



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 4 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de febrero de 2021.

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 (...), en su nombre y en representación de sus hermanos (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 27/2021 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos 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, pues aunque no se cuantifica la reclamación, se considera que, de estimarse por los daños alegados, la cuantía debe exceder de 6.000 euros.

Está legitimado para solicitar el dictamen el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, de conformidad con el art. 4.1 a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

En relación con la legitimación activa de los interesados, éstos reclaman por el daño que les ha supuesto el fallecimiento de su madre, y se ha demostrado que todos

* Ponente: Sra. de León Marrero.

ellos son herederos de la fallecida. Es necesario recordar que este Consejo Consultivo ha señalado, en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, como ocurre en este caso, lo siguiente (Dictamen 283/2020, de 9 de julio):

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se transmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: `Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis`, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure proprio`, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien `vida` sea un daño sufrido por la

víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´”.

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

Esta doctrina, por tanto, resulta ser plenamente aplicable al supuesto de hecho que aquí se analiza.

4. 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.

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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada LPACAP, porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 11/1994 y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

7. 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 9 de agosto de 2018 respecto de un daño que quedó determinado el 27 de agosto de 2017, cuando la paciente sufre shock refractario y fallece.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En este caso, en lo que respecta a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo ya expuesto en el Dictamen 321/2020, de 30 de julio, manifestándose en él lo siguiente:

«1. Los interesados basan su petición resarcitoria en los siguientes hechos:

1. Con fecha 14 de AGOSTO de 2017, a las 8,37 ingresa la paciente por Urgencias, paciente de 80 HD CRONICA en los Majuelos, L-M-V a través de CTYD, que es traída por dificultad respiratoria con D- Dímero elevado.

2. Se le da de ALTA HOSPITALARIA el día 25 de AGOSTO de 2017, pero refiere haber comenzado con dolor abdominal el día 24 de AGOSTO de 2017.

3. Refiere haber comenzado con dolor abdominal un día antes de darle el ALTA HOSPITALARIA.

4. En la madrugada del día 26 de AGOSTO de 2017, volvió a URGENCIAS por un seguimiento del dolor abdominal que no había sido remitido con anterioridad.

5. Después de este ingreso y al diagnosticarle una ISQUEMIA MESENERICA, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

6. Ingresa en la UVI procedente del quirófano de cirugía general, practicándole una hemicolectomía derecha abierta.

7. Con fecha 27 de AGOSTO se le diagnostica SHOCK REFRACTARIO con fracaso multiorgánico, por lo que se avisa a la familia para comunicarle evolución desfavorable, falleciendo el día de la fecha sobre las 10:00 por fracaso multiorgánico».

2. Se reproduce también lo ya señalado en nuestro Dictamen 321/2020 respecto a lo afirmado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP):

«2. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, para su correcta determinación es necesario hacer constar, con carácter previo a su exposición, las patologías de las que adolecía la paciente en el momento de iniciarse los hechos en los que se sustenta la reclamación formulada (...).

“La señora reclamante (...), de 80 años, presentaba como AP: Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, osteoporosis, fractura aplastamiento L1, EPOC, dislipemia, HTA, obesidad, estenosis aórtica leve, artritis reumatoide, cirugía de aneurisma de aorta abdominal en 2015 con endoprótesis aortoiliaca, disfunción diastólica, insuficiencia renal crónica en

hemodiálisis, ex fumadora desde hace 3 años, trombopenia secundaria a Metotrexate, diverticulosis sigmoidea, estreñimiento, sdr depresivo y demencia de probable origen vascular, hipotiroidismo en tratamiento hormonal sustitutorio, hiperparatiroidismo secundario. Tiene vida de cama a sillón, dependiente para todas las actividades de la vida diaria”.

3. En cuanto a la exposición de los antecedentes de hecho referidos, es preciso también realizar una transcripción parcial del extenso informe del SIP, en los siguientes términos:

“ (...) El 12 de agosto de 2018, llega al Servicio de Urgencias del HUC a las 09:50 horas, a las 10:00 horas es valorada por médico de urgencias, la paciente es llevada al Servicio de Urgencias del CHUC por dificultad respiratoria, disnea. Refiere un cuadro de aproximadamente 1 mes de evolución con disnea que empeoró en los últimos días. No fiebre.

