



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 8 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de julio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 346/2021 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 el Secretario General del Servicio Canario de la Salud (SCS), 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 ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 22 de junio de 2021.

2. El interesado cuantifica la indemnización que reclama en 120.403.75 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del afectado al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste también presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 LRJSP, es de aplicación el art. 198 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (y preceptos equivalentes de la legislación de contratos posterior -art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público-).

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016, 287/2017 y 139/2021): *« (...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».*

Consecuentemente, el centro sanitario privado concertado, que puede responder, en su caso, de los daños por los que se reclama, tiene la condición de interesado en el procedimiento, conforme dispone el art. 4.1.b) LPACAP.

Así, además de haberse recabado la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital (...), se dio traslado del expediente al mismo, recabando los informes precisos, así como se le ha notificado a este centro concertado el correspondiente plazo tanto para proponer prueba como para efectuar el trámite de audiencia.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, 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.

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. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. Así, la reclamación se ha presentado el 20 de diciembre de 2017 y si bien los daños por los que se reclama se produjeron el 17 de marzo de 2008, se interrumpió el plazo de prescripción (tal y como ha sido ratificado judicialmente, como luego veremos) por las Diligencias Previas n.º 661/2016 seguidas ante el Juzgado de Instrucción n.º 1 de Puerto de la Cruz, turnadas al Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife como procedimiento abreviado n.º 157/2012, el cual dictó sentencia absolutoria el 15 de octubre de 2015. Esta sentencia fue declarada firme mediante Auto del citado Juzgado de 11 de marzo de 2016. Posteriormente, el interesado interpuso el 14 de octubre de 2016 reclamación de cantidad por los daños sufridos ante la jurisdicción civil, dictándose el 22 de febrero de 2017 Auto por el Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Puerto de la Cruz, en los autos del juicio ordinario n.º 281/2016, que declaró la falta de jurisdicción, recurrido en apelación y resuelto por Auto de la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de 14 de diciembre de 2017, en el Rollo de apelación n.º 345/2017, que confirmó la falta de jurisdicción, siendo competente la jurisdicción contencioso-administrativa.

II

1. El reclamante insta 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, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

« (...) en la madrugada del 17 de marzo del 2008, sobre las 2:00 horas de la madrugada, el dicente acudió al Centro de Salud de La Orotava - Dehesas, dependiente del Servicio Canario de Salud, aquejado de un fuerte dolor abdominal. Allí los facultativos médicos que le asistieron le suministraron fármacos calmantes y, como quiera que no mejoraba su estado ni remitía el dolor, se procedió a su traslado en ambulancia al Hospital (...) del Puerto de la Cruz, propiedad de la codemandada (...) del Puerto de la Cruz; hospital que en aquel momento tenía suscrito concierto con el Servicio Canario de Salud para la asistencia médica en la zona norte de la isla, el cual dispone de medios materiales para la práctica de pruebas diagnósticas de imagen, como de un servicio nocturno de guardias de disponibilidad de médicos especialistas.

Que, el dicente fue ingresado en el servicio de urgencias de dicho hospital a las 4:25 horas del mismo día, siendo asistido por la doctora que tenía a su cargo el servicio de urgencias esa noche, (...)

Aunque en el momento de su ingreso en el Hospital (...) el dicente presentaba un fuerte dolor abdominal que cada vez iba a más, la Doctora (...) solamente ordenó la práctica de radiografías de tórax y abdomen y análisis de sangre -pruebas totalmente insuficientes- diagnosticando dolor abdominal y administrándole solamente calmantes; y ello a pesar de que las pruebas practicadas y los síntomas del paciente -el cual tenía un dolor cada vez más intenso con el paso del tiempo- no presagiaban nada bueno.

Sobre las 5:29 horas la referida Doctora de guardia ordenó el ingreso al dicente en urgencias, comunicándole que debía esperar a que le viera el cirujano de guardia que llegaría sobre las 8:00 horas, aproximadamente.

Durante ese tiempo no se avisó al cirujano de guardia para que de gravedad que presentaba el dicente (fuertes dolores que habían incrementado con el paso del tiempo y que seguían aumentando, abdomen en tabla, etc.) tampoco realizó más pruebas.

A las 8:00 horas entró en el turno de la mañana la Doctora, (...), quien, a pesar de los signos de gravedad que presentaba el dicente (fuertes dolores que habían incrementado con el paso del tiempo y que seguían aumentando, abdomen en tabla, etc.) tampoco realizó más pruebas.

A las 8:30 horas el dicente es examinado por los Cirujanos, (...) y (...), quienes, tras realizarle unas pruebas y ante la gravedad del asunto, ordenan de inmediato su TRASLADO DE URGENCIA al Hospital Universitario de Canarias.

Dicho traslado tuvo que ser realizado por una ambulancia privada que tuvo que ser localizada, avisada, contratada y pagada por los familiares del dicente, ya que en el Hospital

(...) no contaban con una ambulancia para tal traslado, y, según se le indicó por el servicio de urgencias de dicho hospital (...), la ambulancia del Servicio Canario de Salud tardaría unas tres o cuatro horas en poder efectuar el traslado.

Es más, como más adelante expondremos -y demostraremos con la documental aportaremos-, dicho Hospital (...) ni tan siquiera se dignó llamar a una ambulancia para trasladar al dicente; y ello a pesar de la urgencia del caso y de que su vida estaba corriendo un grave peligro motivó la resección de las asas Intestinales, lo que le ha supuesto graves perjuicio y secuelas que le afectarán para el resto de su vida.

(...)

A las 10:38 horas el dicente ingresó en el Hospital Universitario de Canarias, presentando, entre otros síntomas, contractura generalizada de abdomen y ausencia de ruidos intestinales. Tras practicarle diversas pruebas diagnósticas, el mismo fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, hallándose un infarto necroemorrágico (sic) que afectaba a 175 cm de Intestino; a 135 cm de la válvula ileocecal, con abundante contenido emático libre en la cavidad abdominal, que motivó la resección de las asas Intestinales, lo que le ha supuesto graves perjuicios y secuelas que le afectarán para el resto de su vida.

