



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 5 / 2 0 2 0

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de julio de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 221/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 1 de junio de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 4 de junio de 2020.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 60.150 euros más los intereses legales que procedan, determina que 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 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley, si bien en este caso se hace por sustitución, por el Sr. Consejero de Administraciones públicas, Justicia y Seguridad, en virtud de Decreto 33/2020, de 25 de marzo, del Presidente (BOC n.º 60, de 26 de marzo de 2020).

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su madre, relación de filiación que se acredita en el expediente mediante la aportación del Libro de Familia (además aportan declaración de últimas voluntades de su madre donde constan como herederos, si bien, es la condición de hijos, no la de herederos la que determina su carácter de interesados).

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 19 de octubre de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de su madre, el 24 de octubre de 2017. No obstante, además, tal como señalan los reclamantes (pues no se aporta ni por ellos ni por la Administración), se presentó previamente reclamación en impreso oficial en el ámbito sanitario (cuya referencia citan), el 14 de diciembre de 2017, reiterado el 14 de marzo de 2018, cuya respuesta por parte de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios se notificó el 14 de junio de 2018, si bien no entra en el fondo del asunto.

II

Los reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre entre los días 15 y 24 de octubre de 2017, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«PRIMERO.- El pasado día 15 de octubre del pasado año 2017, nuestra madre, (...) acudía al servido de Urgencia del Centro de Salud de El Doctoral en el término municipal de Santa Lucía, aquejada de un fuerte dolor en el estómago. Los que suscriben le explicamos al médico que la asistió en dicho centro que desde el día anterior, el día 14 de octubre, había tenido varios vómitos, acompañados de náuseas y un dolor intenso en el estómago. El citado facultativo, al examinar la zona del abdomen de la enferma, palpa un bulto en la zona iliaca izquierda, el cual considera que puede ser un "fecaloma".

Ante esa situación, aquél opta por derivarla al Servicio de urgencias del complejo hospitalario universitario del Hospital Insular. Una vez personados en dicho servicio de urgencias, a las 12:11 horas de la mañana, se le practica a nuestra madre dos analíticas de sangre, cuyos resultados arrojan valores que no eran normales. En este servicio de urgencias también se le se le palpa el antes citado bulto en la zona iliaca izquierda y es descrito con precisión absoluta, concluyéndose que no era necesaria ninguna otra prueba complementaria, para su evaluación ese día. Una vez finalizadas esas pruebas, el día 15 de octubre de 2017, se le pide una consulta de diagnóstico rápido CEX, y de prioridad normal para ser llamada en las próximas semanas.

Ese día se le diagnostica una simple infección de orina y se le pauta "Denvar 400 mg", para 7 días, vía oral, todo ello a pesar de que la dicente no paraba de vomitar. Además, el médico que la atendió en el servicio de urgencias del citado hospital, nos explica que no es necesario su ingreso en el hospital al no considerarlo oportuno, pues sólo se le iba tratar de la infección de orina con el antibiótico que le pautaron, solicitando una Ecografía que tardarían en practicársela, unos 15 días aproximadamente. Al final, se nos deriva al médico de familia -de cabecera- y, acudir de nuevo, si la situación empeorara (...) como diagnóstico principal del alta hospitalaria, se indica "(...) Masa abdominal a estudio, IRA Prerrenal. ITU (...)".

SEGUNDO.- Dos días más tarde, en este caso el 17 de octubre de 2017, se acude al médico de cabecera con la dicente, haciendo éste una valoración de la paciente, mostrando gran preocupación por el deterioro evidente de la misma, y considerando que se le debía practicar un TAC de manera urgente.

Se solicita que se haga un P10, para pedir la prueba en un hospital privado, dándonos cita para el día 19 del mismo mes y año en la Clínica (...), en San Bartolomé de Tirajana.

TERCERO.- Posteriormente, el día 18 octubre de ese mismo año, se acude nuevamente con la paciente al Servicio de Urgencias del C.S. de El Doctoral, mostrándole al personal del mostrador de administración el informe de urgencias del Hospital Insular, del día 15 de ese mismo mes, para preguntar si se podría acudir directamente al servicio de urgencias del citado Hospital, pues el estado de nuestra madre era cada vez más crítico. Ante esa pregunta, se nos contesta que debíamos esperar a que la examinasen en el citado centro de salud, pues en momento no había muchos pacientes en espera.

