



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 7 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 6 de marzo de 2014.

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 M.C.B.G., en nombre propio y representación del resto de herederos, por el fallecimiento de C.G.R., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 30/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El Consejo Consultivo dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación de una reclamación por los daños, que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario, por los afectados en el ejercicio del derecho indemnizatorio, al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por el que se estima deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. El Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptivo, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, estando legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada Ley.

3. En lo que se refiere al hecho lesivo, procede remitirse a lo relatado en el Dictamen anterior relacionado con el mismo expediente administrativo (DCC 454/2012, de 8 de octubre) al que más adelante se hará referencia.

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

4. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), siendo una materia cuya regulación no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación el 6 de noviembre de 2008. Posteriormente, el día 3 de agosto de 2012, tras la correspondiente tramitación procedimental, se emitió la Propuesta de Resolución que fue objeto del dictamen de forma 454/2012, de 8 de abril, por el que se le requirió a la Administración sanitaria la emisión de un informe complementario referido a diversas cuestiones que se planteaban por parte de este Organismo, lo cual se hizo correctamente, pues los informes emitidos al efecto contienen información relativa a la totalidad de las mismas.

Después de otorgársele nuevamente el trámite de vista y audiencia a los interesados, se emitió Propuesta de Resolución definitiva en fecha 24 de enero de 2014.

2. Por otra parte, concurren los requisitos legalmente establecidos para poder hacer efectivo el derecho indemnizatorio, previsto en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollado en los arts. 139.2 y 142.5 LRJAP-PAC.

III

1. La nueva Propuesta de Resolución, al igual que la emitida con anterioridad, desestima la reclamación, puesto que el Instructor considera que no concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el fallecimiento de la afectada, pues ésta presentó diversos cuadros médicos que fueron diagnosticados y tratados correctamente, realizándosele las pruebas requeridas en cada momento, sin que quepa apreciar error, negligencia o demora en la asistencia sanitaria prestada.

2. Así, tal y como se hacía referencia en la fundamentación anterior, a través de los informes complementarios emitidos a solicitud de este Organismo, se logra demostrar suficientemente los siguientes hechos:

Primeramente, en lo que se refiere a si la interesada padeció desde el día 25 de octubre de 2007, cuando acude al Servicio de Urgencias del HUC, una oclusión intestinal, queda acreditado que no adolecía en ese momento de la misma, pues el Dr. S., en su escrito de 18 de diciembre de 2012, afirma, tras observar las radiografías abdominales que se realizaron a la afectada el 25 de octubre, que de ellas no se pudo sacar como conclusión la existencia de etiología obstructiva (página 456 del expediente) en tal fecha, observándola por primera vez en las radiografías del día 30 de octubre.

Así mismo, se afirma en el informe complementario del Coordinador de Cirugía General y Digestiva que lo que las pruebas radiológicas muestran los días 25, 29 y 30 de octubre es un patrón radiológico variable de diagnóstico de suboclusión intestinal con mejoría el día 29 de noviembre y empeoramiento el día 30 de octubre (pagina 471 del expediente).

En este sentido, ambos Doctores coinciden en afirmar que la afectada sólo presenta oclusión intestinal a partir del día 30 de octubre, aplicándosele un tratamiento conservador que permitió lograr su mejoría, siendo dada de alta el día 31 de octubre sin que presentara evidencias de infección, alteración de la función renal, elevación de la misma, elevación de las enzimas pancreáticas y hepáticas, ni ningún otro reactante propio de la fase aguda de tal dolencia.

Por último, en lo que se refiere a esta cuestión, de ambos informes se deduce con claridad que en pacientes con las características de la interesada, 76 años y, especialmente, quienes padecen obesidad mórbida como ella, la interpretación de los signos clínicos y la actuación quirúrgica sobre los mismos son difíciles y, en lo que se refiere a esta última, conlleva muchas y graves complicaciones que dan lugar forzosamente a la necesaria persistencia de los tratamientos conservadores no quirúrgicos.

3. En segundo lugar, en cuanto a la apendicectomía que se le realizó con ocasión de la primera intervención quirúrgica, a la que se le sometió el 4 de noviembre de 2007, que tiene por objeto principal la pseudobstrucción intestinal secundaria a bridas, los Doctores informantes señalan que dicha apendicectomía tenía un carácter secundario con respecto a aquella y que se decidió realizarla por motivos profilácticos, no porque la afectada padeciera una apendicitis en momento alguno, sino porque el ciego intestinal se halló en posición anómala y fue necesario efectuarla para evitar futuras complicaciones.

Además, alegan que su peritonitis ni el desarrollo tórpido de su evolución guardan relación alguna con el apéndice, ni con su intervención quirúrgica.

4. Por lo tanto, en el presente asunto ha resultado acreditado que el diagnóstico y tratamiento de las dolencias de la afectada fue correcto; que, en todo momento, se pusieron a su disposición todos los medios materiales y humanos con los que cuenta el SCS, empleándose los mismos conforme a la *lex artis*; y que pese a ello la evolución de la dolencia que fue objeto de la primera operación fue tórpida, dando lugar inevitablemente a una perforación puntiforme en el anillo de oclusión de la brida, que generó la peritonitis que ocasionó, a su vez, su fallecimiento aun cuando se realizó una segunda intervención, que también fue correcta, para invertir el signo negativo de su evolución médica.

Así, no se ha probado una actuación a destiempo ni la concurrencia de un diagnóstico erróneo o cualquier hecho que pudiera determinar una actuación de los servicios sanitarios contraria a la *lex artis*.

5. Finalmente, se debe tratar la cuestión relativa al consentimiento informado. Es cierto que no obra en el expediente ni entre la nueva documentación remitida a este Organismo la documentación correspondiente al consentimiento informado, pero tal ausencia no implica *per se* la imputación a la Administración sanitaria de responsabilidad patrimonial, si bien constituye una deficiencia en la prestación del servicio, pues la consolidada Jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto es clara, exigiendo que para apreciar tal responsabilidad no sólo es preciso que no se le hubiera informado de los riesgos de la actuación sanitaria, impidiendo prestar un consentimiento informado al paciente, sino que el resultado lesivo se ocasione como resultado de una actuación médica incorrecta de la que se derive un daño concreto, lo que no ocurre en este caso con base a los argumentos anteriormente expuestos, ya que el resultado final no se deriva de la actuación médica, sino de la propia dolencia y condiciones de la fallecida.

Así, en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, del Tribunal Supremo, de 9 de noviembre de 2005, se afirma que *“Esta Sala y Sección en torno a esta cuestión del consentimiento informado viene manteniendo que la falta del mismo constituye una mala praxis ad hoc pero que no da lugar a responsabilidad patrimonial per se si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente, así resulta a título de ejemplo de la Sentencia de veintiséis de febrero de dos mil cuatro (RJ 2004, 3889). La Sentencia citada se hace eco de la anterior de la Sala de 26 de marzo de 2002 (RJ 2002, 3956) en la que expresamente se afirmó que «ante la*

falta de daño, que es el primer requisito de la responsabilidad patrimonial por funcionamiento del servicio, no parece relevante la ausencia o no del consentimiento informado, o la forma en que éste se prestara» (RJ 2005 7531), todo lo cual es aplicable al presente asunto.

6. Por todo ello, no se ha probado la existencia de relación causal entre el funcionamiento del servicio y el daño reclamado.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho.