



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 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. 366/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias mediante oficio de 29 de junio de 2021, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 30 de junio de 2021), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La reclamante solicita una indemnización de 33.000 euros; esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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).

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

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona.

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo legalmente previsto en el art. 67 LPACAP. Se reclama por la atención sanitaria recibida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) entre los días 20 de julio y 2 de agosto de 2018, y la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone ante el SCS el 22 de octubre de 2018.

7. 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 sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar [arts. 21.1 y 6 y 24.3.b) LPACAP].

8. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y 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 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.

II

(...) insta el 22 de octubre de 2018 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:

«Que se presenta reclamación patrimonial por funcionamiento anormal del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario, los días comprendidos entre el 20 de julio y el 2 de agosto del 2018. En base a las siguientes consideraciones:

ANTECEDENTES.- Es de indicar, que la reclamante esta diagnosticada de fibromialgia hace 14 años , siendo diagnosticada por tres Reumatólogos distintos aquí en la Isla, así como en la Península, lo cual deja claro, que padece la citada enfermedad, la cual parece ser motivo de mofa por parte de los médicos que la trataron en las diferentes ocasiones en las que tuvo que acudir a Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, según los hechos que se describen a continuación.

PRIMERO. - El pasado día 20 de julio del presente año, la que suscribe y habiendo sido vista el día anterior en (...) por fuerte dolor lumbar con irradiación a la pierna izquierda, donde fue tratada por vía intravenosa con:

ENANTYUN 50MG.AMP

VALIUN 10 MG. AMP URBASON 40MG. AMP

PARACETAMOL 10MG/ML VIAL 100ML IV METROCLOROPAMIDA 10MG. AMP TRAMADOL 100MG

CON DIAGNOSTICO: DOLOR EN CADERA IZQUIERDA.

Dado que su médico de familia no pasa consulta por la mañana y que el dolor a pesar de la medicación puesta no mejora, decide acudir a Hospital Universitario por servicio de urgencias día 20 de julio hora de ingreso 9,05.

El colegiado que la atendió, a pesar de que la paciente le cuenta y enseña información de alta del día anterior en Hospital (...), donde se evidencia que a pesar de la medicación puesta no existe el mínimo alivio y sin hacer ninguna prueba diagnóstica, según él, es un trocanteritis aguda, Bursitis, lumbalgia, pone algo de medicación y da el alta, no me dan la posibilidad ni de pruebas diagnósticas ni de ser vista por ningún especialista. Esto fue por la mañana.

Ese mismo día a las 22:21 de la noche vuelve a acudir al hospital ya citado, el dolor y la desesperación van en aumento a pesar de medicación pautada, nada de mejoría.

En esta ocasión el diagnóstico es Lumbociática, ponen medicación por vía, sin esperar evolución del dolor con la medicación puesta y a pesar de los días con dolor en aumento, con distintos diagnósticos, son incapaces de llamar a un médico especialista.

SEGUNDO.- El día 21 del mismo mes, tiene que volver a (...), desesperada, para que le calmen ya un dolor insoportable, ponen medicación por vía y fue derivada en ambulancia al Hospital Universitario de nuevo, en esta ocasión la Doctora sospecha de dolor neuropático, por lo que aconseja ser vista por neurocirugía. El traslado se produjo en la madrugada del sábado día 22 con hora de ingreso a la 01:04. A pesar del informe de la Doctora de (...), se pone mínimo de medicación y sin ser vista por ningún médico especialista diagnostican en esta ocasión trocanteritis, dándosele el alta a las 3.23.

