



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 347/2020

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de septiembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 308/2020 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado mediante oficio firmado el 21 de julio de 2020 por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 22 de julio de 2020), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo es preceptiva por razón de la cuantía reclamada, que asciende a 80.000 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) 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 LCCC.

3. Es aplicable por la fecha de la reclamación (11 de enero de 2019) la citada Ley 39/2015 y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de

* Ponente: Sra. de León Marrero.

los Derechos y 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.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), la cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido daños personales, laborales y morales por la presunta actuación negligente del Servicio Canario de la Salud [art. 4.1 a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación pasiva, la ostenta el Servicio Canario de la Salud, como titular del Servicio Público Sanitario.

5. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación del art. 67 LPACAP, ya que se reclama por un retraso de diagnóstico (2014-2018), daño que no empieza a prescribir hasta que se tiene cabal conocimiento del daño y su alcance, lo cual ocurre una vez que es diagnosticada de prolapso genital y operada en noviembre de 2018.

En relación con lo dicho, resulta de aplicación la doctrina contenida en nuestro DCC 301/2020:

«Hemos de analizar si la acción de reclamar se ha ejercido dentro del plazo de un año que establecen los arts. 65 y 67 LPACAP, plazo que se ha de computar a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

A ello nos obligan los términos en los que se pronuncia la propia reclamación, que solicita una indemnización porque el SCS pudo haber realizado los estudios de urografía y escáner antes de la intervención, así como, no se prestó atención a la anemia que presentó

su padre durante los años 2014 y 2015 y porque no se realizaron los estudios urográficos antes de la intervención que se llevó a cabo el 4 de enero de 2017.

El citado art. 67.1 LPACAP dispone lo siguiente: “Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. 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”.

Como se reseñó al relatar los hechos, la interesada presenta el 12 de julio de 2018 reclamación patrimonial por unos hechos que se produjeron entre el año 2014 y enero de 2017.

A este respecto, es preciso recordar lo señalado por el Tribunal Supremo en la Sentencia -entre otras- de 18 de enero de 2008:

“(…) 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 1902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la `actio nata´ recogido en el artículo 1969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible. 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 coyuntura solo 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 (véase, en igual sentido, el Dictamen de este Consejo núm. 417/2013)».

Doctrina aplicable al presente supuesto, por la cual, como se ha señalado, se entiende que no ha prescrito el derecho a reclamar.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver que es de seis meses, transcurrido el cual la reclamación se entiende desestimada presuntamente, sin embargo, subsiste la obligación de la Administración de resolver expresamente (arts. 21 y 91.3 LPACAP).

II

La reclamante en su escrito presentado el 11 de enero de 2019 expone lo siguiente:

«He estado desde 2014 hasta la fecha con dolores y anomalías intestinales abdominal sin tratamiento efectivo que haya solucionado los problemas descritos, siendo intervenida de una coloprorragia posterior en noviembre de 2018, sin saber si esta operación habrá solucionado totalmente el problema. Afectando todo esto a mi vida tanto personal como laboral.

Aporta junto a dicha reclamación, un escrito fechado el 26 de diciembre de 2018 en el que señala:

ÚNICO: Que en el año 2014 ingresa por urgencias (Hospital de Arona) por dolores abdominales y cólicos intensos y la derivan al doctor de cabecera diciéndole que beba agua; después de acudir a urgencias y a doctora de cabecera desde 2014 a 2017, es en septiembre de 2017 cuando se le diagnostica un prolapso. Hasta esta fecha acudió al médico digestivo y al Servicio de Urgencias en muchísimas ocasiones sin obtener solución al problema. En 2017 constan tres ingresos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Candelaria, en Santa Cruz de Tenerife, ya que los dolores abdominales que comenzaron en el año 2014 continuaban repitiéndose, viéndose afectada incluso en el desempeño de 2 puestos de trabajo. En este sentido, en fecha 8 mayo 2017 en el citado Servicio de urgencias se determinó que no hay patología ginecológica urgente. Al continuar con las citadas dolencias, la doctora de cabecera incluso le da baja laboral hasta la actualidad.

Toda esta situación ha causado problemas emocionales a la que suscribe, con un incremento del peso en 30 kg de más, pérdidas de empleos, etc., y soportando dolores durante casi 4 años agravándose con reacciones a medicamentos erróneamente recetados. En septiembre de 2017 le comentan a la que suscribe que tiene que hacerse una cirugía de colporragia posterior (recto cele 2) y hasta el 14 de noviembre de 2018 no es intervenida. Estando en espera de incluirse en la lista de espera para ser intervenida desde septiembre de 2017, recibiendo contestaciones como que las listas de espera son muy largas o no ha terminado el estudio.