(...) Se realiza analítica general, medición de gases en sangre, del equilibrio ácido-base, Electrocardiograma y Rx de tórax.

(...) Valoración por Nefrología y Neumología, deciden realizar TAC de tórax, para descartar TEP. La saturación de oxígeno a la llegada al 95%, resto normal, no signos de TVP.

Se decide realizar Angio-Tac. La Angiotomografía o Angio-TAC es un procedimiento que permite estudiar las arterias del cuerpo y diagnosticar si se encuentran sin alteraciones, estrechadas o bloqueadas. Utiliza en algunos casos, un material de contraste, para producir imágenes de los principales vasos sanguíneos en todo el cuerpo. El juicio clínico tras el Angio-TAC de tórax urgente es de: Tromboembolismo Pulmonar en arteria lobar inferior derecha. ERC en hemodiálisis crónica. Insuficiencia Cardíaca. HTA.

(...) El 13 de agosto de 2017 el Servicio de Neumología escribe en la historia clínica tromboembolismo pulmonar en arteria lobar inferior derecha, sin signos de inestabilidad hemodinámica ni datos de sobrecarga de cavidades. Insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis etc. (...) anticonstitucional pautada por Nefrología. Buena evolución clínica.

El día 14 de agosto de 2017 el Servicio de Neumología escribe en historia clínica: subjetivamente sin disnea en reposo y sin dolor torácico, tos escasa hoy, estable hemodinámicamente, sin edemas (...) El 14 de agosto de 2017 es el día que ingresa en planta del Servicio de Neumología. Ingreso por diagnóstico de tromboembolismo pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda secundaria, destaca a su vez síntomas compatibles con bronquitis aguda.

(...) El 17 de agosto de 2017 el Servicio de Neumología anota en historial que el resultado de la Eco-Doppler de MMII es normal, sin signos de TVP (trombosis venosa

profunda). El ecocardiograma realizado no puede demostrar la existencia de trombos intracardíacos el día 17 de agosto.

4.- El 20 de agosto de 2018, avisa enfermería al servicio médico de Neumología que la paciente presenta dolor abdominal. Se observa a la señora hemodinámicamente estable, molestias abdominales difusas, de predominio en fosa iliaca izquierda, de aproximadamente 24 horas de evolución, con agudización en las últimas horas. La paciente expulsa gases pero deposición de poca cuantía en el día de ayer, refiere estreñimiento crónico domiciliario, utiliza laxantes, adormecimiento puntual en MII resuelto, se valora a la paciente eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio, tendente a la taquipnea durante el diálogo.

(...) Se informa a la familia, se ajusta el tratamiento, se aporta al tratamiento enema puntual y laxante, seguir evolución. El 21 de agosto se anota que el fin de semana ha estado con dolor en MII y dolor abdominal. Que cedió parcialmente tras enema y defecación, persiste dolor ocasional en MII, tendencia a la somnolencia. Afebril. Se realiza analítica, medición de gases en sangre, no hallazgos patológicos.

El 22 de agosto de 2017 sigue estudio y tratamiento en el Servicio de Neumología, este día la paciente refiere encontrarse mejor de la disnea, tras Hemodiálisis ayer por la noche, persiste dolor y parestesias en cara interna del muslo izquierdo que impresionan de neuralgia parestésica, más despierta hoy. Se realiza Ecografía de MMII sin imágenes compatibles con trombosis venosa profunda (TVP).

(...) El 23 de agosto mejoría de la paciente. La meralgia parestésica en estudio remite con Paracetamol.

Se realiza la Flebografía de la vena cava superior, a través del catéter tunelizado yugular derecha de la vena superior, se informa no se evidencia trombos. Una flebografía es una técnica mínimamente invasiva por medio de la cual se estudian las venas. Se utiliza rayos X y un contraste. Sobre la meralgia parestésica se sospecha neuropatía diabética.

El día 24 de agosto: la paciente en la mañana avisa a enfermería por dolor abdominal brusco de intensidad moderada, valorada por médico se destaca distensión abdominal, dolor a la palpación superficial, ruidos intestinales presentes, afebril, taquipnea con el episodio del dolor.