TERCERO.- El día 22 del citado mes, con un dolor insoportable a pesar de la cantidad de medicación ya puesta y pautada para casa, vuelve al servicio de urgencias del mencionado hospital, hora de ingreso 01.04. En esta ocasión y a pesar de todos los informes que le muestro al facultativo Doctor Duran, número de colegiado (...) donde se evidencia que a pesar de lo ya mencionado el dolor va en aumento al punto de insoportable, más de lo mismo, sin ninguna prueba diagnóstica le dice que el diagnóstico es trocanteritis, que tiene el alta firmada y que desde que le pasen los sueros puede volver a casa, que el hospital esta para urgencias graves y que esto tiene que ver mucho con la Fibromialgia que padece la paciente nombrada, en tono de burla y con poca intención de seguir intentando calmar el dolor, que no cesa pese a la medicación. Es en esta situación donde la paciente se niega a recoger el alta y le dice, palabras textuales:

NO ME VOY A IR DE AQUÍ HASTA QUE NO ME CALMES EL DOLOR, YA PUEDE LLAMAR A LA GUARDIA CIVIL O MEJOR LA LLAMO YO PARA QUE ME SIRVA DE TESTIGO, YA QUE SE ESTA VULNERANDO MI DERECHO A UNA SEGUNDA OPINIÓN DE MEDICO ESPECIALISTA O PRUEBA DIAGNOSTICA QUE DETERMINE DE UNA BUENA VEZ LO QUE TENGO.

La reacción del mencionado colegiado es dar un empujón a la camilla contra la pared y dejarla en ese estado con un dolor insoportable una hora, sin ningún tipo de medicación y sin ninguna intención de atenderla. Pasada la hora se acerca y le dice lo mismo, que no le puede poner más medicación, que tiene que ver mucho con la fibromialgia en el mismo tono jocosos y que tiene que seguir el protocolo de derivación del médico de familia a especialistas. La paciente ante la negativa y a pesar de que el dolor no cesa acepta el alta, dado que no se le proporciona ninguna otra posibilidad.

CUARTO.- Día 23 del mismo mes, hora de ingreso 13.00 el dolor es insufrible, más de lo mismo, calmantes por vía venosa, esta vez diagnóstico de trocanteritis, a pesar de que la paciente enseña todos los informes anteriores, medicina puesta tanto en el servicio de urgencias del citado hospital, así como los pautados para casa, siguen sin dar la posibilidad de ser vista por médico especialista o prueba diagnóstica alguna.

Pasan los días y la paciente igual, con dolor insoportable, la médico de familia hace derivaciones a especialistas y va cambiándole medicación, desde derivados de morfina en parches, fentanilo, inyecciones de vitaminas, etc., etc.

QUINTO.- De nuevo la paciente tiene que acudir por los fuertes dolores a (...), donde ponen medicación intravenosa, el doctor que la atiende en esta ocasión le comenta que con el cuadro clínico que presenta y los días de evolución sin mejoría alguna no la puede mandar a casa y de nuevo la derivan en ambulancia al Hospital universitario, hora de ingreso 4.45, en esta ocasión el diagnóstico es bursitis, trocanteritis, a pesar de las explicaciones dadas a la doctora (...), donde se le comenta lo que ha pasado la paciente y las sospechas de medicina interna y clínica del dolor, donde ya ha sido infiltrada, además de los informes aportados con todo lo ya mencionado, se mete en historial de la paciente y se permite decirle cuando nos saltamos las consultas de Psiquiatría pasan estas cosas, hace también mención en tono jocoso de la enfermedad y a pesar que el parte de alta y traslado que trae la paciente por un fallo de (...), viene sin la medicación puesta en dicho centro, vuelve a poner medicación por vía, le da de alta a las 6,31 de la mañana con el mismo dolor que entró, sin realizar prueba diagnóstica alguna, sin llamar a un especialista y de muy mal carácter.

SEXTO.- El día 6 de agosto la paciente tiene cita previa en medicina interna, donde está siendo tratada desde hace meses por una pérdida de peso importante hasta el momento sin encontrar causa, cuenta a la doctora lo que lleva pasado y simplemente con ver la postura y una exploración física en la camilla sospecha de una sacroilíeitis, dicha doctora pide una resonancia magnética, una analítica específica y ser atendida en la unidad del dolor.

SEPTIMO.- El día 13 de agosto, es citada para la clínica del dolor, donde el Doctor (...), realiza infiltración de sacro iliaca izquierda, sospecha de sacroilíeitis aguda, pregunta a la paciente: Cuántas veces has acudido a urgencias? la paciente contesta que tiene perdida la cuenta y este mismo le comenta, no han sido capaces de llamar a un neurocirujano? Quiere volver a verla en 15 días, pero cuando llama para programar cita no tiene nada libre hasta el próximo año, se lleva las manos a la cabeza.