En dicho centro de salud nos atiende una señora que presumimos que se trataba de una médico, pero sin que se identificarse como tal, y se le explica que en el últimas horas, la paciente estaba mucho peor en su estado y, en ocasiones presentaba una especie de reflujo de color marrón, a lo que la citada señora casi no le daba importancia, aduciendo que ello se debía a la infección de orina. Al mismo tiempo esa facultativa le pide a una ATS, que sonde a la paciente para aliviar las molestias y que pueda orinar mejor, a lo que ésta la descarta por ser un "sondaje ciego".

CUARTO.- Un día más tarde, el 19.10.2017, el estado de salud de la paciente empeora de forma considerable, padeciendo una desorientación y un deterioro físico muy importante, por lo que se dedujo que no se trataba de una simple infección de orina, avisando a una ambulancia para trasladarla al Hospital Insular, extremo que así sucedió.

Una vez en el servicio de urgencias del citado hospital la atiende la misma ATS que la había tratado el día 15 del mismo mes, esto es cuatro días antes, informándonos que el resultado de las analíticas realizadas ese día, nada tenían que ver con los resultados de aquellas otras analíticas, realizadas el día 15, advirtiéndonos sobre la gravedad de su estado.

Por otra parte, la doctora que nos atiende ese día, nos confirma el grave estado de la enferma, pues había llegado al Hospital con los pulmones encharcados, hipotensa, deshidratada y con los riñones bastante afectados. Nos insinúa que era cuestión de horas, el que nuestra madre falleciera por su grave y delicado estado de salud.

Según el diagnóstico de los doctores que atendieron ese día a la dicente, la masa que se encontraba en la zona iliaca, y que días antes había sido detectado tanto en el Centro de Salud de El Doctoral, como en el propio Hospital Insular, le estaba presionando al intestino por lo que todo lo que ingería lo vomitaba. Se nos explica que debió haber sido valorada el día 15 de octubre de 2017 con más precisión, cuando acude por primera vez al centro de salud y al propio hospital, pues esa masa detectada en la zona iliaca debió ser estudiada y analizada con mayor precisión y detalle. Se nos comenta, además que el flujo de color marrón que detectaron en el Centro de Salud no era un efecto de una infección de orina, tal como defendían los facultativos de aquel centro ante las preguntas de los hijos de la dicente,

sino que eran las propias HECES de la paciente, que al tener el intestino ocluido el alimento que no podía bajar subía por su garganta hasta su boca.

Seguidamente, nos informa que tratarían de estabilizarla con el fin de realizarle un TAC, o un escáner para intentar saber qué era esa masa que le presionaba el intestino en la zona iliaca, pero que era en última instancia los cirujanos los que tenían la última palabra, para valorar si se podrían hacer esas pruebas y, en su caso, proceder a la operación.

Una vez estabilizada la paciente, a la misma se le realizó un TAC abdominal, y se concluyó que el bulto era una simple HERNIA, la cual, estaba presionando el intestino. Se decidió operarla de urgencia y se le redujo la citada hernia, extirpándose, además, parte del intestino que estaba dañado.

Fue internada en la unidad de reanimación y se iba informando que evolucionaba de forma favorable. Pero al día siguiente así como en los posteriores, se nos informa que el estado de nuestra madre empeora de forma considerable, agravándose su situación hasta el fatal desenlace de su fallecimiento, el día 24 de octubre de 2017».

Como consecuencia de ello, los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a 60.150 euros, distribuidos entre los tres hijos de la fallecida, todos mayores de 30 años, según establece la tabla de indemnizaciones actualizadas para accidentes de tráfico aprobada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para 2017, más los intereses que correspondan hasta la resolución del procedimiento.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 20 de noviembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a que subsanen su reclamación, viniendo a aportar escrito de subsanación por cada uno de los interesados el 20 de diciembre de 2018.

- Por Resolución de 13 de febrero de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, de lo que reciben notificación el 14 de febrero de 2019.

- Tras solicitarse el 13 de febrero de 2019 informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), éste se emite el 19 de junio de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna: la historia clínica de la paciente en los distintos centros asistenciales y los informes de los Servicios implicados.