Se realiza Rx de abdomen donde se descartan niveles hidroaéreos, heces en colon ascendente y se confirma fecaloma rectal. Se pauta Buscapina puntual con mejoría del dolor, enema de limpieza que resulta ser efectivo. Lleva 48 horas sin defecar. Por ello se decide posponer el alta.

(...) El 25 de agosto el diagnóstico del Servicio de Neumología es el mismo desde el día 12 de agosto, tras TAC pulmonar: tromboembolismo pulmonar en arteria lobar inferior derecha sin signos de inestabilidad hemodinámica ni datos de sobrecarga de cavidades derechas. No nuevo episodio de dolor abdominal ni en MII, no otra clínica de interés.

Hoy Hemodiálisis, posteriormente alta, comentado con Nefrología, alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio, analíticas normales, y mejoría de la saturación de oxígeno, se pauta oxigenoterapia crónica domiciliaria con gafas nasales. Al alta diagnóstico principal: tromboembolismo pulmonar en arteria lobar inferior derecha sin signos de inestabilidad hemodinámica ni datos de sobrecarga de cavidades derechas. Probable EPOC, clínica de exacerbación leve. Insuficiencia respiratoria aguda persistente. Estreñimiento crónico. Fecaloma. ERC en Hemodiálisis crónica. Insuficiencia cardíaca. HTA.

Se pauta tratamiento para casa que incluye anticoagulación oral (Sintrom) y subcutánea (Heparina), control en Consultas Externas de Neumología.

El mismo día del alta, por la noche, sufre dolor abdominal, acude el 26 de agosto de 2017, de madrugada, a las 02:55 horas, al Servicio de Urgencias hospitalario del HUC.

(...) Se realiza analítica de urgencias y TAC de abdomen completo con contraste el 26 de agosto.

En fosa iliaca derecha se observa dilatación del ciego, signos de neumatosis intestinal a dicho nivel y en colon derecho, asociando neumatosis portal, sin evidenciar líquido libre abdómino-pélvico ni imágenes sugestivas de neumoperitoneo, arteria mesentérica superior permeable, los hallazgos descritos son sugestivos de isquemia intestinal.

Conclusión: neumatosis intestinal portal, sin evidencia de líquido libre abdómino pélvico diagnóstico: isquemia mesentérica, se decide intervención quirúrgica urgente. Se avisa a la familia.

A las 11:26 horas del día 26 de agosto de 2017 se interviene a la paciente. Hallazgos: líquido libre turbio, colon derecho e íleon terminal con datos de isquemia sin perforación, ciego dilatado, resto sin hallazgos.

Técnica: hemicolectomía derecha abierta, anastomosis ileocólica latero-lateral, lavado de cavidad, cierre con hemostasia (...) Juicio diagnóstico: isquemia mesentérica aguda intervenida de urgencias, hemicolectomía derecha abierta. Shock séptico secundario, insuficiencia renal crónica, tratamiento antimicrobiano. Se informa a la familia.

Ingreso postoperatorio en la UVI, desde quirófano, en el postoperatorio inmediato. Ingreso en situación de shock séptico y fracaso multiorgánico, a pesar de las medidas de tratamiento, evoluciona desfavorablemente a una situación de shock refractario con fallo multiorgánico».

3. Por último, señalábamos en el referido Dictamen:

« (...) Del escrito de reclamación se deduce que los interesados consideran que el fallecimiento de su madre se debe a una mala praxis médica que concretan en el tratamiento y diagnóstico de los dolores abdominales que la misma presentó días antes del alta

hospitalaria, que se le dio el 25 de agosto de 2017, y que están conectados con la isquemia mesentérica que causó la muerte de la paciente, lo que evidencia que no se reclama por los problemas respiratorios que presentó la paciente, que se solventaron correctamente, y que no se considera por los interesados que tuvieran relación con los problemas abdominales de la misma, sino por los problemas abdominales ya referidos.