(...)

Que, es evidente que las referidas doctoras (...) no actuaron con la diligencia debida y el cuidado que se les requiere a tales profesionales, dado que, a pesar de los fuertes dolores que tenía el dicente, que iban en aumento, y del mal estado que presentaba, que no hacía presagiar nada bueno.

No se preocuparon porque se le practicasen más pruebas precisas que pudieran conducir a un diagnóstico de lo que realmente le sucedía, retrasando el diagnóstico cuando podían y debían haber practicado distintas pruebas para su inmediata comprobación.

No se preocuparon de localizar y avisar de urgencia al cirujano de guardia para que viniese de inmediato, dada la gravedad del asunto.

Tampoco se preocuparon en ordenar el traslado inmediato del mismo al Hospital Universitario de Canarias, si esas pruebas no se podían realizar en el Hospital (...) por carencia de personal o de medios.

La actitud de dichas doctoras se limitó solamente a permanecer en una "actitud pasiva" hasta que llegó el cirujano cuatro horas más tarde; poniendo con ello en grave riesgo la vida del dicente, pues, era evidente que cuanto más tiempo pasaba su estado empeoraba, por lo que la realización de más pruebas concretas, su observación por un cirujano, o su traslado a otro centro era de vital importancia, pudiendo haber terminado lo ocurrido, no sólo con las graves consecuencias que para mí terminó con la sección de 175 cm de intestino que me dejaron secuelas para el resto de mi vida, sino incluso con mi muerte,

Así, el dicente permaneció aproximadamente 4 horas en dicho Hospital B. sin que se le realizara ninguna prueba que fuera concluyente, de hecho sólo se le realizó un análisis de sangre, una radiografía, y un combur test, pruebas totalmente insuficientes para determinar el origen de la dolencia aguda que padecía; mientras que en el Hospital Universitario tardaron menos de una hora en realizar todas las pruebas necesarias, y en determinar que era necesaria una intervención quirúrgica urgente.

Tal y como se comprobó posteriormente, era imprescindible que se le realizara dicha intervención, sin embargo, en el Hospital (...) no había cirujano de guardia, de hecho, éste no llegó hasta las 8:30 de la mañana.

(...) ».

Continúa la reclamación insistiendo en la infracción de la *lex artis ad hoc* del centro concertado y de las facultativas que atendieron al interesado por la ausencia de nuevas pruebas diagnósticas, a pesar de la persistencia del dolor abdominal agudo, de los resultados de la analítica y del empeoramiento del paciente.

Asimismo, hace referencia a la presentación de denuncia que dio lugar a un procedimiento penal, así como al contenido del informe pericial del Médico Forense, emitido en las citadas actuaciones penales, que se refiere también a la omisión de las citadas pruebas diagnósticas complementarias y de la asistencia de cirujano, que determinaron dilaciones injustificadas que de no haberse producido no habrían determinado los graves daños citados (la resección de 175 cm de asas intestinales necrosadas y por las secuelas debidas a la intensa peritonitis que sufrió por causa del tiempo que transcurrió sin asistencia quirúrgica urgente).

Por todo ello, reclama una indemnización total de 120.403,75 euros, desglosada en 462 días de baja (14.267,44 euros), más 52 puntos de secuelas (96.487,56 euros), más el 10% de factor de corrección (9.648,75 euros).

2. Para la adecuada comprensión de los hechos, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), emitido el 29 de marzo de 2021 en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, efectúa la siguiente relación de antecedentes:

« (...) 2.- En fecha 17 de marzo de 2008, aproximadamente las 3:26 h, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud con dolor abdominal periumbilical tipo cólico, intenso, de horas de evolución. No se acompañaba de otros síntomas, salvo un episodio emético. El dolor se localizaba, fundamentalmente, a nivel periumilical izquierdo y suprapúbico.

En la exploración física: Abdomen blando, depresible, al mismo nivel del tórax, sin signos de irritación peritoneal. Blumberg (-). Rovsing (-). Ruidos intestinales presentes. Comburtest (-). No se palpa masas ni visceromegalias. TA 130/100. Ta 36,2 °C.

Se le administró Buscapina, Anagasta y Nolotil. Ante la no mejoría de la sintomatología se deriva a hospital para estudio de dolor abdominal. El traslado se realizó en vehículo transporte sanitario del SUC.

3.- A las 4:25:56 h, del mismo día 17 de marzo de 2008, llega al Servicio de Urgencias de (...) . En la exploración física: Mal estado general (MEG) con palidez mucocutánea y fascies de dolor. Bien hidratado y perfundido, (BHYP), consciente, orientado, no focalidad neurológica. Exploración cardiopulmonar (CP) normal.

Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en región periumbilical y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. Maniobras apendiculares negativas. Puño percusión renal alterable negativa. TA 120/70, FC 80 lpm. Temperatura 36°C.

A las 4:37:42 se solicita hemograma y bioquímica. Destacamos recuento leucocitario 11,50 x 1000/ mm³ (normal 4-10,50), linfocitos 45,50% (normal entre 22,20-43,60), glucosa 113 (70-110), BUN (nitrógeno ureico en sangre) 22 (normal 7-18), urea 47 (normal entre 15-38), potasio 3,10 mEq/L (normal entre 3,50- 5,10).

Se solicito Rx de tórax y abdomen informadas como normal. Combur test negativo. En la estancia en el Servicio, bajo el diagnóstico de dolor abdominal, se administró Anagasta, Enantyum, Primperan y Tramadol. Al continuar el cuadro de dolor se realizó interconsulta al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

A las 08:33:01 es valorado por el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo. Se solicitó determinación de amilasa, que resulto dentro de los límites normales y se colocó sonda nasogástrica. Se decide ingreso en el Servicio. Al no disponerse de camas en dicho Servicio se aconsejó traslados al Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Alta en el Servicio a las 09:56:57 h del mismo día 17 de marzo de 2008. Momento del alta 10:26:20 h.

El traslado interhospitalario se llevó a cabo en vehículo sanitario con carácter privado solicitado por familiar del paciente. No consta que se llamara al 112.