- El 6 de agosto de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados, tanto la documental aportada como las testificales solicitadas, así como incorporar la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. No obstante, notificado a los interesados, instando a la aportación de pliego de preguntas a realizar, y a los testigos propuestos el 13 de agosto de 2019, con fijación de fecha para la práctica de la prueba testifical, no se aporta por los reclamantes lo requerido.

A pesar de que se indica en la Propuesta de Resolución que comparecen los reclamantes y los testigos propuestos levantándose diligencia de ello donde manifiestan que no desean formular preguntas, si bien, los reclamantes se ratifican en su reclamación inicial, tal documento no se ha incorporado al expediente que se nos ha remitido.

- El 8 de octubre de 2019 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que son notificados los reclamantes el 18 de octubre de 2019, presentado escrito de alegaciones el día 22 del mismo mes y año en las que se ratifican en su escrito inicial y solicitan copia del expediente cuyas tasas abonan.

- Tras dictarse Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados el 28 de abril 2020, y, en igual sentido, Borrador de Resolución del Director del SCS, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 5 de mayo de 2020, se emite Propuesta de Resolución definitiva el 22 de mayo de 2020, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- El 15-10-2017, la paciente de 82 años acude al Centro de Salud de El Doctoral por presentar dolor de estómago, con vómitos y náuseas desde el día anterior; sin fiebre y con estreñimiento crónico. En la exploración física se palpa un bulto en zona ilíaca izquierda. Sospecha de Fecaloma.

Ese mismo día, es remitida al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) quien diagnostica: Infección de orina y masa abdominal a estudio. Se pautan analíticas y se instaura tratamiento antibiótico.

2.- El día 17-10-2017, el Médico de cabecera tras constatar -pese al tratamiento- el deterioro de la paciente, prescribe una TC y remite a la enferma, con un P-10, al centro privado (...), quien realiza TC, en fecha: 19-10-2017.

3.- El día 18-10-2017, acude al Centro de Salud para preguntar si podría acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Insular. La Médico del Centro de Salud valora la paciente por reflujo color marrón y entiende que se debe a la infección de orina.

4.- El día 19-10-2017, al empeorar el estado de salud, es trasladada en ambulancia al Hospital Insular.

5.- El día 19-10-2017, la paciente es atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular presentando: Vómitos fecaloideos, estreñimiento de 4 días, oliguria, disnea de 24 hs. de evolución, mal estado general, taquipnea, crepitación pulmonar en campos superiores y en abdomen: Distendido, Masa abdominal en Fosa Ilíaca Izquierda, de 15 cm de diámetro y dolorosa a la palpación. La TC Abdomino Pélvico realizada en (...) indica: Oclusión intestinal secundaria a hernia de Spiegel izquierda estrangulada.

6.- Asimismo, ese mismo día 19, la paciente es valorada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) del CHUIMI, presentando: Mal estado general, afebril, deshidratación severa. Se palpa abdomen distendido pero doloroso, tumoración paramediana izquierda dolorosa e irreductible. La paciente cursa ingreso en el hospital, con diagnóstico de: Oclusión intestinal secundaria a hernia de Spiegel izquierda estrangulada e hipertensión arterial. Es intervenida con carácter urgente por CGD, quien realiza: Resección intestinal, Hernioplastia con malla e ingresa en Reanimación (REA).

7.- Día 19-10-2017, primer día en Reanimación; se realiza control de parámetros de sepsis, manejo de shock distributivo, y manejo del fracaso renal agudo (FRA).

8.- Día 22-10-2017, 00:45 hs., proceso de desconexión de la ventilación mecánica (weaning), optimización hemodinámica y control de la función renal.

9.- 22-10-2017, 23:00 hs., se mantiene ventilación mecánica no invasiva (VMNI), tratamiento diurético y soporte vasoactivo.

10.- 23-10-2017, la paciente sin sedación, está poco reactiva, no responde a ordenes verbales, sólo apertura espontánea de ojos; Hemodinámica inestable, taquipneica, con roncus diseminados, fracaso de la función renal, oliguria, Leucocitos: 24100; Neutrófilos: 22000. Mañana: Analítica y Radiografía de Tórax, y vigilancia de: Hemodinámica y función renal.