(...) 1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados, pues el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. 2. En el presente asunto, teniendo en cuenta que la reclamación se basa únicamente en los problemas abdominales y digestivos de la paciente y no en los problemas neumológicos, es preciso que se emita el informe preceptivo de los servicios sanitarios del CHUC que trataron a la interesada tanto de los problemas abdominales previos al día 25 de agosto de 2017, como de la isquemia mesentérica que parece ser el origen de su fallecimiento y si bien se hace mención a los mismos en el informe del SIP, éste en modo alguno puede sustituir al preceptivo informe del Servicio actuante en los hechos, sin perjuicio del valor aclaratorio y probatorio que puede tener dicho informe del SIP. 3. Una vez que se emitan los referidos informes preceptivos se le otorgará nuevamente el trámite de vista y audiencia a los interesados y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será remitida a este Consejo Consultivo para que se dicte el preceptivo Dictamen».

III

Las principales actuaciones del procedimiento son las siguientes:

1. El procedimiento comenzó con la presentación en tiempo y forma de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el representante legal de los interesados, efectuada el día 9 de agosto de 2018.

2. El día 23 de octubre de 2018, se dictó la Resolución núm. 2.790/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

3. Tras su tramitación, el día 22 de junio de 2020 se dictó Propuesta de Resolución, que fue objeto del Dictamen 321/2020 de este Consejo Consultivo, ya referido, por el que se le requirió a la Administración sanitaria la emisión de los preceptivos informes de los Servicios actuantes, lo que se cumplió correctamente con la emisión de los informes de los Servicios de Urgencias y de Urgencias de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Canarias, además de la emisión de un nuevo informe del SIP.

Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados, presentando escrito de alegaciones.

4. Por último, el día 18 de enero de 2021, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

5. En el presente asunto, no consta informe de la Asesoría Jurídica Departamental y al respecto se señala en la Propuesta de Resolución que:

«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad.

En este caso, no procede la petición de informe, toda vez que el objeto de la reclamación ya ha sido estudiado, análogamente, en otros informes del Servicio Jurídico. Así, resulta de aplicación el informe de 2 de noviembre de 2017, n.º 557/2017 - ERP 58/15, que estudia una reclamación de responsabilidad patrimonial por presunto error de diagnóstico, indicando, entre otras, dos sentencias de aplicación al caso que nos ocupa: La STS de 6 de octubre de 2005 que declara: "No cabe apreciar culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene dada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados por otros más evidentes" y la STS de 17 de julio de 2012 que concluye: "Los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización».

IV

1. La Propuesta de Resolución nuevamente desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados, pues el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria.

2. En el Dictamen anterior se manifestó que, en virtud de la reclamación formulada por los interesados, el objeto del presente procedimiento reside en los problemas abdominales y digestivos padecidos por la afectada, siendo relevante todo lo relativo al alta hospitalaria que tuvo lugar el día 25 de agosto de 2017.

Pues bien, en relación con tales hechos, en el nuevo informe del SIP, con base en los informes de los Servicios actuantes, se afirma que:

«La madrugada del día 25 de agosto de 2017 la paciente duerme, estable y afebril escriben en las notas de enfermería de control. Consulta con Hematología para pautar anticoagulación al alta y con Nefrología para hemodiálisis previa al alta.

Se pauta oxigenoterapia crónica domiciliaria, doble anticoagulación oral para casa, Sintron y Heparina. En informe de alta del día 25 de agosto de 2017, destaca anotan: no nuevo episodio de dolor abdominal, ni otra clínica. Entre las patologías anotadas en informe de alta figura el estreñimiento crónico y el fecaloma sufrido.

(...) El historial clínico hospitalario nos informa que el día 25 de agosto de 2018, la paciente está a las 15:51 horas en el Servicio de Nefrología, donde se realiza diálisis renal, previo al alta. Se observa en dicho historial que la misma dura 4 horas, durante la cual se atiende a la paciente con toma de constantes y demás y no figura alteraciones y problemas durante la misma, transcurriendo sin incidencias. Por tanto la paciente se va a casa después de las 16 horas del día 25 de agosto de 2018.

El Servicio de Cirugía del HUC escribe en historial que la paciente sufre de noche un episodio de dolor abdominal y acude de madrugada al Servicio de Urgencias del HUC. Al hospital llega a las 02:55 horas, al servicio de urgencias, presenta un dolor abdominal difuso con datos de peritonismo. Tras analítica y TAC de abdomen completo con contraste, el juicio diagnóstico es de isquemia mesentérica y se decide intervención quirúrgica urgente a las 11:26 horas del día 26 de agosto de 2018. El 27 de agosto sufre shock refractario y muerte».