4.- Ingresa en el HUC durante el periodo 17 a 25 de marzo de 2008. Acude al Servicio de Urgencias de este Centro, aproximadamente a las 10:38:35 h (inicio de asistencia), con dolor abdominal para valoración por el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

El paciente refirió dolor abdominal súbito de aproximadamente 8 horas de evolución localizado a nivel periumbilical que no mejora con el paso del tiempo. No alteración del hábito deposicional.

En la exploración física: Consciente y orientado. FC 94 lpm, TA 100/60. Ta 36,5oC. ACP dentro de límites normales. Abdomen: Contractura generalizada. Ruidos intestinales ausentes.

Se plantean como diagnóstico de sospecha abdomen agudo perforación /peritonitis?. Se administra Omeprazol, Nolotil, Adolonta y Primperam. Se avisa al Servicio de Cirugía a las 10:50 horas.

A las 11.17 horas se solicitó ecografía abdominal, análisis de sangre, TAC, pruebas de coagulación y pruebas cruzadas.

En analítica Leucos 23.200 (88% neutrofilos), K 3,2, amilasa 45, lipasa 25. Rx de tórax dentro de los límites normales.

A las 11:21 horas, del mismo día 17 de marzo, se realizó ecografía abdominal: Asas intestinales dilatadas con marcado engrosamiento de la pared de forma difusa (5,2 mm) Mínima cantidad de líquido libre en el espacio de Morrison derecho, periesplénico y en cantidad moderada en pelvis (siendo más abundante en FID).

En TAC de abdomen: Dilatación de asas de intestino delgado. No neumoperitoneo. Abundante líquido libre.

En la misma fecha 17 de marzo de 2008, entrada en bloque quirúrgico a las 13:15 horas, a las 14 horas entra en el quirófano para intervención quirúrgica -laparotomía exploradora- que se inicia a las 14:30 horas.

Se describe como hallazgos: Infarto necrohemorrágico de 175 cm de intestino delgado a 135 cm de la válvula ileocecal. Abundante contenido hemático libre en la cavidad abdominal.

Se procede, tras valorar la viabilidad del intestino delgado, a resección de ID y anastomosis latero- lateral.

Consultado con el Servicio de Hematología los parámetros analíticos en referencia a la coagulación se encontraban dentro de los límites normales. Con buena evolución desde el punto de vista quirúrgico causa alta hospitalaria. Cita en control ambulatorio en 15 días. JD: Infarto hemorrágico de asas de delgado.

Estudio de biopsia: La pieza de resección intestinal, de 96 cm, muestra mucosa infartada, con congestión de vasos y sufusiones hemorrágicas. Se identifica algún pequeño ganglio con signos inflamatorios crónicos inespecíficos.

Diagnóstico anatomopatológico: Infarto hemorrágico intestinal con linfaadenitis crónica.

5.- En revisión por el Servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) de fecha 7 de abril de 2008: Subjetivamente bien. Comiendo bien. El 31 de marzo fue diagnosticado de hemorroides. Actualmente deposiciones 1 al día. Refiere ardor (acidez). Abdomen normal.

Se realiza interconsulta al Servicio de Medicina Interna para estudio a fin de esclarecer la causa del infarto hemorrágico.

6.- En la valoración por el Servicio de Medicina Interna de fecha 18 de abril de 2008: Perdida de 8Kg. desde la intervención.

Cardiorrespiratorio: No refiere síntomas.

Digestivo: Refiere dolor hipogástrico que se alivia con la defecación. Genitourinario: Dolor hipogástrico postmiccional.

Neurológico: Refiere haber tenido parestesias en los dedos 4º y 5º de ambas manos, ahora no. Locomotor: Refiere que cuando hace ejercicios aparece un bulto tras la rodilla derecha. Piel: No refiere.

Juicio diagnóstico: Infarto intestinal necrohemorrágico. Desnutrición. A descartar coagulopatías o conectivopatías.

Se solicita análisis, ecografía abdominal y de miembro inferior derecho. Se cita en dos meses.

El 18 de junio de 2008 se valora ecografía abdominal realizada y doppler arterial bilateral de MMII realizados el 2 de junio de 2008: Hígado de tamaño y morfología normal.

Vesícula biliar, páncreas, bazo (9 cm) y ambos riñones (11 cm) sin anomalías significativas.

En el estudio Doppler del sistema venoso profundo del miembro inferior derecho no se evidencian signos de ocupación vascular que sugieran trombosis. No se observan imágenes quísticas.

Por el momento con el estudio no se encuentran causas de hipercoagulabilidad. Se solicita gen protrombina, Factor V Leyden, PAI y Ac antifosfolípidos.

7.- En el control por el Servicio de CGD de fecha 28 de abril de 2008: Subjetivamente bien. Deposiciones 2-3 veces al día de consistencia dura.

8.- El Servicio de Medicina Interna, que realizó estudio de trombosis, en fecha 19 de agosto de 2008 expresa: Presenta una mutación heterocigoto del factor V de Leyden y homocigoto normal del gen de la protrombina. Resto de estudio de coagulación pendiente.

PLAN: Ante un paciente con mutación del factor V de Leyden e infarto intestinal se decide anticoagulación. Se remite a Hematología. Por el dolor articular se remite al Servicio de Traumatología y se solicita RM de rodilla. Inicia la anticoagulación el 8 de agosto de 2008.

9.- En informe de Hematología, 16 de diciembre de 2008: Se detecta trombofilia primaria por resistencia a la proteína C activada y homocisteinemia. Se pauta anticoagulación oral permanente y ácido fólico durante 3 meses. Se recomienda estudio familiar.

10.- El 17 de abril de 2009 consulta a su Médico de Familia por sangrado rectal. Hemorroides externas. Fue intervenido de hemorroidectomía el 31 de julio de 2009.

11.- Estudio de tránsito intestinal de fecha 8 de mayo de 2009 sin alteraciones significativas en esófago, estómago y duodeno. El bario transcurre sin interrupción a íleo terminal, relleno del ciego, sin que se aprecien imágenes de patología inflamatoria o neoplásica.

