



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 349/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 319/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 2 de agosto de 2017 mediante solicitud de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita por los daños causados una indemnización de 150.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El reclamante alega, entre otros extremos, que fue intervenido el 5 de julio de 2013 de una hemorroidectomía, y que, a los dos meses, el 4 de septiembre de 2013 fue asistido por su médico de atención primaria que escribe «paciente con hemorroides intervenidas que sigue en la actualidad con dolor en la defecación. Secuela de intervención y que fue sometido el 20 de diciembre de 2013 a una esfinterectomía».

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El paciente cuenta con antecedentes en su historia clínica de estreñimiento crónico; síndrome del intestino irritable; síndrome ansioso; cervicalgias mecánicas crónicas (desde 2012) con resonancia magnética nuclear realizada en 2014, sin alteraciones de carácter patológico; cefaleas tensionales; disimetría de miembros

inferiores con escoliosis, y episodios de lumbago en fechas agosto/2000; marzo/2014 con Rx lumbar normal.

- El paciente con proctalgia (dolor anorrectal) y rectorragia (sangrado rectal) es diagnosticado de hemorroides internas grado II, previa exploración mediante tacto rectal donde se apreciaba un esfínter externo tónico, y una colonoscopia.

- Una vez diagnosticado de hemorroides grado II, subsidiaria de cirugía es incluido en la lista de espera, el día 02/04/2013, documento firmado por Dr. (...) y paciente.

Previo a la intervención quirúrgica, el día 17/06/2013, en el (...) (centro concertado por el servicio público de salud), le son realizados los estudios preoperatorios que resultaron normales, y queda firmado el consentimiento informado, tanto de anestesia como de cirugía, prueba de que el paciente es informado, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante su firma.

- En dicho documento queda explicado que las dilataciones venosas próximas al ano (hemorroides), causantes de las molestias, serán tratadas mediante la extirpación de estos grupos de venas, aunque a veces el procedimiento se acompaña de ligaduras o esclerosis de otros grupos más pequeños accesorios que no se pueden extirpar, también se detalla, que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

- En el documento de consentimiento informado se recoge, que en el procedimiento quirúrgico, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables (riesgos, complicaciones) -tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas-, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes como: infección o sangrado de la herida quirúrgica; edema del ano; retención de orina; dolor prolongado en la zona de la operación- o poco frecuentes y graves como: infección importante del periné; incontinencia a gases e incluso a heces; estenosis del ano.

- En dicho documento se detalla que las complicaciones pueden requerir, y habitualmente resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero

pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

- Ingresa y se le realiza cirugía programada en el (...), en fecha 04/07/2013, mediante anestesia troncular, en posición Lloyd Davis y vía de acceso transanal/perineal. Se observa hemorroides grado III con prolapso mucoso, realizándose Hemorroidectomía según técnica de Milligan-Morgan por dos paquetes. Con plastia mucosa. Se comprueba hemostasia, dejando dos tapones de espongotan (se usan para control de sangrado postquirúrgico).

- Tanto la cirugía como el postoperatorio inmediato transcurrieron sin incidencias, y en fecha 05/07/2013 tras una evolución favorable, estando el paciente estable y afebril, luego de realizar cura de la herida quirúrgica, que tenía buen aspecto, se le da el alta hospitalaria. Al alta se le dan recomendaciones sobre la siguiente revisión, e indicaciones específicas sobre la dieta a seguir, la limpieza, los baños de asiento, la toma de laxantes si estreñimiento, evitando grandes esfuerzos al realizar la defecación, las prescripciones analgésicas y de protección gástrica.

- Las citas de control posterior, según informe del Servicio de Digestivo, se realizan en CAE de San Juan. En la primera cita de control, a la exploración mediante tacto rectal se objetiva una estenosis (estrechez) anal grado I-II, por lo que se pauta tratamiento médico con Rectogesic 4mg/diltiazem al 2% gel (tratamiento local).

- El día 01/10/2013 en nuevo control, y debido a la pobre respuesta al tratamiento de la estenosis anal, surgida como complicación de la hemorroidectomía practicada, se le explica al paciente que tiene que ser reintervenido, por lo que queda incluido en lista de espera quirúrgica, ese mismo día, documento que queda firmado tanto por el médico que le intervendrá, Dr. (...), como por el paciente.

- Previa realización de preoperatorio completo, y firma de consentimientos informados, ingresa en (...), en fecha 19/12/2013, para ser intervenido ese mismo día, practicándosele luego de anestesia troncular, la técnica de dilatación digital según técnica de Lord, con esfinterotomía interna lateral externa. La cirugía transcurre sin incidencias y el postoperatorio es favorable, por lo que es dado de alta al día siguiente con las recomendaciones específicas de higiene, dieta, tratamiento y control por CAE de Telde, que queda programado.

- Asimismo, el informe del Servicio de Digestivo [Dr. (...)] informa de las citas de control sucesivas realizadas al paciente en el CAE. En fecha 03/01/2014, con

exploración mediante tacto rectal, constatando buena respuesta de la estenosis a la intervención practicada.

