



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 346/2015

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de octubre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 J.A.R.G. por el fallecimiento de su hijo V.M.R.R., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 370/2015 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Es objeto de dictamen la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud tras serle presentada una reclamación por los daños que los afectados alegan que se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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). Estando legitimado para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En lo que se refiere a los hechos, teniendo en cuenta tanto lo manifestado por los reclamantes, como la diversa documentación médica obrante en el expediente, cabe afirmar que son los siguientes:

El día 21 de enero de 2006, el hijo de los reclamantes acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma, refiriendo un dolor abdominal bajo, molestias al deponer y orinar y también fiebre, tras realizársele diversas pruebas se

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

le derivó al Servicio de Cirugía, diagnosticándosele sigmoiditis y diverticulitis y se le mantuvo ingresado.

El día 24 de enero de 2006, se llevó a cabo una intervención quirúrgica consistente en una "laparotomía exploradora, recesión intestinal y colostomía", con hallazgo de perforación de sigma, peritonitis aguda, diverticulitis aguda abscesificado y perforación de divertículos por lo que se procede a realizar dicho resecado y se coloca colostomía proximal en fosa iliaca.

Posteriormente, el día 3 de febrero de 2006 es dado de alta, siendo necesaria una segunda intervención para llevar a cabo una reconstrucción intestinal.

4. El reclamante afirma que el día 21 de abril de 2006 su hijo se apunta en la lista de espera para realizársele tal intervención, pero pese a ello no se le interviene hasta el día 8 de mayo de 2008, considerándose por su parte que dicha tardanza es injustificada y, además, no se le llevó a cabo un estudio preoperatorio, lo que supuso que al realizársele tal operación no se le detectara un cáncer de colon que padecía, pues los reclamantes consideran que como consecuencia de la referida tardanza en efectuarle la segunda intervención y ante la falta de una exploración previa adecuada su hijo sufrió la aparición y desarrollo excesivo de un adenocarcinoma (cáncer de colon).

5. Por el contrario, en los informes emitidos por el Servicio Canario de la Salud, se afirma que la segunda intervención normalmente se realiza entre tres y seis meses después de la primera; pero, si bien es cierto que se le incluyó en las listas de espera en dos ocasiones dándosele de baja en cada caso (por primera vez el 21 de abril de 2007, y se le dio de baja de la lista el 30 de abril de 2007 y por segunda vez el 7 de febrero de 2008 y se le dio de baja el 8 de mayo de 2008, página 793 del expediente), ello se produjo porque según el Servicio Canario de la Salud sufrió abscesos y fístula perianal recidivantes durante el 2007 y 2008 lo que impedía tal reconstrucción por las complicaciones derivadas de tales patologías y el riesgo de sepsis.

En este sentido, constituye un hecho debidamente documentado en el historial médico, que se confirma en el escrito de reclamación y en el informe pericial aportado por los reclamantes, que el fallecido sufrió tales patologías.

Además se alega por el Servicio, que con la finalidad de llevar a cabo un estudio adecuado de tales patologías y descartar otras los doctores que le atendían decidieron realizarle una resonancia magnética nuclear (RMN) el 23 de febrero de

2007, que se autorizó el 12 de abril de 2007, pero que fue rechazada por los centros en los que se le iba a realizar (I. y A.) porque el exceso de peso del paciente la hacía imposible. Por ello, tras perder peso se le pudo realizar el día 16 de noviembre de 2007, detectándosele la fístula referida.

6. Con posterioridad a la realización de la segunda intervención, la correspondiente a la reconstrucción intestinal, de la que tuvo una buena evolución, se le diagnosticó una anemia ferropénica y se inició administración de hierro oral, pero tras una mala evolución de la misma, al no lograr una clara mejoría, se solicitó por su doctora de cabecera un análisis de sangre en heces, que se realizó el 20 de marzo de 2011, siendo positivo y el día el 12 de mayo de 2009 se le derivó al Servicio digestivo del Hospital General de La Palma.

7. En dicho centro hospitalario, después de realizársele una ecografía abdominal, analítica y una colonoscopia, entre otras pruebas, se le diagnosticó el 28 de julio de 2009 un adenocarcinoma de ángulo hepático (cáncer de colon) y se le trasladó al Hospital Universitario de Canarias.