12.- En informe de 12 de marzo de 2010 del Servicio de Medicina Interna dirigido a Médico de Familia figura como plan control por su médico de familia, control por cirugía General, control por Neumología. Lo vemos en un año con analítica general.

13.- El 19 de julio de 2010 causa alta en el Servicio de Cirugía General y Digestiva: Subjetivamente bien. No molestias. Deposiciones normales sin productos patológicos. Exploración anal normal. Causa alta.

14.- No acude a revisión en el Servicio de Medicina Interna en las citas de 1 de marzo y 5 de junio de 2012. Causa alta en este Servicio, con indicación de control por su Médico de Familia, el 26 de septiembre de 2012.

15.- El 29 de abril de 2015 es visto en la consulta de Digestivo. El paciente refiere cuadro de unos 8 meses de evolución caracterizado por episodios de disfagia fundamentalmente a sólidos, y no con líquidos. Refiere que ha perdido unos 6 kgs de peso, aunque ha estado comiendo menos. Igualmente refiere cuadro de años de evolución caracterizado por episodios de diarreas y dolor abdominal tipo cólico que se alivia con la deposición, se acompaña de distensión abdominal.

JD: Disfagia a sólidos. Probable trastorno funcional tipo SII (predominio de diarrea).

Se solicita gastroscopia con idea de descartar esofagitis eosinofílica. Gastroscopia: normal, se toman biopsias esofágicas.

El 10 de junio en el mismo Servicio, el paciente refiere que ya no presenta disfagia.

16.- El 15 de abril de 2016 se le realizó colonoscopia: se explora todo el colon, se supera la válvula ileocecal y se visualiza el íleon distal en unos 10 cm.

Exploración: Íleon normal. Se examina más del 90% de la superficie mucosa sin hallar anomalías en zona alguna. Se toma biopsia de íleon, colon ascendente, colon transverso, colon descendente y sigma .

Diagnóstico: Colonoscopia e ileoscopia normal. Estudio anatomopatológico de las biopsias: Fragmentos de mucosa de intestino delgado e intestino grueso sin alteraciones .

17.- En fecha 17 de enero de 2018 es visto en la consulta de Cirugía General y Digestiva al referir deposiciones diarreicas de años evolución asociado con dolores cólicos abdominales: deposiciones diarreicas (entre 3-4 veces/día) con episodios intermitentes (1 vez en semana) asociado con cólicos abdominales de años de evolución. No moco ni sangre en heces. No refiere pérdida de peso. No refiere relación con situaciones de estrés.

En la exploración física: Abdomen: Blando, depresible, molestias en FID, sin defensa sin contractura sin peritonismo. Se solicita TAC de abdomen e interconsulta al Servicio de Digestivo. En consulta de Digestivo de 22 de febrero de 2018 el paciente no relaciona con nada el cuadro, ni con estrés ni con la alimentación.

TAC: Imagen pseudonodular hepática, milimétrica e hipoatenuada, sugestiva de hemangioma o quiste, a corroborar con otras técnicas diagnósticas. No se observan signos de oclusión intestinal. No se observa trombosis. No se observan colecciones intraabdominales ni líquido libre. No se observan adenopatías intraabdominales significativas. Riñón, bazo, páncreas y suprarrenales sin hallazgos de significación. Lesión ósea blástica con componente lítico en fémur derecho, sugestivo de quiste óseo aneurismático, a corroborar con RM.

18.- En consulta en el Servicio de Cirugía General y Digestiva de fecha 14 de marzo de 2018, subjetivamente bien, persisten las molestias abdominales. Comiendo bien, sin náuseas ni vómitos. Deposiciones diarreicas diarias (2-4 veces/día) sin productos patológicos.

En la exploración física: Abdomen blando, depresible, no doloroso, no defensa, no efecto masas.

Se plantea la posibilidad de brida y que la única posibilidad de saber si está presente la misma es mediante intervención quirúrgica, y nos indica que no se quiere plantear actualmente una intervención quirúrgica.

19.- En la consulta con el Servicio de Digestivo de fecha 20 de noviembre de 2018 comenta mejoría clínica desde septiembre de 2018. El Servicio plantea alta pero está pendiente de TAC que se realizará en octubre de 2018.

20.- Causó proceso de IT por cervicalgia, causa ajena al motivo del expediente, durante el periodo 18 de febrero a 9 de abril de 2019.

21.- No constan en la HC nuevas consultas a los Servicios de Cirugía General y Ap. Digestivo, Medicina Interna o Digestivo.

Consulta el 8 de junio de 2020 en el Servicio de Urología por dolor testicular. Se valora ecografía, entre otros no se identifican engrosamientos murales intestinales ni líquido libre abdominopélvico.

Consulta el 26 de junio de 2020 en el Servicio de Neumología con relación a asma bronquial.

Consulta en Reumatología el 24 de junio de 2020 y el 8 de marzo de 2021 por dolor paraesternal izquierdo (...)».

Tras efectuar diversas consideraciones sobre la patología que sufría el interesado, así como de la lectura de la documentación médica y de los informes correspondientes, el SIP entiende que existió pérdida de oportunidad en la actuación sanitaria dispensada en (...).

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, como ya se indicó anteriormente, con carácter previo a la presentación de la reclamación, consta que el interesado presentó denuncia en el Juzgado Decano de Puerto de la Cruz, el 8 de mayo de 2008, incoándose Diligencias Previas 661/2008, seguidas en el Juzgado de Instrucción n.º 1 de Puerto de la Cruz. El 15 de octubre de 2015, se dictó sentencia por el Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife, en los autos del procedimiento abreviado 157/2012, notificada al interesado el 20 de octubre de 2015, en la que se absolvió penalmente a las doctoras demandadas, sin perjuicio de las acciones civiles que pudieran corresponder al interesado. Dicha sentencia fue declarada firme por Auto del citado Juzgado de lo Penal de 11 de marzo de 2016.

