



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de noviembre de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), por el fallecimiento de (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 385/2014 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR) emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) de la Comunidad Autónoma de Canarias tras serle presentada una reclamación de indemnización por los daños que se alega producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario, por la que se estima deficiente actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Está legitimada para solicitarlo la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En lo que respecta a los hechos, los reclamantes alegan que su padre acudió al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria el día 11 de mayo de 2008, ingresando en Servicio de Cirugía General y Digestiva, remitido desde el HUC, con el diagnóstico de ictericia obstructiva, cuadro de ictericia cutáneo-mucosa, asociado a coluria y acolea de un mes de evolución. Astenia desde hace cuatro meses junto con mialgia generalizadas.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Tras la exploración física y pruebas complementarias, se le diagnosticó masa pancreática sospechosa de neoplasia, con inflamación de duodeno, interviniéndosele quirúrgicamente el día 20 de mayo de 2008, encontrando una minoración duodenopancreática, que infiltra el hilio hepático, a nivel de la arteria gastroduodenal y de la cara lateral derecha de la vena porta, así como una extensión tumoral a la raíz de mesocolon trasverso y del manguito vascular mesentérico superior. La evolución postoperatoria inicial es favorable, hasta el noveno día del postoperatorio, en el que el paciente presentó empeoramiento del estado general, signos de infección y sospecha de coleperitoneo, por lo que fue intervenido quirúrgicamente, encontrando coleperitoneo y fuga de anastomosis hepaticoyeyunal, realizándose reparación de dicha anastomosis y lavado de cavidad abdominal. Con fecha 6 de noviembre de 2008, falleció D.(...)

Con anterioridad al fallecimiento, los reclamantes preguntaron a los médicos sobre el estado del afectado, manifestando los facultativos que no tenía solución, pues, en su caso, tendría que haberse actuado antes, cosa que según los interesados no se pudo realizar por la falta de diligencia de la doctora de cabecera que asistió al enfermo con base en: que no tuvo en cuenta el historial médico del mismo; que un mes antes del diagnóstico por el que el paciente fue intervenido había acudido al centro de salud con molestias, como eran los buches y fuertes dolores de intestino, sin que la facultativa, entre otras, le realizase alguna prueba que pudiera descartar si los dolores pudieran provenir de alguna otra enfermedad; que los días 7 y 8 de mayo de 2008, la esposa del afectado fue al Centro de Salud para preguntar a la facultativa sobre un análisis que le había hecho a su esposo, pero la misma no la atendió, siendo el administrativo del citado Centro quien le manifestó que, tras haber preguntado a la doctora todo estaba bien. Por todo ello, consideran los interesados que la enfermedad se le diagnosticó con posterioridad en el Hospital en estado avanzado, no pudiéndose evitar el fatal desenlace.

Los reclamante, además, indican que fue la familia la que tuvo que llevar al paciente a Urgencias al no haber sido remitido por la facultativa, porque según ésta no tenía enfermedad.

Así, los interesados entienden que el funcionamiento del SCS ha sido deficiente, por lo que solicitan del mismo ser indemnizados con la cantidad que asciende a 99.222,07 euros.

4. Son aplicables al caso 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).

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación, que tuvo lugar el 2 de enero de 2009. Al citado escrito acompaña documentación médica.

2. En cuanto a la tramitación procedimental se observan las siguientes actuaciones practicadas:

Primero.- Con fecha 30 de enero de 2009, se notificó a los interesados requerimiento de subsanación y mejora de la reclamación presentada que, en fecha 9 de febrero de 2009, fue atendida favorablemente. No obstante, con fecha 3 de marzo de 2009 se les notificó solicitud a efectos de que aportasen nueva documentación al expediente, recibándose el 13 de marzo de 2009.

Segundo.- El 24 de marzo de 2013, se informa a los interesados sobre la naturaleza y tramitación del procedimiento en curso (folio del expediente número 000135). En consecuencia, la esposa e hijo -(...)- del fallecido, el 20 de abril de 2009 comunican a la Administración implicada ser parte interesada en el procedimiento (folio número 000141).

Tercero.- En fecha 27 de abril de 2009, se emite Resolución de la Secretaria General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación formulada, solicitándose el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), informes preceptivos del servicio presuntamente causante del daño que se alega, así como la historia clínica del afectado; suspendiendo el plazo para resolver por el tiempo que media entre la solicitud y recepción de los referidos informes y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses (folios 145 y ss.).