Posteriormente, el día 24 de agosto de 2009 se sometió a cirugía en la que se objetivó la presencia de adenocarcinoma de colon transverso localmente avanzado que se consideró irreseccable. Después de ello, en septiembre de 2009 se inició un tratamiento de quimioterapia paliativa y finalmente falleció el día 18 de noviembre de 2009.

8. Los reclamantes estiman que el fallecimiento de su hijo se debe exclusivamente a una mala praxis por parte de los servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud, pues se demoró excesivamente la realización de la segunda intervención quirúrgica, la dirigida a lograr la reconstrucción intestinal, la cual se hizo sin una exploración intestinal adecuada, lo que hubiera permitido un detección precoz del cáncer que su hijo padecía y hubiera facilitado su curación.

Además, consideran que una vez que se detectó su anemia tampoco se actuó con rapidez ante un signo indicativo de tal tipo de cáncer y finalmente hacen referencia a la ausencia de documentación correspondiente al consentimiento informado, necesaria para las intervenciones y pruebas que se le practicaron que no están firmados por él, con lo que se le vulneraron los derechos que ostenta como paciente.

Por todo ello, solicitan una indemnización total de 120.202,42 euros.

9. 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).

## II

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación, efectuada el día 4 de noviembre de 2010.

El día 10 de enero de 2011, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

El procedimiento cuenta con la totalidad de los trámites preceptivos, informe del Servicio, entre lo que se encuentran los informes emitidos por diversos especialistas que trataron al fallecido. Además, se acordó la apertura de la fase probatoria, si bien se desistió de las pruebas testificales inicialmente propuestas por los reclamantes a los que también se les otorgó el trámite de vista y audiencia.

El día 7 de julio de 2015 se emitió una primera Propuesta de Resolución, posteriormente se emitió el informe de la Asesoría Jurídica Departamental y, finalmente, el día 28 de agosto de 2015 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

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

El escrito de reclamación inicial solo está firmado por el padre del fallecido; pero también obra en el expediente la documentación identificativa de la madre y es esta última quien otorga el poder de representación a la abogada de ambos, motivo por el que se puede considerar que ambos progenitores son los reclamantes.

## III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada, pues la Administración sanitaria considera que en este caso siempre se actuó de acuerdo con los síntomas y signos que el paciente iba presentando, sin que haya existido demora justificada, ni "dejadez" en la actuación sanitaria, practicándosele las pruebas preoperatorias adecuadas.

Además, se alega por su parte que siempre se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo todo los medios personales y materiales de los que dispone el Servicio Canario de la Salud a su alcance, lo que implica que no concurren los requisitos necesarios para poderle imputar a la misma la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo.

Asimismo, dichas afirmaciones se hacen con base en los distintos informes de los servicios médicos actuantes a los que se hará referencia posteriormente y que se citan en la propia Propuesta de Resolución.

2. A la hora de analizar el fondo de este asunto se ha de partir del análisis de la cuestión relativa a la tardanza excesiva entre la intervención quirúrgica realizada el día 24 de enero de 2006, la "laparotomía exploradora, recesión intestinal y colostomía" ya referida, y la intervención quirúrgica de reconstrucción intestinal que se efectuó el día 8 de mayo de 2008, que alegan los reclamantes.

3. Así, como ya se señaló en los antecedentes de hecho, los doctores del Servicio Canario de la Salud, que informaron sobre ello, alegan que tal retraso está justificado médicamente.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital General de La Palma, emitido el 11 de marzo de 2011 se afirma que:

"A los tres meses como es protocolo de reconstrucción, entre 3 y 6 meses, se incluye en lista de espera, y es a partir de este mes cuando comienza con abscesos perianales, ante lo cual y con los antecedentes de enfermedad inflamatoria, antes de su reconstrucción se decide solicitar RMN de suelo pélvico, la cual se aplaza en dos ocasiones por sobrepeso como así consta en los registros del propio centro. Siendo tratadas con desbridamiento y curas locales durante los procesos agudos" (página 187 del expediente).

Asimismo, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se aclara al respecto que «La reconstrucción del tránsito intestinal quedó condicionada por la presencia de abscesos perianales recidivantes lo que hacía aconsejable su reparación a fin de evitar cuadro de sepsis».