Así mismo, el 14 de octubre de 2016, el interesado presentó demanda en reclamación de cantidad ante la jurisdicción civil por los daños sufridos por *«negligencia médica»* y *«vulneración del derecho a la información sobre las prestaciones sanitarias»*, contra las doctoras que lo atendieron y (...). El 22 de febrero de 2017 se dictó Auto del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Puerto de la Cruz en los Autos del juicio ordinario 281/2016, que declara la falta de jurisdicción y que, posteriormente, fue recurrido en apelación. El Auto de la Sección Tercera de la Audiencia Provincial, de 14 de diciembre de 2017, dictado en el Rollo de apelación n.º 345/2017, que resuelve el recurso, se le notifica al interesado el 19 de diciembre de 2017 y confirma la falta de jurisdicción, siendo competente la jurisdicción contencioso-administrativa.

2. El 20 de diciembre de 2017, el interesado presenta la reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Canario de la Salud en la que solicita una indemnización total de 120.403,75 euros.

3. Mediante Resolución de 28 de diciembre de 2017, del Director del SCS, se inadmitió la reclamación de responsabilidad patrimonial al haber prescrito el derecho a reclamar del interesado.

Posteriormente, el interesado recurre la Resolución citada y mediante Sentencia de 16 de enero de 2019, del Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 4 de Santa Cruz de Tenerife, se desestima el recurso, al ser el acto administrativo impugnado conforme a Derecho.

Recurrida la anterior sentencia, la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias dicta sentencia el 22 de mayo de 2019 en el recurso n.º 69/2019, estimando el recurso de apelación y revocando la sentencia apelada, reconociendo a la parte actora el derecho a la tramitación y resolución del expediente por la Administración (folios 219 a 223 del expediente administrativo).

4. Por Resolución de 2 de julio de 2019 del Director del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, requiriendo al interesado en este acto los medios probatorios en contra de la prescripción. Se notifica la misma con fecha 12 de julio de 2019. Por lo que con fecha 23 de julio de 2019, el interesado aporta escrito oponiéndose a la prescripción.

5. Con fecha 6 de agosto de 2019 se notifica al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia. El interesado aporta escrito de alegaciones en los mismos términos que el anterior, añadiendo reclamaciones interpuestas en (...) solicitando una indemnización por los daños causados.

6. Con fecha 21 de agosto de 2019 se recaba información de (...) relativa a las reclamaciones presentadas por el interesado. Con fecha 5 de septiembre de 2019 se recibe la información solicitada sobre el procedimiento penal en el que fueron absueltas las médicas de dicho hospital, en el que también fueron parte dicho centro concertado y el SCS.

7. Con fecha 7 de octubre de 2019 se solicita informe del SIP con objeto de valorar el fondo del asunto y así determinar la posible responsabilidad patrimonial que pudiera desprenderse de la actuación sanitaria. El día 29 de marzo de 2021 se recibe el mencionado informe, en el que se incluye, entre otros extremos, la Historia Clínica aportada por (...), la Historia Clínica aportada por el Hospital Universitario de Canarias (HUC) y los informes de los Servicios de Urgencias y Cirugía General y Aparato Digestivo de (...).

8. Con fecha 8 de abril de 2021, se notifica tanto al interesado como a (...) Acuerdo Probatorio. Asimismo, el 25 de mayo de 2021 se notifica tanto al interesado

como al centro concertado el Trámite de Audiencia. En consecuencia, con fecha 1 de junio de 2021 el interesado aporta escrito reiterando los términos de la reclamación inicial.

9. Finalmente, en fecha 16 de junio de 2021, se emite la Propuesta de Resolución, de sentido parcialmente estimatorio.

10. No consta que haya sido solicitado Informe del Servicio Jurídico sobre el fondo de la reclamación, ni tampoco se justifica en la Propuesta de Resolución que dicha omisión se debe a que se ha informado con anterioridad sobre asuntos similares.

11. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

IV

1. La Propuesta de Resolución, con fundamento en la documentación obrante en el expediente, estima parcialmente la pretensión del reclamante porque considera que, si bien ha resultado acreditada la pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria que recibió el afectado, sin embargo, se le reconoce una cantidad indemnizatoria bastante menor a la solicitada, que asciende a 2.168,90 euros.

2. 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).

3. Entrando en el fondo del asunto, el interesado reclama por los daños físicos que se le ha causado como consecuencia de la demora en ser diagnosticado de su enfermedad al no haber recibido la asistencia médica adecuada con la práctica de las pruebas necesarias en (...), sin que dieran oportuno aviso al cirujano para determinar su diagnóstico y encontrar el foco de la dolencia padecida, ni indicación de su traslado inmediato al HUC en atención a las circunstancias y síntomas manifestados por el paciente.

4. El informe del SIP que obra en el expediente concluye, y así lo recoge la Propuesta de Resolución, que en definitiva existió pérdida de oportunidad en la actuación sanitaria dispensada al paciente en (...), al no haberse practicado todas las

pruebas médicas precisas para la detección de la enfermedad del paciente según los síntomas que este iría manifestando durante su ingreso en el citado Hospital.

Así mismo, afirma el Médico Forense en su informe, obrante en el procedimiento penal que se sustanció, que no se prestaron los auxilios exigibles por la ciencia médica para situaciones parecidas, pues en (...) le habían administrado calmantes y realizado un análisis de orina, sin que el dolor remitiera, yendo en aumento, habiendo resultado probado que el enfermo permaneció aproximadamente 4 horas en el hospital, y, prácticamente, lo único que se le hizo fue administrarle calmantes, sin intentar encontrar cuál era el origen del intenso dolor que padecía, siendo por ello una actuación contraria a la *lex artis*. Por ello, el citado informe Médico Forense considera que no se ha observado el deber objetivo de cuidado, concluyendo que ha habido en el presente caso negligencia médica en la actuación facultativa dispensada, si bien en su interrogatorio afirmó que no hubo imprudencia temeraria ni mala praxis sino imprudencia leve.

No obstante, la sentencia del Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife, dictada en el procedimiento abreviado 157/2012, absolvió a las facultativas acusadas del delito de lesiones por imprudencia profesional al considerarse insuficientes las pruebas practicadas para alcanzar la plena convicción que exige la condena penal, aplicando el principio «*in dubio pro reo*».