11.- 24-10-2017, paciente en quinto día de ingreso, con mala evolución en las últimas 48 hs., fracaso renal agudo en oliguria, ventilación mecánica no invasiva con aumento de soporte progresivo. Se comenta con la familia, la futilidad del tratamiento en la situación actual, y se inicia sedación de confort. La paciente es exitus a las 12:25 hs».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16

de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos.

Argumenta la Propuesta de Resolución, en virtud del informe del SIP:

«(...) SEXTO.- En relación con la asistencia sanitaria prestada y su adecuación a la *lex artis*, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala en cuanto a la prestada por Atención Primaria, que el Médico de Urgencias del Centro de Salud El Doctoral actuaría correctamente al sospechar una impactación fecal (Fecaloma), en una paciente de 82 años con estreñimiento crónico y con palpación de un bulto en zona ilíaca izquierda, remitiendo a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Insular (15-10-2017). La impactación fecal (Fecaloma) es una acumulación de materias fecales endurecidas que obstruyen el recto o el colon.

Por lo que respecta a la Atención Sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias, el citado informe sostiene que ya en Urgencias del Hospital (15-10-2017), la paciente es valorada y explorada por Insuficiencia renal aguda pre-renal y orina patológica. Por ello se diagnóstica Infección tracto urinario (ITU) además de masa abdominal a estudio. Se pautan analíticas y se instaura tratamiento antibiótico.

Asimismo, se recomienda -en el Informe Clínico de Urgencias- seguimiento por su Médico de cabecera, y en caso de empeoramiento, acudir nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Insular. (Fuente: Informe Clínico de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, de fecha:15-10-2017, apartado de: Resumen de Pruebas Complementarias).

Dos días más tarde (17-10-2017), siguiendo la recomendación del Informe arriba precintado, el Médico de cabecera controla y valora la paciente. Al observar empeoramiento, solicita TC a centro privado: (...), quien la realiza el día 19-10-2017.

Se observa y valora la TC, y en ambulancia la paciente es trasladada al Hospital Insular. El Servicio de Cirugía General decide su ingreso hospitalario para intervención quirúrgica. Es operada con carácter urgente el día 19-10-2017 e ingresa en Reanimación a las 23:13 hs.

Tras analizar la asistencia sanitaria prestada en los diferentes niveles asistenciales el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones concluye; Estimamos que los dos primeros diagnósticos de sospecha: Fecaloma (Médico del Centro de Salud) e Infección de orina (Servicio de Urgencias del Hospital Insular) fueron basados en síntomas, signos y pruebas complementarias. Así el Fecaloma fue sospechado por ser una paciente de edad avanzada y padecer estreñimiento crónico. La infección de orina por presentar insuficiencia aguda pre-renal y orina patológica.

En la misma línea el informe del Jefe de Servicio de Urgencias del CHUIMI, de fecha: 02-04-2019, que en los puntos 3 y 4, indica los siguientes extremos:

- 3º Las condiciones en las que la paciente llega al Servicio de Urgencias el día 19 de Octubre sí hacen sospechar que la paciente pueda estar haciendo una isquemia intestinal, presenta vómitos fecaloideos, distensión abdominal y disminución de ruidos intestinales; síntomas que no estaban presentes el día 15 de octubre y que justifican la realización de la Tc de abdomen de forma urgente.

- 4º La paciente llega al Servicio de Urgencias a las 10:20 de la mañana y en menos de dos horas tenía realizado la TC de abdomen y solicitada la consulta al cirujano general.

Por tanto, podemos concluir que la actuación que se realizó en el Servicio de Urgencias es adecuada a la clínica presentada por la paciente en cada una de sus visitas.

Por lo tanto, en el caso que nos ocupa se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos en los diferentes niveles asistenciales, en función de los síntomas que la propia paciente iba presentando, realizando un control de su patología por los distintos facultativos que intervinieron en su asistencia.

En relación con el diagnóstico tardío de la hernia de Spiegel al que aluden los reclamantes como causa del fallecimiento de la paciente, el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones indica que la hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal.