- En nueva revisión en fecha 10/01/14, el paciente es nuevamente controlado, presentando mejoría clínica y tacto rectal con menos edemas y estenosis.

- En fecha 17/01/14 es nuevamente evaluado, presentando buen estado general. Se cita para el 29/01/14, no acudiendo el paciente a dicha cita.

- Posteriormente a petición de su médico de familia, fue valorado en Consultas de Digestivo del CHUIMI en fecha 13/08/2015; realizada inspección anal, tacto rectal, no observando hemorroides internas. Dolor a la palpación en rafe* anterior y posterior sin palpar fisura a dicho nivel. Se explora mediante colonoscopia baja diagnóstica desde margen anal hasta ciego. Buena limpieza de colon. No se observan alteraciones de la mucosa ni de la morfología del colon, con mínimas hemorroides internas.

*El rafe perineal es una línea visible o cresta de tejido en el cuerpo humano que se extiende desde el ano a través del perineo.

- Posteriormente, no se constatan visitas a Atención Primaria ni Atención Especializada por motivos relacionados con este proceso.

- En fecha 10/04/17 se recoge en su historia clínica la valoración realizada por Consultas de Endocrinología, motivada por hipoglucemias (descenso de la glucosa). En la historia clínica queda reflejado: varón de 40 años que en enero/2016 es ingresado por pancreatitis aguda (enfermedad grave) de origen biliar, por lo que requirió colecistectomía, ocho meses después. Desde un año antes del episodio de pancreatitis, había sufrido episodios de dolor abdominal e hipoglucemias en ayunas que ceden tras la ingesta; además refiere pérdida de aproximadamente 20 kg de peso en este período de tiempo de forma involuntaria (no dieta específica).

- En su historia clínica no se constatan datos relacionados con problemas lumbares, salvo los ya mencionados en los antecedentes y un episodio de lumbalgia valorado por su Médico de familia, en marzo/2014, con Rx lumbar normal, sin relación alguna con las cirugías/anestesia practicadas.

Se efectúan a renglón seguido las siguientes consideraciones:

- Las hemorroides internas grado II-III son un verdadero prolapso hemorroidal, con protrusión a la defecación o a los esfuerzos, irreversible espontáneamente, que produce sangrados, humedad de la región anal y dolor.

- Este tipo de hemorroides tienen indicación quirúrgica, y el paciente debe cuidar la dieta, siempre abundante en fibra y agua, evitando o controlando el estreñimiento, incluso tiempo después de la intervención, por el riesgo de recidiva.

- La cirugía de hemorroides, como cualquier cirugía entraña riesgos; es sabido que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, riesgos o complicaciones, que pueden hacer que el paciente tenga que recibir un posterior tratamiento médico, e incluso quirúrgico, como ha sido el caso. Son riesgos inherentes a la propia naturaleza quirúrgica el edema, la inflamación y la cicatrización que en su proceso de evolución pueden favorecer la formación de fibrosis cicatricial, y con ello estenosis (estrechez), en este caso del conducto anal, lo cual no era un elemento desconocido por el paciente, que había sido informado, quedando constancia de ello en el documento de consentimiento informado.

Y, sobre tal base, y ya para terminar, se alcanzan las siguientes conclusiones:

- A tenor de la historia clínica no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta o inadecuada:

- Una vez diagnosticado de hemorroides interna grado II, sintomática, el paciente queda informado de que es subsidiaria de cirugía, intervención quirúrgica correctamente indicada y que el paciente acepta, quedando incluido en la lista de espera quirúrgica, el día 02/04/2013.

- Previo a la intervención quirúrgica, le son realizados los estudios preoperatorios que resultaron normales, y queda firmado el consentimiento informado. En dicho consentimiento queda constancia de que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, riesgos o complicaciones, que pueden hacer que el paciente tenga que recibir un posterior tratamiento médico, incluso quirúrgico; de entre las que destaca sangrado, edema del ano, dolor prolongado en la zona de la operación, estenosis del ano. La firma de dicho consentimiento es prueba de que el paciente es informado, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante su firma.

- Pese a que la intervención quirúrgica fue correctamente indicada, al igual que la técnica empleada, y que durante la intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato no se presentaron complicaciones, el paciente durante el proceso de cicatrización presentó una estenosis anal con proctalgia, por lo que una vez fue adecuadamente diagnosticada, se le trata con tratamiento conservador y posteriormente con tratamiento quirúrgico, previo consentimiento informado. Asimismo, la intervención y el postoperatorio transcurren sin incidencias.