3. A mayor abundamiento, también se señala en dicho informe al respecto que:

«B.- El alta hospitalaria se lleva a cabo tras, al menos las 16 horas del día 25 de agosto, porque a la paciente le realizan diálisis a las 15:51 horas, según consta en historia del Servicio de Nefrología. En dicho Servicio y durante 4 horas que dura la realización de la diálisis, la paciente permanece estable, con constantes normales, y sin incidencia alguna.

(...)- Tras exploración clínica en urgencias destaca dolor intenso, un abdomen distendido, doloroso a la palpación difusa y datos de peritonismo, sin fiebre, sin vómitos, y sin alteraciones del hábito intestinal. “Se entiende por peritonitis la irritación del peritoneo provocada por múltiples afecciones clínicas, tanto de los órganos intraabdominales, pélvicos, retroperitoneales o bien de órganos distantes. Generalmente esta irritación peritoneal va acompañada de dolor, y en la exploración física se encuentra hiperestesia cutánea, aumento del dolor a la presión y sobre todo a la descompresión”. Datos que no existieron previamente durante el ingreso de la paciente en planta de Neumología»

4. Así mismo, con base en tales hechos, se concluye en dicho informe:

«1.- La atención recibida en el HUC durante el ingreso de la señora (...), creemos cumple con los requisitos de una adecuada praxis médica, con respecto a los datos clínicos, radiográficos, analíticos (...) obtenidos, y que son detallados hasta el 25 de agosto de 2018 en el historial clínico, asumiendo que el alta hospitalaria realizada en dicha fecha se

corresponde a lo diagnosticado, evolución y respuesta al tratamiento efectuado. Al alta está con doble anticoagulación Heparina y Sintron y referir que durante el ingreso recibió igualmente la correspondiente anticoagulación.

2.- Valoramos que el tiempo transcurrido desde que se da el alta hasta que la paciente sufre el dolor abdominal intenso y llega al Servicio de Urgencias en la madrugada del día 26, donde realizan pruebas diagnósticas e intervienen quirúrgicamente el día 27 a las 11:26 horas no creemos repercutiera negativamente en la situación final de la señora paciente.

Si llega a tener dolor abdominal en el hospital el día 25 de noche, con las características del sufrido, se habría actuado lógicamente de la misma forma y prácticamente en los mismos tiempos.

3.- Tener en cuenta además que cuando la paciente sufre dolor abdominal previo, durante el ingreso en el HUC, está localizado en colon izquierdo no en el derecho (donde se diagnostica la isquemia) debido ello, lo mas probable, al fecaloma y heces existentes en el último tramo del colon, el izquierdo, y que tras expulsión del mismo remite la clínica».

5. En el presente asunto, ha resultado debidamente demostrado que la Administración sanitaria actuó siempre conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente la totalidad de los medios humanos y materiales con los que cuenta, ello sin que los interesados hayan demostrado *mala praxis* en ninguna de las actuaciones y decisiones adoptadas por los Servicios actuantes.

En relación con el alta médica que se le dio a la paciente el día 25 de agosto de 2017, también se ha demostrado que fue una decisión médica conforme a la *lex artis*, puesto que los informes médicos obrantes en el expediente justifican tal decisión, que en modo alguno se puede considerar inadecuada al no presentar síntomas intestinales que indicaran la necesidad de hospitalización, y, además, se acredita que ello no tuvo influencia en el resultado final, pues de haber estado ingresada la actuación médica habría sido la misma. Además, dicho resultado final fue consecuencia exclusiva de las propias patologías que padecía la paciente, el cual se ha demostrado del todo inevitable.

6. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante acerca de la obligación de medios que le es propia a la Administración sanitaria, (por todos, DDCC 468/2020, de 12 de noviembre y 534/2020, de 11 de diciembre), lo siguiente:

«A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la lex artis como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de

manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias 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)».*

Doctrina que resulta ser del todo aplicable al presente asunto, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto.

7. Por último, los interesados no han demostrado la existencia de relación de causalidad entre el adecuado funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada por los interesados, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.