(...) La hernia de Spiegel no presenta una sintomatología característica. El dolor inicialmente intermitente, a punta de dedo, que se intensifica con las maniobras de Valsalva, puede presentarse sordo, de localización imprecisa y larga evolución. Tiene por tanto, dificultad diagnóstica y en muchas ocasiones pasa desapercibida. Constituye una afección infrecuente y su diagnóstico es difícil debido a su desarrollo intersticial. Su disposición anatómica entre las diferentes capas músculo aponeuróticas de la pared abdominal (intersticial) dificulta su palpación, por lo que también es conocida como hernia oculta.

En resumen, ni la edad, sexo, sintomatología o exploración física son concluyentes, para un diagnóstico de certeza de esta hernia.

En cuanto al diagnóstico clínico para identificar una enfermedad, como juicio clínico sobre el estado de salud de una persona que se establece a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente. En este sentido, el informe del Servicio de Inspección señala que es preciso recordar, que un diagnóstico clínico de sospecha para identificar una enfermedad, se sustenta siempre en la anámnesis. Ésta comprende la información proporcionada o recabada al propio paciente y la semiología que identifica síntomas y signos, a los que hay que añadir la exploración física y las pruebas complementarias, que se solicitarán, si fuera menester, en base a la referida anámnesis. No cabe deducir una expectativa diagnóstica sin esta sistemática.

Por tal propósito no debe confundirse un retraso o un supuesto mal diagnóstico, con “la toma de decisiones” a medida que la enfermedad va conformando su sintomatología en el paciente.

De modo que, la sospecha diagnóstica no surge de un ejercicio de intuición si no muy al contrario es un trabajo deductivo, por razón de síntomas y signos.

(...) por un lado, la Administración ha logrado acreditar sin que se haya aportado prueba de contrario, que los diagnósticos que inicialmente se fueron emitiendo por los diferentes niveles asistenciales fueron adecuados a la sintomatología que presentaba la paciente, argumentándose la dificultad del diagnóstico de una hernia de Spiegel por ser su manifestación clínica inespecífica y muy variable.

Derivado de lo anterior, no se objetiva nexo causal entre la actuación de los servicios sanitarios y el daño alegado por los reclamantes».

5. Pues bien, ciertamente, en el presente caso, no se discute, pues así lo señala el informe del SIP, a partir del informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUIMI, que la hernia de Spiegel constituye una patología rara y de difícil diagnóstico, tanto por la inespecificidad de sus síntomas, como por el carácter intersticial de la misma, llegando a denominarse «*hernia oculta*».

Pero lo cierto es que, sin perjuicio de la determinación *ab initio* de tal diagnóstico, la paciente llegó el día 15 de octubre de 2017 a su Centro de Salud aquejada de determinada sintomatología que, si bien *a priori* fue relacionada como diagnóstico de sospecha por el médico de atención primaria como «*fecaloma*», es remitida de urgencia al CHUIMI, para completar el estudio de la paciente.

Es en este momento donde se considera que quiebra la asistencia prestada a la paciente.

Efectivamente, se descarta el fecaloma, inicialmente sospechado, y se diagnostica y trata a la paciente de infección de orina, dados los resultados de los análisis practicados.

Ahora bien, en ningún momento se relaciona la masa que, tanto en el Centro de Salud como en urgencias del CHUIMI, se palpa a la paciente en la fosa iliaca izquierda, con el tratamiento para la infección de orina pautado a continuación, si bien ninguna relación guarda esta patología con la masa que se palpa en todo momento.

Aunque en los informes médicos se habla de «*masa a estudiar*», tal estudio no se efectúa, sino que se difiere su realización a un momento posterior con cita normal para ello, dando el alta a la paciente con advertencia de volver, si la situación empeora, a su Centro de Salud.

Ante una clínica manifestada por la paciente, aquejada de vómitos, náuseas y la evidencia de una masa en fosa iliaca izquierda, sin embargo, no se trató de descartar la vinculación existente entre la sintomatología y la masa, pautando medicación para infección de orina sin analizar paralelamente la masa evidente de la paciente.

No se pretende que desde el inicio del proceso se obtuviera el diagnóstico, difícil, tal y como señala el SIP, de la hernia Spiegel, pero sí resulta preciso conforme a la *lex artis* desplegar todos los medios diagnósticos disponibles para llegar al completo diagnóstico de la paciente, lo que no se hizo en este caso. Ciertamente es que tal hernia se denomina «*oculta*», dada la dificultad de su hallazgo, pero ante la masa de gran tamaño palpada debió indagarse su relación con la presión que aquella clase de hernia o cualquier otra patología pudiera ejercer en el abdomen, lo que no se hizo a pesar de constar en la hoja de traslado a urgencias del CHUIMI que se detecta masa en flanco izquierdo «*de tamaño grande*», así como el resto de la sintomatología con la que fue remitida desde su Centro de Salud la paciente.