Cuarto.- Tras solicitar con carácter reiterado el informe del SIP, éste lo emitió el 4 de julio de 2012 (folio 166-175). Igualmente, en fecha 1 de junio de 2009, la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria remitió a la Secretaría General del SCS copia íntegra de la historia clínica del paciente.

Quinto.- El 27 de mayo de 2013, la Secretaria General del SCS emite Acuerdo sobre periodo probatorio, notificado a las partes interesadas oportunamente. A

dichos efectos, se practicó interrogatorio al testigo propuesto el 24 de junio de 2013, formulando las preguntas correspondientes a (...), administrativo del Centro de Salud de Buenavista.

Sexto.- El 27 de junio de 2013, se acuerda el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, notificándose a los interesados oportunamente. El 18 de julio de 2013, presentaron escrito de alegaciones.

Con base en las alegaciones efectuadas, la instrucción solicita informe del facultativo que asistió al paciente en el Centro de Salud Buenavista del Norte, recabándose el 25 de julio de 2013 (folio número 568 del expediente). Igualmente, se recabó informe del Coordinador del Servicio de Cirugía (folio número 575 del expediente).

Séptimo.- En fecha de 18 de diciembre de 2013, el instructor solicitó informe de la Asesoría Jurídica departamental, siendo remitido el 13 de febrero de 2014 el informe por la citada Asesoría. En él se considera que el borrador de Resolución de carácter desestimatorio es ajustado a Derecho; no obstante, señala que "se desconoce si antes de dicha fecha (7 de mayo de 2008) acudió a su Centro de Salud y la sintomatología que presentaba, a los efectos de poder acreditar o desvirtuar las alegaciones que hace la reclamante, en relación a que un mes antes del ingreso en el HUNSC, el día 11 de mayo de 2008, presentaba buches, dolores intestinales y en la espalda y que la Dra. (...), del Centro de Salud de Buenavista le indicó que no tenía importancia. Por tanto, se deberá recabar la historia clínica de Atención Primaria correspondiente al mes de abril de 2008".

Octavo.- En consecuencia, el 17 de febrero de 2014, la instrucción del procedimiento solicitó nuevo informe al SIP, emitiéndose el 24 de septiembre de 2014, donde se hace constar que la única cita al citado Centro de Salud durante el mes de abril fue el día 14 de abril de 2008 para consulta por hipoacusia, siendo remitido al ORL para valoración. Por lo tanto, no consta alguna otra consulta relacionada con los hechos objeto de reclamación.

3. la PR se emite el 6 de octubre de 2014. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente, con los efectos administrativos y económicos que tal demora debe comportar [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 3.b), y 141.3 LRJAP-PAC].

4. Por otra parte, concurren los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC).

III

1. En atención a los informes preceptivos y a estos efectos determinantes que obran en el expediente, cabría hacer mención al primer informe del SIP que, entre otras cosas, considera:

“ (...) El cáncer de páncreas es difícil de detectar con anticipación. No causa síntomas de inmediato. Cuando los síntomas aparecen, suelen ser vagos o imperceptibles. Incluyen una coloración amarillenta de la piel y los ojos, dolor en el abdomen y la espalda, pérdida de peso y fatiga. Además, como el páncreas está oculto detrás de otros órganos, los profesionales de la salud no pueden ver ni palpar los tumores en los exámenes de rutina. Dado que frecuentemente se detecta tarde y se disemina rápidamente, el cáncer de páncreas puede ser difícil de tratar. Los posibles tratamientos incluyen cirugía, radiación y quimioterapia (...) los factores de riesgo no suministran toda la información. Presentar uno o incluso varios factores de riesgo no significa que dicha persona tendrá la enfermedad. Además, muchas personas que adquieren la enfermedad pueden no tener factores de riesgo conocidos (...) los pacientes por lo general no tienen síntomas hasta que el cáncer se ha propagado hacia otros órganos (...) para cuando los niveles en la sangre son lo suficientemente altos para poder detectarse consistentemente mediante los métodos disponibles, el cáncer ya no está en sus etapas iniciales (...) el antígeno carcinoembrionario (CEA) (...) no es lo suficientemente sensible para detectar el cáncer en etapa inicial y no se recomienda como prueba de detección (...) ”.