En cuanto a la asistencia recibida por el Servicio de Urgencias del HUC, se desprende de la documentación obrante en el expediente que el paciente presentaba cuadro de abdomen agudo, con signos claros en la exploración física (contractura generalizada del abdomen, ausencia de ruidos intestinales) y datos analíticos claros de leucocitosis importante. Con estos datos se indica la realización de pruebas complementarias, ecografía y TAC siendo necesario la laparotomía exploradora para llegar al diagnóstico de necrosis intestinal.

De acuerdo con los documentos obrantes en el expediente se ha determinado una evolución del cuadro de aproximadamente 8 horas con paso a necrosis intestinal, en la que existían signos de irritación peritoneal en la exploración, que, unido al resultado de las imágenes en las pruebas diagnósticas, se indicó laparotomía exploradora que permitió establecer el diagnóstico. La intervención quirúrgica se efectuó en el mencionado periodo de 12 horas de evolución que permite los mejores resultados de viabilidad.

Por lo tanto, ha resultado acreditado que existe pérdida de oportunidad por falta de un diagnóstico precoz del cuadro, aunque fuere impensable en el paciente por su

edad y por desconocimiento en ese momento del padecimiento de una enfermedad congénita que le condiciona un estado de hipercoagulabilidad. Sin embargo, ante la persistencia de los síntomas, y a efectos de descartar otras patologías o averiguar el origen de los padecimientos del reclamante, no se practicaron las pruebas complementarias precisas y una asistencia adecuada a la urgencia del caso en (...), por lo que una correcta atención médica podría haber evitado, en su caso, la necesidad de la resección intestinal que finalmente se le tuvo que practicar para salvar la vida del paciente.

5. En definitiva, el afectado ha llegado a acreditar la defectuosa atención médica soportada, concurriendo pérdida de oportunidad en el caso expuesto, lo que determinó que se tuviera que intervenir de urgencia en las horas próximas al infarto necrohemorrágico sufrido, extirpándole 175 cm del intestino delgado para su cura.

Todo ello determina la relación de causalidad existente entre el deficiente funcionamiento del servicio que ocasionó una pérdida de oportunidad para la más adecuada sanación del paciente, tal y como nos indican tanto el SIP como el Médico Forense en sus respectivos informes por no haberse realizado, en consecuencia, las pruebas complementarias pertinentes.

Por lo demás, se estima óptima la asistencia sanitaria que el afectado recibió en el HUC y con posterioridad en relación con el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

6. Respecto a la pérdida de oportunidad, los Dictámenes de este Consejo 171/2016, de 24 de mayo, 152/2017, de 11 de mayo 324/2018, de 17 de julio, 492/2020, de 25 de noviembre, y 243/2021, de 13 de mayo, entre otros muchos, se pronuncian en el siguiente sentido:

«En relación con la pérdida de oportunidad, desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada "pérdida de oportunidad" cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño. La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más

temprano. *“La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada” (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003). “En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009). Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia “la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014)».*

Por su parte, la STS de 21 de diciembre de 2015 (RJ 2016\55) o 16 de febrero de 2011 (RJ 2011,1490), argumentan que *«basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmar con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».*

7. A la vista de esta doctrina y de los razonamientos expuestos, este Consejo entiende que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis ad hoc*, toda vez que se ha acreditado la existencia de un daño antijurídico, no practicándose todos los medios diagnósticos que se consideraron necesarios para detectar y tratar la patología del paciente, por lo que existe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que reclama el afectado, existiendo, pues, responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que esta ha de indemnizar al perjudicado.

8. Respecto a la cuantía indemnizatoria, el interesado en sus escritos de reclamación inicial y alegaciones posteriores, reclama el importe total de 120.403,75 euros, desglosada en los siguientes conceptos:

«Días de baja: 462 (del 17/03/2008 al 22/06/2009)

- 8 días hospitalarios x 65,48 € = 523,84 €.
- 30 días impeditivos x 53,20 € = 1.596,00 €.
- 424 días no impeditivos x 28,65 € = 12.147,60 €.
- TOTAL DÍAS: 14.267,44 €.

Puntos de secuelas: 52 (10+ 15+ 15+ 12)

- 10 puntos perjuicio estético (7-12)
- 15 puntos Yeyuno-ilectomía parcial (5-60)
- 15 puntos coagulación determinante (15-30)
- 12 puntos adherencias peritoneales (8-15)

Paciente de 22 años

- TOTAL PUNTOS SECUELAS: 52 x 1.855,53 € = 96.487,56 €.
- Factores de corrección 10%: 9.648,75 €.

TOTAL:(Días de baja+puntos de secuelas+fact.Correc.)120.403,75 €».

Además, sobre este punto concreto, la sentencia del Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife, que es firme, ha declarado como hechos probados los siguientes (folios 117 y 317 del expediente administrativo):

«(...), de 22 años, permaneció 8 días ingresado en el HUC (del 17 al 25 de marzo de 2008), 30 días de convalecencia inicial impeditivos para sus ocupaciones habituales, así como 309 días no impeditivos para sus ocupaciones habituales, siendo dado de alta definitiva por medicina interna el 22 de junio de 2009, restándole como secuelas cicatriz con perjuicio estético moderado, yeyuno-ilectomía parcial y adherencias peritoneales de grado medio superior, sin que conste acreditado que los días de curación y las secuelas indicadas fueran consecuencia de una asistencia médica por parte de la acusadas debida a la inobservación de las más elementales normas del ejercicio de la profesión médica o contraria a las mismas. Sin que conste acreditado que el tratamiento con Sintrom fuera pautado como consecuencia de la necrosishemorrágica de asas intestinales».

9. Por su parte, el informe del SIP, en relación con la valoración de la cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado y los hechos probados declarados en la sentencia penal firme, en sus conclusiones detalla lo siguiente:

« (...) 5.-En el presente caso la dificultad diagnóstica de cuadro de isquemia mesentérica que orientara a la posibilidad de revascularización y la dificultad de precisar si

el periodo de 2-3 horas de evolución (de 6 a 8,30h) hubiese evitado la necrosis transmural nos conduce a que la intervención quirúrgica laparotomía exploradora y tratamiento de resección intestinal era probablemente inevitable.