Con una clínica «*parcialmente*» compatible con una infección de orina, en el CHUIMI se trató la misma, lo que es correcto, dados los resultados de los análisis de orina; pero no se comprobó la medida en la que la masa que en cada instancia asistencial se constató que existía podía afectar a la sintomatología presentada y por la que fue remitida a urgencias del CHUIMI: dolores de estómago de tres días de evolución, vómitos y náuseas, además de estreñimiento crónico y masa en fosa iliaca izquierda, sin verificar, sin embargo, la relación entre la clínica presentada y tal masa, que no se estudió *in situ*, dando el alta a la paciente con tratamiento sólo para uno de los hallazgos, la infección de orina. Sin embargo, se constató, finalmente

que, precisamente, la masa no estudiada en el momento resultó ser la causante de la clínica manifestada y agravada como consecuencia de la falta de su inmediato estudio, que terminaría con un deterioro progresivo y fatal en la vida de la paciente.

En relación con la carga probatoria cabría traer a colación la Sentencia núm. 84/2000 de 9 febrero, AC 2000\1373, de la Audiencia Provincial de Granada (Sección 4ª), que entre otras indica:

«(...) En la actuación del personal sanitario no se produce la denominada responsabilidad por riesgo cuya consecuencia más inmediata es la inversión de la carga de la prueba, y ello porque no concurren en estos casos el fundamento de aquella, cual es la responsabilidad cuasi objetiva como contrapartida del beneficio que se obtiene de la actividad desplegada. Así, la STS de 8 de octubre de 1992, señala que es imprescindible demostrar como hecho probado la imputabilidad de una acción positiva u omisiva con perfiles culpabilísticos. En la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, debiendo el paciente acreditar el nexo causal y la culpa (doctrina ya consolidada en Sentencias de 7 de junio de 1988, y 7 y 12 de febrero de 1990). En parecido sentido la STS de 13 de octubre de 1992 que establece que el personal sanitario tiene como obligación no la de obtener, en todo caso, la recuperación del enfermo, o lo que es igual, no es una obligación de resultado, sino una obligación de medios, es decir, está obligado no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia [STS 2 de febrero de 1993 (...)].»

En el presente caso, los reclamantes han acreditado la falta de puesta a disposición de la paciente de todos los medios diagnósticos disponibles, pues a pesar de sus continuas demandas asistenciales, no fue hasta cuatro días después de la primera asistencia médica cuando se analizó la masa que aquejaba a su madre desde el día 15, mediante la realización de un TAC, el día 19.

Así, consta en informe 20 de marzo de 2019, del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUIMI: *«Estando de guardia el día 20 (debe decir 19) de octubre 2017, avisan desde el Servicio de Urgencia a las 14:00h para presentarnos el caso de una paciente, (...) con HC (...) para valoración por parte del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital. Se trataba de una mujer de 82 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes de HTA, portadora de prótesis de cadera y de ambas rodillas, que había acudido al Servicio de Urgencias con clínica de oclusión intestinal (dolor y distensión abdominal acompañado de vómitos de contenido fecaloideo y ausencia de tránsito intestinal con 5 días de evolución)».*

Tal prueba, o cualquier otra para el estudio de la masa hallada, dado que se cataloga por aquel especialista la clínica que acompaña como propia de oclusión intestinal de 5 días de evolución (esto es desde el día 15), debió haberse realizado *ab initio*, bien para vincular o bien para descartar la relación entre la clínica que presentaba la paciente y la gran masa que se palpaba en la fosa iliaca izquierda y que, de hecho, finalmente resultó ser la causa de aquella clínica, causando una oclusión intestinal vinculada a isquemia mesentérica y fallo multiorgánico que, dado el retraso en su diagnóstico, acabó con la vida de la paciente.

6. Por las razones expuestas, concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede estimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, procediendo estimar la reclamación interpuesta.