Por lo que finalmente concluye:

“El desarrollo sintomatológico de la enfermedad de este paciente se corresponde con el modo más típico de presentación de un carcinoma de páncreas, es decir, silente hasta que en un momento determinado, origina síntomas suficientes para sospechar su diagnóstico, pero ya es demasiado tarde para un tratamiento eficaz y curativo. Es el propio comportamiento sintomatológico de la enfermedad, el principal factor desfavorable para un tratamiento efectivo y un pronóstico favorable.

El seguimiento hecho por la médico de familia ha sido normal, pues la sintomatología reseñada no ofrecería suficiente base de sospecha diagnóstica.

Una vez detectada la enfermedad, se aplicaron los procedimiento terapéuticos habituales”.

2. El informe emitido por el Oftalmólogo, de fecha 25 de febrero de 2008, indica que no encuentra cambio en fondo de ojo que justifiquen la dificultad de visión nocturna, cuando venga a revisión realizare campo visual para estudiar este problema mejor (folio número 657 del expediente).

3. El informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias de 10 de mayo de 2008 (folio 458 del expediente) indica, en el motivo de la consulta, que “refiere heces de color pálido e ictericia de piel y mucosa que se ha acentuado desde esta mañana. No cuenta fiebre ni sensación (...) ni dolo abdominal (...) no diarrea ni estreñimiento (...), diagnosticándosele ictericia obstructiva a estudio”.

4. En el informe radiológico de 13 de mayo de 2008, sobre el TC abdomen practicado, se concluye: “hallazgos sugestivos de masa en región ampular con afectación del colédoco extrapancreático, de la cabeza pancreática, duodeno y píloro. Se recomienda realización de gastroscopia. Adenoma suprarrenal izquierdo”. Asimismo, en el informe de diagnóstico por imagen se determina: “en cabeza pancreática masa hipoeoica de 1,5 cm., que se recomienda estudiar por estudio RM” (folios números 461 y 462 del expediente).

5. El informe de Gerencia de Atención Primaria, formulado el 6 de junio de 2008, señala que “el paciente se encuentra incluido en el Programa de Adulto y Persona Mayor, con controles y tratamientos según protocolos establecidos y existiendo una relación paciente Unidad de Atención Familiar adecuada y acordada, y que en la historia de salud se recoge el proceso que se ha seguido en relación al mismo” (folio número 510 del expediente).

6. En cuanto al informe de la médico C.E.S, de 11 de mayo de 2008, en relación con la asistencia recibida por el paciente el 7 de mayo de 2008, señala como diagnóstico el de “pirosis, y *la actuación a seguir consistió en regular el tratamiento por posibles efecto secundario de medicación (AAS) y solicitó determinación de orina a enfermería al notar leve coloración de la orina. Informa estar dentro de los límites normales, excepto bilirrubina por lo que le recomienda que acuda nuevamente si presenta sintomatología*”. Además, la facultativo en posterior informe de 24 de julio de 2013 se ratifica en lo ya manifestado (folio número 569 del expediente).

7. El informe emitido por el Coordinador del Servicio de Cirugía, de 14 de octubre de 2013 (folio 575 del expediente), indica que *"no se puede concluir que el médico responsable del Centro de Salud hubiera actuado incorrectamente porque los síntomas que presentaba el paciente eran inespecíficos, y que el diagnóstico uno o dos meses antes de la neoplasia pancreática no habría variado el pronóstico dado lo avanzado del proceso"*.

8. Por lo demás, obran en el expediente los consentimientos informados para las intervenciones practicadas (folio 452, 463); y hoja de seguimiento en consulta con anterioridad a la intervención quirúrgica referida (folio 658 y ss.), entre otros documentos.

IV

1. La PR es de sentido desestimatorio, al considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública implicada.

2. En su reclamación los interesados atribuyen el fallecimiento del afectado al funcionamiento del SCS con base en que no se actuó de manera adecuada, particularmente por la falta de diligencia médica de la facultativo (...)

3. Sin embargo, a la vista de la historia clínica del paciente y de los informes recabados por la instrucción del procedimiento cabe considerar que no se ha llegado a trasladar al procedimiento la acreditación de que la actuación de la médico que atendió al paciente en el Centro de Salud fuera inadecuada, pues del propio informe se desprende que el motivo de consulta del paciente el 7 de mayo de 2008, si bien fue ardor estomacal, tras la exploración realizada no se detectaron otros síntomas. Dicho dato se confirma en la historia de salud del paciente.

El 10 de mayo de 2008, el afectado acudió al citado Centro de Salud, refiriendo "orina muy amarilla, hoy se nota ojos amarillos", razón por la cual fue derivado al HUC (folio número 479 del expediente). Por lo que, dicho dato contradice claramente la alegación de los reclamantes, pues el facultativo del Centro de Salud lo derivó al HUC, no siendo trasladado por decisión de la propia familia como alegan los interesados en el escrito inicial.

De los diversos informes médicos obrantes en el expediente no se desprende dato alguno que manifieste haberse actuado negligentemente, pues únicamente se puede confirmar que el paciente fue atendido conforme a la sintomatología que en

cada momento presentaba sin que pudiera sospecharse la existencia del cáncer de páncreas que ya sufría en la consulta del día 7 de mayo de 2008, en la que el paciente refirió ardor estomacal.

4. El cáncer de páncreas es conocido por su alto índice de mortalidad y es “silencioso”. Lo confirma el SIP en su informe de 4 de julio de 2012, reconociendo la falta de medios para poder determinar dicho diagnóstico, pues indica que ni las analíticas pueden arrojar un diagnóstico temprano de dicha enfermedad.

5. Por tanto, se considera que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, dando respuesta en cada momento a los síntomas que presentaba el paciente. Además, se considera que la enfermedad que padeció el afectado -cáncer de páncreas- no era detectable de acuerdo con los medios existentes, lo que no es posible fácilmente hasta que se manifiestan determinados síntomas en cuyo caso es complicado o tarde para lograr su curación, pues como se ha indicado “el mismo no se puede ver ni palpar en los exámenes de rutina, frecuentemente se detectan tarde y se diseminan rápidamente”.

En definitiva, en el supuesto planteado no se ha acreditado el nexo causal entre el fallecimiento del paciente y la actuación del facultativo del Centro de Salud implicado.

6. Por lo demás, la intervención practicada como consecuencia de los padecimientos del afectado fue la correcta, obrando consentimiento informado para ello; es decir, determinado el diagnóstico se pusieron a su disposición la totalidad de los medios materiales y humanos de los que dispone el SCS, actuándose en todo momento de forma adecuada e informándose suficientemente al afectado y a sus familiares de los riesgos propios de las intervenciones que se le realizaron (infección).

7. En este sentido, los interesados no han llegado a trasladar al procedimiento prueba o documento alguno que desvirtúe las afirmaciones anteriormente referidas. Por lo que no existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño ocasionado, pues ha resultado acreditado que la actuación del SCS se ha prestado conforme a la *lex artis*, incidiendo de forma directa y exclusiva en el resultado final la propia patología del afectado.

8. A mayor abundamiento, la Sentencia de 26 octubre 2006 (RJ 2006\8020) del Tribunal Supremo, indica sobre la enfermedad que:

“ (...) el cáncer de páncreas es un tumor de desarrollo insidioso, cuyo diagnóstico precoz es difícil, por lo inespecífico de sus síntomas en la fase inicial, siendo éstos más específicos solo cuando la enfermedad se halla ya muy evolucionada”.

Como señala, igualmente, nuestro Alto Tribunal en la Sentencia núm. 415/2007 de 16 abril (RJ 2007\3552):

« (...) es jurisprudencia consagrada, en el concepto clásico de la responsabilidad en sentido subjetivo, como omisión de la diligencia exigible en cada caso rigiéndose la actuación de los médicos, así como la de los otros profesionales sanitario por la llamada “lex artis ad hoc”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que el mismo se desarrolla y tiene lugar, siguiendo el adoctrinamiento jurisprudencial asentado de que la obligación del médico no es la de curar o sanar, sino la de emplear y agotar todos los medios técnicos y avances a su alcance para tratar el mal de que se trate, es decir, adecuar su conducta conforme a la técnica normal requerida en cada caso de tal forma, que la actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de las conductas profesionales en casos análogos (...) ».

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.