Sin embargo, el reclamante en su solicitud indemnizatoria incluye la ponderación de días de ingreso y convalecencia obviando la necesidad de intervención, en este caso, para llegar al diagnóstico. De esta forma, el propio reclamante alude a "retraso" en la intervención por lo que no niega la necesidad de realizarse.

6.-El seguimiento después del alta hospitalaria por los servicios de Medicina Interna y Hematología fue debido al estudio en el paciente de la causa del proceso padecido, isquemia intestinal, y no relacionado con el momento del diagnóstico de esta.

Además, fue seguido por otros procesos independientes a la necrosis intestinal.

7.-Entre los conceptos incluidos en la ponderación de la cuantía indemnizatoria del reclamante consta la necesidad de tratamiento de anticoagulación.

Sin embargo, observamos en la Historia Clínica que el tratamiento anticoagulante fue indicado por la enfermedad de hipercoagulación del paciente, precisamente origen del cuadro y por tanto sin relación con la actuación de los servicios sanitarios. Es decir, va dirigido al tratamiento/prevención de la causa que origina su cuadro.

Como se ha expresado, la principal etiología de la isquemia intestinal aguda es la embolia o trombosis de la AMS. Una causa menos frecuente es la trombosis venosa mesentérica, que cuando ocurre suele afectar a pacientes más jóvenes y, secundaria, entre otros, a estados o síndromes de hipercoagulabilidad.

De esta forma, en revisión en el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo de fecha 7 de abril de 2008, se realizó interconsulta al Servicio de Medicina Interna a fin de realizar estudio que permitiese esclarecer la causa del infarto hemorrágico en este paciente.

Los estudios indicados demostraron trombofilia primaria: resistencia a la proteína C activada, deficiencia de proteína C, hiperhomocisteinemia y el estudio genético mostraba que es heterocigoto RQ para el factor V de Leyden.

El trastorno de la coagulación, trombofilia, en el paciente que le incrementa el riesgo de padecer trombosis, se ha demostrado que tiene un origen genético.

Es precisamente este estado de hipercoagulabilidad de origen genético lo que ha condicionado el tratamiento de anticoagulación oral permanente.

8.-Otro extremo de la reclamación con ocasión de la valoración del daño, es el cuadro de estreñimiento pertinaz que además relaciona con la presencia de bridas/adherencias peritoneales.

Después de la intervención quirúrgica de 17 d marzo de 2008:

En revisión de 7 de abril de 2008 se describe deposiciones 1 al día.

El 28 de abril refiere el paciente dolor hipogástrico que se alivia con la defecación. En la misma fecha refiere deposiciones de 2-3 veces al día de coexistencia dura. Por tanto, no estreñimiento.

En estudio de tránsito intencional de 8 de mayo de 2009 no se objetiva ni alteraciones ni interrupción del tránsito.

El 19 de julio de 2010 se describe deposiciones normales.

El 29 de abril de 2015 es valorado por cuadro de disfagia que es ajeno al problema de bridas y que además había desaparecido el 10 de junio. En esa fecha refiere episodios de diarreas y dolor abdominal cólico, no estreñimiento.

El cuadro de deposiciones diarreicas y cólicos, no de estreñimiento, se expone en el año 2018 (enero). En TAC se objetiva asas distendidas en FII adyacentes a sutura quirúrgica pero sin signos de oclusión intestinal.

Después de diversos estudios que no permitieron identificar la causa del cuadro de deposiciones diarreicas y cólicos, la explicación podría ser la hipótesis de bridas (marzo de 2018) pero su confirmación requiere una intervención quirúrgica que el paciente no se plantea en ese momento. No obstante, el 20 de noviembre de 2018 refiere "mejoría clínica, al dejar de tomar de tomar leche en la dieta, heces formes y sin dolor abdominal".

Por tanto, no queda confirmada la presencia de bridas que le ocasione clínica.

9.-En la intervención quirúrgica de 17 de marzo de 2008 se identificó infarto necro hemorrágico de 175 cm de intestino delgado a una distancia de 135 cm de la válvula ileocecal. Valorada la viabilidad del intestino delgado se procedió a resección y anastomosis latero-lateral.

La pieza de resección llevada a estudio anatómico-patológico media 96 cm.

Hablamos de intestino delgado corto, por tanto con posibilidad de malabsorción, en los casos de adultos con <150-200 cm de intestino delgado activo y aparecerían con resecciones de ⅓ de intestino. Por tanto, no estamos ante un caso de intestino delgado corto.

El intestino delgado mide 6 metros (duodeno 0,26 m, yeyuno 2,5 m e íleon 3,5 m. Conforme al tamaño de la pieza remitida a estudio se reseco 96 cm de los 3,5 metros de íleon. Aunque se hubiera resecado los 175 cm no estaríamos ante un intestino corto. Además, se conserva la válvula ileocecal con lo que se evita consecuencias metabólicas que afectarían a la secreción intestinal, gástrica, biliopancreática y a sus procesos absorptivos.

10.-La Sentencia relativa al Procedimiento Abreviado 157/2012, del Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife contiene entre los hechos probados que : "No queda acreditado que las acusadas actuaran en contra de la lex artis o con inobservancia de las más

elementales normas del ejercicio de la profesión médica y que ello determinara la necrosis de asas intestinales que obligo a la resección de 175 cm de asas intestinales”.

(...) sin que conste acreditado que los días de curación y las secuelas indicadas fueran consecuencia de una asistencia médica parte de las acusadas debida a la inobservancia de las más elementales normas del ejercicio de la profesión médica o contraria a las mismas.

(...) Sin que conste acreditado que el tratamiento con Sintrom fuera pautaado como consecuencia de la necrosishemorrágica de asas intestinales. (...) que ninguna prueba permite alcanzar la plena convicción, sin duda alguna, de que la mayor celeridad de las acusadas en dar la orden de practicar las pruebas diagnósticas de imagen hubiera evitado la intervención quirúrgica (...) siendo por tanto necesaria en cualquier caso la intervención quirúrgica (...).

11.-El traslado interhospitalario desde (...) al Hospital Universitario de Canarias se realizó mediante transporte sanitario privado.

12.-En los puntos anteriores queda discutido los distintos ítems que compone la valoración de la cuantía indemnizatoria del reclamante. De lo que se concluye que solo sería valorable la oportunidad de que una sospecha diagnóstica precoz del cuadro, impensable en el paciente por su edad y desconocimiento en ese momento del padecimiento de una enfermedad congénita que le condiciona un estado de hipercoagulabilidad, pudiese haber evitado la necesidad de resección intestinal. No obstante, entendido en el contexto de la necesidad de intervención quirúrgica expuesta y con el consiguiente perjuicio estético y posibilidad de formación de adherencias/bridas inherentes a la laparotomía exploradora.

FN: 12 de octubre de 1985 >>> En marzo del 2008 22 años.

Yeyuno-ilectomía o colectomía sin trastorno funcional>>> 5 puntos >>4.904,44 €

(actualización al 2021).

Al hablar de pérdida de oportunidad consideramos el porcentaje de paso de una viabilidad del 100% al 57% con aplicación resultante del 43%.

Se añade el gasto ocasionado por el uso de transporte sanitario del ámbito privado: 60 €.»

Asimismo, la Propuesta de Resolución, igualmente reproduce la valoración del daño y la respuesta que da el SIP en su informe a los distintos conceptos reclamados por el interesado, concluyendo en la siguiente valoración:

« (...) En cuanto a la cuantificación del daño:

En marzo del 2008, el reclamante contaba con 22 años.

Yeyuno-ilectomía o colectomía sin trastorno funcional: por 22 años de edad, corresponden 5 puntos Total: 4.904,44 €

Al hablar de pérdida de oportunidad consideramos el porcentaje de paso de una viabilidad del 100% al 57% con aplicación resultante del 43%.

$$4.904,44 \text{ €} \times 47\% = 2.108,90 \text{ €}$$

$$2.108,90 + 60 \text{ euros del uso de transporte privado} = 2.168,90 \text{ €}$$

Cantidad actualizada al 2021».

10. Sobre la cuantía indemnizatoria en los casos de pérdida de oportunidad cabe mencionar nuestro Dictamen 322/2016, en el que indicábamos al respecto:

« (...) Por lo que se refiere a la valoración del daño, es preciso tener en cuenta que, como señala la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 2 de enero de 2012, “no es el daño material correspondiente al hecho acaecido el concepto indemnizable sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.

Por estas razones, y atendiendo a las concretas circunstancias del caso planteado, se considera adecuado que se indemnice a la reclamante en una cantidad equivalente al 60% de la suma por ella reclamada y que se ha calculado estimativamente por aplicación del baremo para la valoración de daños personales del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, actualmente derogado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, pero aplicable por razones temporales (...) ».

11. En definitiva, en la Propuesta de Resolución, así como en el informe del SIP, se da respuesta a la valoración de todos y cada uno de los conceptos indemnizatorios reclamados por el interesado, aplicándose la doctrina y jurisprudencia anteriormente citada.

Sin embargo, este Consejo no comparte la exclusión de la indemnización de determinados conceptos que consideramos que deben ser indemnizados. Es el caso de los días de hospitalización, días improductivos y no improductivos que en el informe del SIP se justifica su exclusión con el siguiente argumento:

« (...) En el presente caso la dificultad diagnóstica de cuadro de isquemia mesentérica que orientara a la posibilidad de revascularización y la dificultad de precisar si el periodo de 2-3 horas de evolución (de 6 a 8,30h) hubiese evitado la necrosis transmural nos conduce a que la intervención quirúrgica intervención quirúrgica laparotomía exploradora y tratamiento de resección intestinal era probablemente inevitable.

Sin embargo, el reclamante en su solicitud indemnizatoria incluye la ponderación de días de ingreso y convalecencia obviando la necesidad de intervención, en este caso, para llegar al diagnóstico. De este forma, el propio reclamante alude a "retraso" en la intervención por lo que no niega la necesidad de realizarse».

Si, como resultado de la pérdida de oportunidad terapéutica, la Administración sanitaria reconoce que debe indemnizarse al reclamante por las secuelas de la intervención quirúrgica de resección intestinal (yeyuno ilectomía parcial), también debe indemnizarse por los días de hospitalización, improductivos y no improductivos necesarios para la recuperación del afectado y que son consecuencia de la intervención misma, pues, aunque fuera inevitable la citada intervención, el tiempo transcurrido hasta que se le practicaron más pruebas y fue intervenido, es decisivo para el posible agravamiento de su patología, y, por tanto, del tiempo de recuperación. En consecuencia, también debe indemnizarse por los 8 días de hospitalización, 30 días improductivos y 309 días no improductivos, declarados como hechos probados en la sentencia firme del Juzgado de lo Penal n.º 8 de Santa Cruz de Tenerife, de 15 de octubre de 2015, dictada en los autos del procedimiento abreviado 157/2012, aplicando a la cantidad resultante el porcentaje del 43% derivado de la pérdida de oportunidad, siendo la cantidad resultante de aplicar este porcentaje la cantidad a indemnizar al reclamante por estos conceptos.

Asimismo, este Consejo tampoco coincide en los puntos otorgados por la Administración a las secuelas de la intervención quirúrgica (5 puntos), considerando que procede computar por este concepto 15 puntos, que es la valoración que efectúa a las secuelas de la intervención de yeyuno ilectomía parcial el informe Médico Forense que obra en las actuaciones penales (folio 164 del expediente administrativo).

En cuanto a los demás conceptos reclamados, este Consejo considera que está debidamente justificada por la Administración su exclusión.

La cantidad resultante por todos los conceptos señalados habrá de actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de

Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, de acuerdo con el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera parcialmente conforme a Derecho, pues procede indemnizar al interesado en la forma señalada en el Fundamento IV.11.