que llevó al paciente a urgencias hospitalarias del CHUIMI, donde no se diagnosticó en ese primer momento la apendicitis perforada de la que, al día siguiente, sería operado en la Clínica S.R. Con ello, queda desvirtuada la afirmación que hace el Dr. A.C., jefe del Servicio de

Urgencias del Hospital Insular, de que el paciente no presentaba signos de sospecha de apendicitis aguda en el momento de su examen físico en el Hospital Insular.

Sin embargo, como se señala en los informes obrantes en el expediente, el caso del interesado se caracterizó por una dificultad diagnóstica, al encontrarse el apéndice en posición pélvica (por lo que no se apreció en el TAC), por esta razón el dolor era de localización más en área pélvica que en fosa iliaca derecha, lo que pudo contribuir a dificultar la identificación y diagnóstico. Y sólo pudo averiguarse una vez que se visualiza durante la cirugía, pues, siendo el diagnóstico de presunción apendicitis aguda, se aconsejó la realización de cirugía

Esta situación nos lleva a entender que, si bien en un primer momento no se diagnosticó correctamente en el servicio de urgencias del Hospital Insular, el interesado rompió el nexo causal acudiendo a la asistencia médica privada en la mañana del día 21 de enero de 2010, donde se le realizaron las pruebas que finalmente determinarían el diagnóstico adecuado (si bien, no en los términos expuestos por el interesado, como se señala en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, y que se incorpora a la Propuesta de Resolución, como hemos visto). El paciente debió acudir, ante la persistencia del dolor, a la sanidad pública, donde, ante la continuidad de la sintomatología del paciente, sin duda, se le hubieran realizado todas las pruebas necesarias para la conclusión diagnóstica a la que se llegó en la Clínica de S.R. Pero, en todo caso, al haber interrumpido el reclamante su relación con la sanidad pública en aquel momento, impidió conocer si se hubiera llegado al diagnóstico cierto o no, no pudiendo, por esta razón, apreciar este aspecto *ex post facto*.

2) Sentado esto, a lo que no se alude en la Propuesta de Resolución, por lo que debería incorporarse en sus fundamentos, en este caso tampoco concurre el daño en los términos exigibles para la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Así, no existe daño objetivo derivado del supuesto retraso en el diagnóstico, pues, como señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, y se transcribe en la Propuesta de Resolución, en primer lugar, la cirugía hubiera sido, en cualquier caso, necesaria, constando en los informes la ausencia de complicaciones que se pudieran atribuir al supuesto retraso diagnóstico; en segundo lugar, en relación con la afirmación del reclamante de que, de no haber acudido a la Clínica S.R. *“probablemente hubiese fallecido”*, ha de decirse que, puesto que rompió el nexo con la sanidad pública acudiendo a la privada, nunca se sabrá qué hubiera

ocurrido, no procediendo reconocer indemnización por lo que podría haber pasado pero no ha llegado a ocurrir, pues el daño tiene que ser real, no hipotético; y, finalmente, el estado de ansiedad y sufrimiento psicológico importante que alega haber sufrido el reclamante, y por el que solicita indemnización, no ha quedado acreditado en el expediente.

Por todo lo expuesto, no cabe estimar la pretensión del interesado, siendo conforme a Derecho la Propuesta de Resolución al desestimarla, si bien, debe incorporarse en sus fundamentos la ruptura de la relación de causalidad del interesado mediante su asistencia a la sanidad privada.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución por las razones expresadas en este Dictamen, sin perjuicio de las observaciones realizadas en el mismo, y que deberán incorporarse a la Propuesta de Resolución.