OCTAVO.- Día 25 de agosto, se realiza Resonancia magnética en (...), dando los resultados del estudio una semana más tarde, aun no tiene cita previa con ningún neurocirujano que pueda interpretar dicho estudio.

Lo interpreta la médica de familia donde se confirma, Hernias discales y sacroilíeitis, a la espera de las analíticas para confirmar espondilitis anquilosante. La paciente sigue con fortísimos dolores que no cesan ni con medicación ni reposo.

NOVENO.- La paciente dado que tiene la Resonancia Magnética ya realizada y sin ser citada por el Hospital Universitario dado a su estado de dolor extremo, decide acudir a consulta privada (80€) de Neurocirugía, siendo vista por el Doctor (...), que tras ver el informe del estudio, donde claramente se ve una hernia discal que oprime nervio de la pierna izquierda la cita la siguiente semana en Hospital Universitario, para programar operación quirúrgica a la mayor brevedad posible dada la mala situación clínica, donde ruega priorizar. Actualmente en lista de espera para que le realicen dicha intervención quirúrgica.

El día 20 de septiembre del presente llegan los resultados de la analítica específica para determinar Espondilitis Anquilosante B-27 AHL-827 Con resultado positivo.

DÉCIMO. Los hechos relatados constituyen un funcionamiento anormal de la administración, pues los servicios de urgencias deberían contar con personal y medios para diagnosticar desde el primer o segundo día la enfermedad detectada posteriormente tanto por la médico internista como el anestesista con una mínima exploración y a simple vista. La sacroileitis es bastante frecuente y los síntomas fáciles de detectar.

Se ha causado un perjuicio a la mencionada paciente, consistente en sufrimiento innecesario que se hubiera podido evitar solicitando a un neurocirujano de guardia una de las tantas veces que acudió a los servicios de urgencia de los mencionados centros hospitalarios. Debido a la enfermedad que padece, fibromialgia, recibió trato degradante y mofa teniendo que soportar tanto una patada a una camilla o palabras como, si se saltan las consultas de Psiquiatría pasan estas cosas, que mis síntomas eran consecuencia de ello. La paciente está siendo atendida en el centro de salud mental por la Psicóloga, nada que ver con Siquiatría, para el reconocimiento de grado de minusvalía».

Por todo ello, reclama una indemnización que cuantifica con posterioridad al escrito de reclamación en 33.000 euros.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1. Se presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por (...) ante el SCS, el 22 de octubre de 2018, por la atención recibida por la paciente en el Servicio de Urgencias del HUC en el período 20 de julio y el 2 de agosto del 2018.

2. Por Resolución de 24 de octubre de 2018 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica de la afectada.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 17 de junio de 2020 (folios n.º 60-47) en el cual, a la vista de la historia clínica y los informes preceptivos, se establece el siguiente orden cronológico de los hechos:

- La paciente presenta como antecedentes personales, Fibromialgia, seguida por el Servicio de Reumatología tanto en el ámbito privado (año 2007) como público. Síndrome de apnea e hipoapnea obstructiva del sueño. Fumadora. Migraña. Cervicalgia (2007, 2008 -accidente de tráfico -, 2009). Ansiedad (2008, 2017, abril de

2018). Derivada el 16 de noviembre de 2017, desde su Médico de Familia, a Salud Mental para ayuda psicológica por cuadro de Depresión.

En marzo de 2004 cuadro de dolor lumbar irradiado a pierna izquierda que no mejora con el tratamiento habitual, sensación de hormigueo. Rx de columna lumbar dentro de la normalidad. En el año 2009, cuadro de lumbociática-dolor en nalga derecha irradiado a miembro inferior derecho.

En septiembre de 2013 dolor lumbar tras flexión brusca con irradiación a caderas y parte posterior de ambos muslos, más intenso en el lado izquierdo. Se acompaña después de 2 semanas de parestesias en miembros inferiores con limitación funcional. Causó ingreso hospitalario en el periodo 8-10 de septiembre de 2013 en (...). En RMN no se objetiva anomalías en columna lumbosacra.

Seguida en el Servicio de Medicina Interna desde el 16 de noviembre del 2017 por pérdida de peso asociada a dolor lumbar y en miembros inferiores incapacitante. ANA negativo. FR negativo.

Artralgias-2017.

En TAC realizado el 29 de enero de 2018 se menciona, entre otros, espondilosis dorsolumbar.

Acude a su Médico de Familia, el 19 de febrero de 2018, por dolor lumbar irradiado a cadera derecha -coxalgia-.

El 26 de marzo de 2018 acude a su Médico de Familia por cuadro de lumbociatalgia. Se realiza interconsulta a especialista en HUC con carácter preferente para descartar hernia discal. Sospecha clínica razonable de hernia discal con criterios quirúrgicos (lumbociática que cursa con síndrome radicular intolerable que no responde al tratamiento adecuado tras 6 semanas con manifestaciones clínicas progresivas. Se solicita TAC columna lumbosacra).

Síndrome de fatiga crónica en abril de 2018.

En TAC de columna lumbar de fecha 18 de mayo de 2018: Disminución de los espacios discales desde L2 a L4. Protrusiones en L2-L3 y L3-L4 sin aparentes signos de afectación radicular. Signos degenerativos vertebrales.

En fecha 11 de junio de 2018 en consulta del Médico de Familia consta el diagnóstico de hernia discal lumbar -se valora el resultado del TAC solicitado-, hernias discales que no comprometen y degeneración vertebral.

En la derivación desde el Servicio de Psiquiatría de la Unidad de Salud Mental para seguimiento por Psicológico, en fecha 2 de julio de 2018, consta: Actualmente en situación de Incapacidad Temporal desde julio de 2018 por hernia discal lumbar (pendiente de intervención quirúrgica) y aún impactada por el diagnóstico de espondilitis anquilosante. Ansiosa, temerosa, angustiada.

- En fecha 19 de julio de 2018 acude al Servicio de Urgencias de (...) por episodio de varios días consistente en dolor lumbar moderado y dolor de fuerte intensidad en hemicadera izquierda que se irradia por el borde lateral del muslo ipsilateral con limitación parcial, sin mejoría a pesar de medicación. No déficit motor en la exploración física y Lasègue negativo.

En Rx de cadera ausencia de lesiones óseas agudas; en Rx columna lumbar artrosis de cuerpos vertebrales. Se administra tratamiento y se deriva a control por su Médico con la indicación de remisión a especialista de Zona.

- En fecha 20 de julio de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por lumbalgia/dolor en cadera izquierda, de 5 días de evolución tras sobreesfuerzo, irradiado a miembro inferior izquierdo. Niega traumatismo.

En la exploración física, no disimetrías ni deformidad, ni tumefacción. Palpación dolorosa a nivel del músculo paralumbar izquierdo (a nivel L4-L5 y nalga izquierda) y en trocánter izquierdo. Fuerza conservada, neuromuscular conservado. Bajo el diagnóstico de lumbociática se recomienda seguir con la analgesia y valorar remitir a Traumatólogo. En juicio diagnóstico bursitis trocantérea izquierda versus lumbalgia aguda mecánica. Se le indica analgesia, se le explica la normal evolución y signos de alarma, control por su Médico, y si empeora volver.

- En fecha 21 de julio de 2018 acude a (...) con dolor en región dorsolumbar izquierdo irradiado a cadera y miembro inferior izquierdo. No mejoría a pesar del tratamiento. Se realiza exploración física y analítica. Dolor a la palpación de región lumbar izquierda, no sobre columna lumbar, dolor en el área de cadera y muslo izquierdos durante la movilización.

En Rx de columna lumbar recientes no lesiones óseas agudas aparentes. No mejoría del dolor con el tratamiento pautado, se deriva al hospital de referencia para valoración por Neurocirugía.

- El 22 de julio de 2018 acude al Servicio de Urgencias del HUC con dolor lumbar y en cara lateral del muslo izquierdo. Se realiza exploración física, analítica y Rx sin

evidencia de lesiones. Se concluye trocanteritis, se administra analgesia y se le recomienda control por su Médico y Traumatólogo de Zona.

- El 23 de julio de 2018 acude de nuevo al Servicio de Urgencias del HUC. En la exploración física dolor en región trocantérea derecha. Asintomática al alta, se le indica control por su Médico de Atención Primaria de espondilitis L4-L5 y valorar solicitar RMN y EMG.

- El 24 de julio de 2018 es remitida por su Médico de Familia, con carácter preferente, al Servicio de Reumatología para valorar Artritis reumatoide en paciente con cuadro de fibromialgia que presenta trocanteritis izquierda. Se cita el 25 de julio.

- El 1 de agosto de 2018 acude al Servicio de Urgencias de (...) por dolor en la pierna de 20 días de evolución: Dolor invalidante en región lumbar que se irradia a pierna derecha asociado a limitación para deambular y parestesias. En la exploración, hipoestesia en dermatoma pierna izquierda L4-L5. Hipererreflexia en pierna ipsilateral.

Se deriva al HUC. Se le comenta acudir al Médico de Familia para ser remitida al correspondiente especialista de Zona.

- El 2 de agosto acude al Servicio de Urgencias del HUC. La paciente refiere estar diagnosticada de bursitis trocantérea con dolor que no cede con tratamiento pautado. Se le explica el tratamiento de urgencias, se administra tratamiento y se deriva a control por el Servicio de Reumatología y la Unidad del Dolor.

El Médico de Familia solicita RM urgente al HUC el 2 de agosto. El 3 de agosto es derivada a la Unidad del Dolor por dolor crónico.

- En consulta del Servicio de Medicina Interna de fecha 6 de agosto de 2018 se solicita RM lumbar y sacra, que es realizada el 25 de agosto de 2018 y estudio HLA B27.

- El 13 de agosto de 2018 en informe de la Unidad del Dolor: En la exploración física: Lasègue positivo a 20º lado izquierdo, dolor a la palpación sacroilíaca izquierda, reflejos dentro de lo normal, marcha dolorosa y con cojera, dorsiflexión dolorosa, signo del arco positivo. Se menciona las imágenes obtenidas en el TAC lumbar de fecha 18 de mayo de 2018.

Como juicio diagnóstico: Discopatía lumbar aguda con ciatalgia izquierda. Sospecha de sacroileitis aguda. Pendiente de RMN. Se realiza interconsulta desde la Unidad del Dolor a Servicio de Neurocirugía.

- En RMN de columna dorsal, lumbar y sacroilíaca, de fecha 25 de agosto de 2018 realizada en (...) con carácter programado: Imágenes compatibles con hernias discales dorsales D5 a D7 con predominio derecho. Imagen de acúmulo angiomaso a nivel del cuerpo vertebral D9. Imágenes de protrusión discal de predominio izquierdo en el nivel L3-L4.

Discopatía multisegmentaria L2 a L5. Acúmulo angiomaso L2. Procesos de naturaleza inflamatoria a nivel del hueso sacro y palas ilíacas sugestivo de sacroileitis.

- El 3 de septiembre de 2018 la Médico de Familia realiza interconsulta al Servicio de Neurocirugía acompañando el resultado de la RMN. Es valorada por el Servicio de Neurocirugía el 2 de octubre de 2018 quedando incluida en lista de espera quirúrgica urgente en esa fecha. Posteriormente 13 de noviembre, fue derivada para intervención en centro concertado.

- El 11 de octubre de 2018 consta en el seguimiento por su Médico de Familia el diagnóstico de espondilitis anquilosante.

- Es valorada en el Servicio de Reumatología en fecha 5 de noviembre de 2018, remitida desde el Servicio de Medicina Interna por sospecha de espondiloartropatía seronegativa. En la interconsulta se incluye: Signos de sacroileitis en la exploración que se confirma con RMN lumbar, hernias discales dorsales y discopatía lumbares. Ha sido valorada por el Servicio de Neurocirugía que indica intervención quirúrgica.