A mayor abundamiento, tales hechos resultan demostrados en los distintos partes médicos correspondientes al 2006 y 2007, en los que se observa que acude a los servicios sanitarios por padecer un absceso en la nalga izquierda, por ejemplo, en los

contenidos en las páginas 431, 433, 434 del expediente, y que se corroboran, al igual que el hecho de que posteriormente se agravaron apareciendo una fístula perianal, en el informe de los Servicios de Urgencia de la Gerencia de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma e incluso en el informe médico-pericial aportado por los reclamantes.

Y en la "Historia de Atención" (atención primaria), adjunta al historial médico del fallecido se observa en la anotación correspondiente al 2 de abril de 2007, página 766 del expediente, que "No pudieron hacer RMN, por exceso de peso" y en la observación del día 14 de septiembre de 2007, página 769 del expediente, se observa que había comenzado una dieta una semana antes, obviamente, con la finalidad de poder hacerse dicha RMN.

4. En conclusión, el periodo de tiempo transcurrido entre la primera y segunda intervención quirúrgica está justificado por motivos médicos que impedían realizar la reconstrucción intestinal antes de cuando se hizo, pues ello constituía un grave riesgo para la salud del paciente y, por tanto, no es cierto que esta dilación se haya producido por no poner a disposición del paciente los medios con los que contaba el Servicio Canario de la Salud.

Además, en modo alguno se puede considerar que en este caso ha habido una inadecuada gestión de la lista de espera sanitaria y procede reiterar lo ya señalado por este Consejo Consultivo en relación con ello.

Así, en el Dictamen 255/2014, de 9 de julio se señala:

*«En este sentido, por ejemplo, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 134/2009, de 1 de abril, se afirmó que:*

*La Propuesta de Resolución fundamenta la corrección de la actuación sanitaria en la inevitabilidad de las listas de espera, teniendo en cuenta el aumento de pacientes con la patología presentada por el reclamante. En este sentido, si bien la existencia de la lista de espera es efectivamente inevitable (STS de 24 de septiembre de 2001, Sentencias de la Audiencia Nacional de 29 de octubre de 2003 y 24 de noviembre de 2004), dado los limitados medios de que dispone la Administración sanitaria y por ello su sola existencia no evidencia un funcionamiento anormal de la Administración, sin embargo, no puede ampararse en este criterio cualquier situación en la que los pacientes han de aguardar para ser atendidos, al margen de la disponibilidad de los medios sanitarios, como parece haber acontecido en este caso».*

5. Otra cuestión que plantean los reclamantes es la relativa a la falta de estudio o exploración previa a la segunda intervención que consideran inexistente y, sin embargo, tanto en el informe del especialista que realizó la segunda operación como en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital General de La Palma, se afirma que se le realizó un “Enema Opaco Extremo Distal” al que se debe añadir la RMN anteriormente citada, los cuales indicaban que en ese momento el paciente padecía únicamente una diverticulosis y no cáncer de colon, sin que se haya aportado por parte de los reclamantes prueba alguna que demuestre lo contrario.

Además, el Doctor que realizó la segunda intervención señala en su informe que “La intervención quirúrgica de este paciente fue larga a causa de las múltiples adherencias intrabdominales que presentaba, hice liberación de todas ellas y del ángulo esplénico del colon, en estas maniobras es imposible no explorar el intestino, quiero decir que durante la intervención quirúrgica no encontré hallazgos que pudieran dar sospecha de tumor intrabdominal. Hice la exploración como procedimiento habitual en estos casos. Tomé muestras para anatomía patológica”, no rebatiéndose tales consideraciones profesionales de forma alguna.

6. A su vez, en relación con la intervención de este especialista, el Dr. M.J., en lo que se refiere con el diagnóstico de enfermedad de Crohn que le atribuyen los reclamantes, padecimiento este que no debe confundirse con el cáncer de colon como señalan los doctores intervinientes en este asunto, no se puede considerar que tras la operación que el especialista realizó le diagnosticara al fallecido dicha enfermedad, sólo consta su sospecha o posibilidad de que padeciera tal enfermedad, caracterizada por una inflamación intestinal como las que padecía el fallecido, sin que en ningún momento afirmara de forma categórica su existencia efectiva.

Así, en informe del alta médica, página 440 del expediente, expresa claramente su mera sospecha de que el paciente padecía la enfermedad de Crohn, lo que no constituye un diagnóstico.

Por todo ello, resulta evidente no sólo que el apuntar tal sospecha no tuvo efecto alguno en las actuaciones médicas posteriores, sino que esta no constituye siquiera un diagnóstico médico, razón por la que no cabe considerarla como un error de diagnóstico.

Acerca del error de diagnóstico este Consejo Consultivo ha señalado, siguiendo la abundante y reiterada doctrina jurisprudencial que “En primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de

la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles.

En segundo, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen" (DDCC 602/2011 y 108/2014 y Sentencias nº. 127 y 679 de 2010, de la Sala de lo Civil, Sección 1ª del Tribunal Supremo, entre otras).

A mayor abundamiento, en este caso, dicho especialista no sólo le hizo al fallecido un enema opaco previo, sino que durante el acto operatorio realizó una exploración del colon del afectado en la que no observó signos de cáncer, pero sí inflamación y engrosamiento intestinal que, como obra en la documentación médica se trata de una esta dolencia compatible con una enfermedad de Crohn, sin que, como anteriormente se manifestó, la llegaran a diagnosticar.

7. La siguiente cuestión es la relativa al tiempo transcurrido desde que el paciente presentó anemia ferropénica hasta la realización de la prueba de sangre en heces, que se solicitó el 12 de mayo de 2009. Dicha anemia se diagnosticó por primera vez el 13 de agosto de 2008, lo cual se observa en el historial de atención primaria, página 776 del expediente.

En la visita médica correspondiente al 29 de agosto consta mejoría y ligera subida del nivel de hierro, página 776 del expediente, y si bien es cierto que durante este periodo de tiempo sufrió molestias intestinales también lo es que el día el 8 de octubre de 2008 se le realizaron varias radiografías abdominales sin que presentara signos patológicos distintos a los propios de sus padecimientos intestinales de larga duración.

En el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud se afirma en relación con la anemia que "Las causas pueden deberse a una baja ingesta de hierro, a una mala absorción en el tubo digestivo (enfermedad celiaca, resección de estómago o intestino), a un incremento de las necesidades de consumo, a que se pierde en el algún punto del organismo (sangrado menstrual, sangrado digestivo, o a la combinación de algunas de estas causas.

Hay que señalar que el tratamiento con hierro oral ha de ser prolongado en el tiempo (3-6 meses mínimo), porque la reposición del déficit y el rellenar los depósitos se consigue tras varios meses de tratamiento”.

Pues bien, si se tiene en cuenta los datos anteriormente expuestos y la opinión médica manifestada en dicho informe, cuya certeza no se ha puesto en duda y, además, esto se conecta con el hecho de que durante la segunda intervención quirúrgica se llevó a cabo una exploración del colon del afectado sin encontrar signo alguna que indicara el posible padecimiento de un cáncer de colon, resulta evidente que no sólo no había ningún indicio en los primeros seis meses, tiempo mínimo requerido para que surta efecto el tratamiento de hierro oral, contados desde la aparición de los primeros síntomas de anemia el 13 de agosto de 2008, de que la causa de la anemia fuera la aparición de un adenocarcinoma, sino que por el contrario lo normal y más probable era que la anemia tuviera su origen la patología previa e incluso en la propia intervención quirúrgica intestinal y en cuanto transcurrió tal plazo mínimo sin obtener la mejoría deseada, como se afirma en el informe del Servicio de Digestivo de referido Centro hospitalario, de 29 de diciembre de 2011 (página 186 del expediente) se solicitaron los estudios pertinentes.

8. Una última cuestión a tratar es la relativa al consentimiento informado, cuya ausencia se alega por los reclamantes, la cual no es cierta, puesto que en el historial médico adjunto al expediente remitido a este Organismo obran la totalidad de la documentación correspondiente al consentimiento informado, firmada por el paciente, no sólo la que se corresponde a las intervenciones, sino a diversas pruebas diagnósticas e incluso el correspondiente al tratamiento de la quimioterapia paliativa.

9. En conclusión, en todo momento se ha actuado por los servicios sanitarios conforme a *lex artis*, cumpliendo con la obligación de medios que les es propia, ya que se pusieron a disposición del afectado todos los personales y materiales con los que contaba el Servicio Canario de la Salud y que eran los adecuados para el tratamiento de su patología, los cuales se emplearon con diligencia y precisión, sin olvidar que en el ámbito de la medicina no se puede garantizar un resultado concreto y determinado.

Por todo ello, no concurre relación causal entre el funcionamiento del Servicio y el daño padecido por el afectado.

## **C O N C L U S I Ó N**

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