Por todo ello, se solicita una indemnización por todos los daños causados desde el año 2014, que inicialmente se valora en 30.000€. Se adjunta documentación que justifica totalmente lo ocurrido viéndose muy afectada emocionalmente, físicamente y laboralmente y otros daños que no se podrían cuantificar.

En su virtud, por medio del presente se SOLICITA, Se tenga por presentado este escrito, con los documentos que se acompañan, y se tenga por solicitada la indemnización señalada por los motivos esgrimidos en el cuerpo de este escrito».

III

Constan practicadas en el procedimiento las siguientes actuaciones:

1. Se presenta reclamación de responsabilidad patrimonial el 11 de enero de 2019, reclamando una cantidad de 30.000 euros.

Posteriormente, tras la admisión a trámite de la reclamación, se amplía el importe de la reclamación a 80.000 euros.

2. Con fecha 26 de enero de 2019 se requiere a la interesada a fin de que mejore la reclamación inicial. Con fecha 11 de febrero aporta la documentación solicitada.

3. Mediante Resolución del Director del SCS, de fecha 13 de febrero de 2019, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Dicha Resolución se notifica a la interesada el 19 de febrero de 2019.

4. El 11 de octubre de 2019, se emite informe por parte del SIP acreditándose, a la vista de la historia clínica de la reclamante y de los informes preceptivos, la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«- El 21 de junio de 2013, por Síndrome anémico, le fue solicitado por Medicina Interna, estudios analíticos de imagen (gastroscopia, colonoscopia) y valoración por Ginecología. La gastroscopia, realizada el 26 de julio de 2013, no mostró alteraciones patológicas y la biopsia de intestino delgado realizada para descartar enfermedad celíaca no mostró alteraciones histopatológicas. La colonoscopia tampoco mostró alteraciones en el tramo explorado.

- El 18 de noviembre de 2014, acudió al Servicio de Urgencias por dolor tipo cólico en fosa renal izquierda irradiado a región suprapúbica, tras iniciar tratamiento anticonceptivo oral (ACO). La exploración física y el análisis urinario, no mostraron hallazgos patológicos, siendo la sintomatología relacionada con probable reacción medicamentosa, por lo que se le recomendó suspender el tratamiento anticonceptivo hormonal y seguimiento por el médico de Atención Primaria (AP).

- El 27 de noviembre de 2014 acude al Servicio de Urgencias por dolor, en abdomen (FLANCO DERECHO). Tampoco se detectaron hallazgos patológicos, sólo abundante materia fecal y aerocolia (abundante aire) en colon, en radiografía realizada, por lo que se diagnosticó de dolor abdominal secundario a estreñimiento, prescribiéndose analgesia, recomendación de beber abundantes líquidos para favorecer el control del estreñimiento y control por su médico de A P.

- El 5 de diciembre de 2014, fue atendida en Urgencias de Ginecología por sangrado ginecológico. Tras ecografía, diagnóstico de folículos hemorrágicos en anejo izquierdo, por lo que se indicó seguimiento por Ginecología. La paciente ya tenía seguimiento y tratamiento ginecológico en el CAE desde marzo de 2014 por patología de cervix: Vaginitis, lesión escamosa intraepitelial (LIP) de bajo grado y menstruaciones abundantes.

- El 18 de julio de 2015, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de ansiedad, por lo que se le prescribió ansiolítico y control por su médico de A P y Unidad de Salud Mental de la zona.

- El 17 de agosto de 2015, es valorada en consultas ginecológicas por infecciones vaginales de repetición. Diagnóstico: Cervicitis crónica para lo que se prescribió tratamiento específico.

- El 9 de octubre de 2015, fue valorada en Urgencias de Ginecología en relación con sangrado uterino (pérdidas ginecológicas) por lo que le fue colocado dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, para su control, en el CAE, ese mismo día.

- El 11 de abril de 2017, es valorada en Rehabilitación de suelo pélvico, a petición de Ginecología de suelo pélvico por incontinencia urinaria de esfuerzo (presente desde hace diez años con empeoramiento en los últimos meses) indicándose rehabilitación con ejercicios controlados en gimnasio.

- En fecha 30 de abril de 2017, fue valorada por el Servicio de Urgencias por dolor abdominal, con examen físico y pruebas complementarias sin hallazgos patológicos, por lo que bajo el diagnóstico de estreñimiento, se le dieron las recomendaciones oportunas.

- El 8 de mayo de 2017, es valorada por el Servicio de Urgencias del HUNSC por alteraciones digestivas (dispepsia, epigastria, distensión abdominal, estreñimiento). También en esa ocasión fue valorada por Ginecología, descartándose patología ginecológica urgente, por lo que las recomendaciones terapéuticas fueron dirigidas al tratamiento de las alteraciones digestivas, prescribiendo laxante (duphalac) y analgesia (paracetamol) y seguimiento por médico de A P.

- El 17 de agosto de 2017, es valorada en el Servicio de Urgencias del HUNSC por dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, flatulencia (en estudio por Digestivo) que irradia a región vaginal. La exploración física es normal, salvo por dolor en la palpación profunda a nivel suprapúbico. En la exploración ginecológica no hay hallazgos significativos.

La ecografía transvaginal realizada muestra en región anexial izquierda una formación bicameral (confirmado con Tac posterior que es un quiste ovárico izquierdo, no complicado), de 60 x 34 mm con papilas periféricas de aspecto tubular, que podría depender de ovario o trompa izquierda. En analítica de orina hay signos que hacen sospechar de infección del tracto urinario. Se prescribe tratamiento antibiótico. Se diagnostica de patología anexial a estudio. Se le recomienda seguimiento por médico de AP y acudir a Urgencias si empeoramiento.

- El 29 de agosto de 2017, se le realiza ecografía abdominal: Resultado normalidad.

- El 9 de agosto y 18 de octubre de 2017, fue vista por el Servicio de Digestivo, por clínica desde hace un año de alternancia de estreñimiento y diarreas, dolores abdominales tipo cólico y distensión abdominal. Dado que los estudios antes mencionados, así como los estudios analíticos eran normales, se planteó el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (SII), dándose las recomendaciones oportunas.

- El 28 de septiembre de 2017, en consulta de Rehabilitación Gine-Suelo Pélvico, se le entrega documento de consentimiento informado para cirugía de rectocele (no urgente) y se solicita estudio de incontinencia (previo a la cirugía de suelo pélvico- rectocele).

- El 10 de noviembre de 2017, es valorada en consulta de Ginecología - Incontinencia por incontinencia urinaria mixta (IUM) con síntomas de almacenamiento vesical: frecuencia miccional diurna aumentada, nocturia, urgencia, síndrome de vejiga hiperactiva y síntomas de vaciado incompleto, con necesidad de volver a orinar inmediatamente tras la micción, de un año de evolución, asociado a sensación de prolapso (bulto vaginal). Fue remitida a Rehabilitación de Suelo Pélvico, sin respuesta. También refiere dolor abdominal infraumbilical de varios meses de evolución, que se alivia en reposo. No toma analgesia. Está en tratamiento con ansiolítico (lorazepam).

La exploración genital perineal muestra rectocele grado II con Valsalva, cistocele grado I. La musculatura de suelo pélvico está hipoactiva. Es diagnosticada de IUM moderada con componente de esfuerzo no reproducible. Rectocele grado II sintomático. Se le entrega documento de consentimiento informado. Se solicita estudio de incontinencia Urinaria (IU) antes de programar la cirugía, por si precisase tratamiento quirúrgico de incontinencia. Se le explica que su patología de suelo pélvico no es la causa del dolor abdominal. Se le indica diario miccional de tres días (DM3D). El resultado no es valorable, porque coincidió con hematuria, aunque el sedimento de orina previo es negativo y la ecografía abdominal de agosto, es normal.

Continúa manifestando distensión abdominal y malestar general en aumento. Se le explica que dicha clínica no guarda relación con una posible vejiga hiperactiva o con rectocele, se le solicita estudio urodinámico.

- El 9 de enero de 2018, la paciente es valorada por Medicina Interna, a petición del Servicio de Ginecología, debido a persistencia de dolor abdominal distensión y estreñimiento (a pesar de tratamiento laxante-plantago). La exploración física es normal, siendo el abdomen blando e indoloro a la palpación. Los estudios realizados: gastroscopia y colonoscopia (2013) ecografía abdominal (08/17) son normales, así como también lo son el análisis de la función renal y hepática y el resto de estudios analíticos. Con diagnósticos de estreñimiento, incontinencia urinaria e hinchazón (distensión) abdominal y síndrome de Intestino Irritable (diagnóstico por Digestivo), se solicita TAC abdominal y pélvico.

- El 6 de febrero de 2018 se le realiza TAC con contraste: Resultado normal salvo hallazgos de quistes hepáticos simples y quistes ováricos izquierdos, sin signos de complicación.

- El 12 de marzo de 2018, en consulta de Medicina Interna, la exploración es normal, salvo por leve dolor a la palpación profunda de flanco derecho. Dado que no hay evidencia de organicidad se plantea probable dolor secundario a Síndrome de intestino irritable, ya diagnosticado por digestivo. Se le prescriben pautas analgésicas y nuevo laxante.

- El 30 de abril de 2018, se le realiza estudio de Incontinencia Urinaria, mediante Uroflujometría: Detrusor hiperactivo (la vejiga hiperactiva favorece la incontinencia urinaria)

- El 6 de junio de 2018, se reajusta la pauta analgésica, se le recomienda beber abundantes líquidos, a la vez que se describe que no toma el tratamiento pautado por la Unidad de Salud Mental. Dado que no hay evidencia de organicidad y la presencia de dolor abdominal es secundario a Síndrome de intestino Irritable, es derivada a Ginecología para su valoración e intervención.

- Realizados los estudios y valoraciones previas, es reevaluada en la consulta de Suelo Pélvico, quedando incluida en fecha 14 de junio de 2018 en lista de espera quirúrgica para cirugía de rectocele (patología no considerada urgente)

- El 14 de noviembre de 2018, en el Hospital Quirón salud, en virtud de concierto con el SCS, es intervenida quirúrgicamente de rectocele grado II, mediante Colpoperineoplastia posterior, con buen resultado. Su recuperación es satisfactoria, por lo que recibe el alta el 15 de noviembre de 2018, con las recomendaciones oportunas sobre tratamiento y seguimiento posterior.

- Según historia clínica de AP, la paciente fue remitida el 22 de febrero de 2019 para control por la Unidad de Salud Mental debido a trastorno adaptativo en relación con obesidad y en Consulta con Matrona el día 14 de agosto de 2019, de cribado patológico de cervix, tras su exploración, no se observa rectocele ni cistocele, siendo vagina, vulva y cérvix de características normales, salvo por la laxitud de las paredes vaginales.

CONCLUSIONES

1.- 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: Las conductas tanto diagnósticas como terapéuticas, incluidas las pruebas complementarias e intervención quirúrgica, así como la información, consentimiento informado y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- La paciente presentaba clínica relacionada con la presencia de varias patologías, las cuales se fueron estudiando en la medida que se presentaban o exacerbaban los síntomas, quedando todas ellas diagnosticadas y tratadas adecuadamente. La clínica de dolor abdominal, distensión, estreñimiento, etc, quedó diagnosticada como síndrome del intestino irritable, patología que aunque puede ser molesta y con frecuencia, llevar al paciente a los Servicios de Urgencia, no es una afección que tenga resolución quirúrgica, y cuyo control se beneficia de la estabilidad psicológica de la paciente y de las medidas higiénico-dietéticas, como puede ser un consumo adecuado de líquidos.

3.- Dado que la paciente precisó de valoraciones por varios especialistas y de la realización de múltiples estudios diagnósticos, todos realizados convenientemente, y urgentes, cuando así se consideraron (por ejemplo las ecografías transvaginales realizadas en fechas 08/05/17 y 17/08/17), no se puede decir que el actuar de los profesionales intervinientes haya sido en modo alguno negligente, más bien, que por los mismos se han cumplido con las formalidades y con los protocolos de actuación médica aplicables, sin que se haya observado dejadez ni mala praxis.

4.- Realizados todos los estudios complementarios que se fueron precisando a lo largo de su evolución, los diagnósticos, incluido el diagnóstico de rectocele, única alteración, con criterio quirúrgico no urgente, informada la paciente, y firmado el CI, la paciente quedó incluida en la lista de espera quirúrgica para ser intervenida de rectocele en fecha 14/06/18, y cinco meses más tarde, fue operada, en fecha 14/11/18, adecuadamente y sin complicaciones.

5.- 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».

5. El 17 de octubre de 2019, se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo los medios probatorios propuestos por las partes:

1.- Por parte de la interesada: La documental consistente en la Historia Clínica.

2.- Por parte del SCS, la documental consistente en:

1.- Informe del SIP (folios n.º 89 -102).

2.- Historia clínica relativa.

3.- Informe del Coordinador de Urgencias (folio n.º 216).

4.- Informe del Servicio de Digestivo del HUNSC (folio n.º 218).

6. El Acuerdo Probatorio es notificado a la interesada el 30 de octubre de 2019. Con la misma fecha se le notifica trámite de audiencia, a fin de que en el plazo de diez días hábiles, pueda acceder al expediente y aportar escrito de alegaciones.

7. La interesada comparece, el 8 de noviembre de 2019, en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios de Santa Cruz de Tenerife, a fin de acceder a su expediente y retirar copia íntegra del mismo. Se le hace entrega de la documentación, en el mismo acto.

8. El 13 de noviembre de 2019, la interesada aporta escrito de alegaciones, en el registro de entrada de la Secretaría General del SCS.

9. Finalmente, el 21 de enero de 2020, el Servicio de Normativa y Estudios solicita informe preceptivo del Servicio de Obstetricia y Ginecología o Unidad de Suelo Pélvico, sobre los extremos expuestos en la reclamación inicial y, en particular, sobre el posible retraso de diagnóstico de Prolapso genital.

10. El 13 de abril de 2020, el SIP remite el informe solicitado y el 16 de junio de 2020 se da nuevo trámite de audiencia a la interesada.

11. Transcurrido el plazo de diez días conferido al efecto, la interesada no aporta escrito de alegaciones, ni documentación alguna.

12. No se recaba informe de la Viceconsejería del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

13. La Propuesta de Resolución formulada por la Ilma. Sra. Secretaria General del Servicio Canario de la Salud es de fecha 1 de julio de 2020.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, basada en el retraso de diagnóstico en relación a los síntomas de dolor abdominal que sufre la interesada desde 2014 y que no son diagnosticados hasta que se le propone la cirugía de colporragia en septiembre de 2017.

La propuesta de resolución señala que la interesada asocia sus problemas digestivos desde el año 2014 (síndrome del intestino irritable) al diagnóstico de

prolapso que la interesada sitúa entre septiembre 2017 y noviembre de 2018. A sus problemas digestivos se recomienda en octubre de 2017 tratamiento conservador no quirúrgico, a lo que se une otra serie de alteraciones crónicas: cervicitis, menstruación abundante, síndrome anémico, incontinencia urinaria. Estas alteraciones tuvieron tratamiento y seguimiento.

El informe del Servicio de Urgencias de 27 de febrero de 2019 señala que ninguna de las atenciones prestadas en el Servicio de Urgencias del HUNSC por distintos motivos están relacionados con el prolapso. El dolor abdominal está relacionado con el síndrome de intestino irritable.

El 28 de septiembre de 2017 en consulta de rehabilitación Gine-Suelo Pélvico se le entrega el documento de consentimiento informado para la cirugía de prolapso genital (no urgente) y se solicita estudio de incontinencia. La intervención tiene lugar el 14 de noviembre de 2018.

En definitiva, el dolor abdominal, distensión y estreñimiento se diagnosticó como síndrome del intestino irritable, que aunque sea molesta no tiene solución quirúrgica. El prolapso vaginal y la vejiga hiperactiva no son causa de dolor abdominal, y por tanto, la cirugía no iba a solucionar ese problema.

2. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. En el ámbito de la asistencia sanitaria curativa la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 nos recuerda que: *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (RC n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, por su parte, declara: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los

servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

4. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto objeto de este Dictamen, no ha quedado probado en el expediente que la actuación médica dispensada a la reclamante se haya apartado de la «*lex artis ad hoc*», además de que es a la reclamante a quien corresponde la carga de la prueba de la antijuridicidad de la actuación médica, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración.

Por el contrario, del expediente sí resulta acreditado que la asistencia sanitaria que le fue prestada para sus distintas dolencias se ajustó a una correcta praxis médica, y que sus dolencias se fueron tratando a medida en que se presentaban con los medios que la ciencia médica tiene a su alcance. Queda constancia en el expediente administrativo por los distintos informes médicos que los dolores abdominales que presentaba desde 2014 tenían relación con el síndrome de intestino irritable y no guardan relación con el prolapso por el que fue intervenida en noviembre de 2018, por lo que no podemos hablar de un retraso en el diagnóstico del prolapso vaginal.

5. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de la responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, se considera ajustada a Derecho.