- Posteriormente en las consultas de seguimiento de Digestivo, se constata una buena evolución del edema y de la estenosis, y en su última consulta de valoración en fecha 13/08/2015; tras exploraciones mediante inspección anal, tacto rectal y endoscopia baja diagnóstica, queda constancia de que no hay fisuras, no se observan alteraciones de la mucosa ni de la morfología del colon, con presencia de mínimas hemorroides internas. De lo que se desprende que la estenosis quedó resuelta, aun así los pacientes con estreñimiento crónico suelen seguir manifestando sintomatología como dolor y evacuación difícil, para lo cual lo habitual es seguir una dieta abundante en fibra, como se le ha indicado.

- Posteriormente, en enero de 2016, el paciente presentó un cuadro grave de pancreatitis aguda que motivó la realización ulterior de una intervención de colecistectomía, cuadros estos que se acompañaron con anterioridad, según el propio paciente, a procesos de dolor abdominal e hipoglucemias, asociadas a gran pérdida de peso, patologías estas, distintas, y que no guardan relación alguna con la intervención de hemorroidectomía y la posterior corrección de la estenosis rectal. Asimismo, según consta en historia clínica, el paciente ha recibido los estudios diagnósticos y seguimiento adecuado de sus dolencias.

- De igual forma, según la historia clínica, no se constatan datos relacionados con problemas lumbares, salvo los ya mencionados en los antecedentes, y un episodio de lumbalgia, valorado por su Médico de familia, en marzo/2014, con Rx lumbar normal, sin correlación alguna, ni tan siquiera, cronológica, con las cirugías/anestesia practicadas.

- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, información y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de

acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería en cada momento.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, el interesado formula alegaciones, ratificando en todos sus extremos la reclamación presentada, cuantificando el importe de la indemnización en la cantidad de 150.000.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Antes de entrar en el fondo de la cuestión planteada, hemos de analizar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido por el interesado dentro del año de haberse producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

«La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse (...).

Por lo tanto el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo” (STS de 14 de febrero de 2006).

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la *actio nata*, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta circunstancia sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción».

Por su parte, las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009 distinguen entre los daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance, y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

2. En el presente caso, se reclama por las secuelas derivadas de dos intervenciones, una realizada el 5 de julio de 2013 por una hemorroidectomía y, derivada de ella, una segunda operación a la que fue sometido el 20 de diciembre de 2013 por una esfinterotomía.

En el informe del SIP se pone de manifiesto que la cirugía transcurre sin incidencias y el postoperatorio es favorable, por lo que es dado de alta al día siguiente con las recomendaciones específicas de higiene, dieta, tratamiento y control por CAE de Telde, que queda programado.

Asimismo, el Servicio de Digestivo informa de las citas de control sucesivas realizadas al paciente el 3 de enero de 2014, con exploración mediante tacto rectal, constatando buena respuesta de la estenosis a la intervención practicada. En la siguiente revisión en fecha 10 de enero de 2014, el paciente es nuevamente controlado, presentando mejoría clínica y tacto rectal con menos edemas y estenosis. En fecha 17 de enero de 2014 es nuevamente evaluado, presentando buen estado general. Se cita para el 29 de enero de 2014, no acudiendo el paciente a dicha cita.

Es, por tanto, esta fecha, el 17 de enero de 2014, cuando puede considerarse curado, y no es hasta el 13 de agosto de 2015, más de un año más tarde, cuando, a petición de su médico de familia, es valorado en Consultas de Digestivo del CHUIMI;

en donde se le realiza inspección anal, tacto rectal, no observando hemorroides internas.

Aun así, presenta la reclamación el 2 de agosto de 2017, pasados casi dos años de esta última revisión, por lo que ha de entenderse que el pazo de un año para ejercer el derecho a reclamar se ha sobrepasado ampliamente, porque, como se dijo, según el principio de la *actio nata*, es a partir del momento en que es posible la determinación de los daños cuando se puede reclamar pues conoce todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción. En el presente caso, ya desde enero de 2014 puede considerarse curado, siendo, por tanto, ese el momento a partir del cual empieza a correr el pazo del año para reclamar.

A ello no puede oponerse que, en enero de 2016, el paciente haya presentado un cuadro grave de pancreatitis aguda que motivó la realización ulterior de una intervención de colecistectomía, patologías que, según el informe de SIP, son distintas y no guardan relación alguna con la intervención de hemorroidectomía y la posterior corrección de la estenosis rectal.

En consecuencia, determinado el *dies a quo* de inicio del plazo de prescripción como muy tarde en enero de 2014, y habiéndose presentado la reclamación el 2 de agosto de 2017, se ha de concluir que ésta es extemporánea.

3. Por último, habiendo prescrito el derecho a reclamar, como hemos afirmado en múltiples ocasiones (ver por todos el DCC 2/2019, de 3 de enero), ni este Consejo ni la Propuesta de Resolución deben entrar en el fondo del asunto, sino limitarse a desestimar la pretensión resarcitoria de los interesados por extemporaneidad de la reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se ha de limitar a desestimar, por extemporánea, la reclamación del interesado, al no haber sido presentada dentro del año desde la curación de las lesiones, sin que quepa entrar en el fondo de la pretensión resarcitoria.