FR negativo, ANA negativo. Pendiente de resultado de HLA B27. Ya ha sido valorada con anterioridad por Reumatología, también en Madrid y por Reumatólogo privado. La han diagnosticado de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, todos los síntomas de un cuadro de sensibilización central típicos desde hace muchos años.

El dolor lumbar ha mejorado. Muy difícil de valorar si tiene dolor inflamatorio porque tiene todo el cortejo sintomático de un síndrome de sensibilización central. Ahora se queja de dolores generalizados.

La exploración es compatible con fibromialgia, extrema hiperalgia generalizada, puntos gatillo, no se objetiva ciatalgia. Se solicita Rx de pelvis y manos, serología autoinmune. Tiene pendiente RMN.

Como plan valorar espondiloartritis. Conforme a informe elaborado por el Servicio de Reumatología se confirma espondiloartritis inflamatoria.

En fecha 27 de noviembre de 2018 en CE de Reumatología (...): *«Ha pasado por todos y cada uno de los tratamientos recomendados por EULAR (European League Against Rheumatism): Tramadol, Pregabalina, Duloxetina, Amitriptilina (...) Actualmente 120 de Duloxetina. HLA B27 +, RMN lumbar con discopatías L2 a L5 y sacroileitis, sin embargo reviso imágenes y no presenta edema en sacroiliacas en STIR en región subcondral en mas de 2 cortes consecutivos (...) Esto es recomendaciones EULAR. En la actualidad lumbociatalgia izquierda. Iniciar Targin 5/10 1-0-1».*

- En fecha 7 de mayo de 2019 es valorada en consulta de Neurocirugía del Hospital (...) derivada desde lista de espera del HUC. Motivo de consulta: Lumbociática. En exploración: Lasegue positivo izquierdo a 45°. No déficits. RMN: discopatías multisegmentarias con HDL múltiples. HDL foraminal izquierda L4-L5 con compresión de la raíz a nivel del receso y forámen.

Se explica a la paciente que el resultado puede no ser lo que espera y que el dolor lumbar mecánico puede continuar, de todas formas refiere que quiere operarse.

Queda propuesta para discectomía L4-L5 izquierda.

En la misma fecha firma DCI para tratamiento quirúrgico en Hospital SJD.? Entre las complicaciones de la cirugía se incluye lumbalgia residual.

- En RMN realizada en Hospital Parque el 5 de junio de 2019 bajo el motivo de dolor en columna lumbar completa HD lumbar, artrosis: Columna cervical: Protrusión discal difusa en C4-C5, C5-C6, y C6-C7 (compresión medular y signos de inicial sufrimiento del tejido nervioso). Columna dorsal: Probable osteoangioma, protrusiones discales difusas en D5-D6, D6-C7, D9- D10, D10-D11 sin aparente compromiso radicular. Columna lumbosacra: Discopatía degenerativa con múltiples protrusiones discales en los niveles L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5 y L5-S1, que no condicionan significativamente estenosis neuroforaminal. Angioma cuerpo vertebral L2. Signos degenerativos.

- En fecha 18 de junio de 2019 se realiza intervención quirúrgica en Hospital (...) bajo el diagnóstico de desplazamiento de disco intervertebral lumbar sin mielopatía.

Se observa en la intervención disco herniado subligamentario comprimiendo raíz y desplazando hacia medial. Se extrae disco roto. Causa alta hospitalaria el 19 de junio de 2019.

En control en el mismo Servicio de fecha 25 de junio de 2019: No dolor radicular, persiste con dolor mecánico secundario a sus hernias múltiples.

En revisión de fecha 3 de julio de 2019: Lumbalgia mecánica secuelar.

En revisión de 18 de septiembre de 2019 desde el punto de vista neuroquirúrgico bien, sin dolor radicular.

- En informe de 23 de julio de 2019 de (...): Paciente en seguimiento en consultas externas de reumatología en relación: Espondiloartritis inflamatoria de acuerdo con los criterios EULAR/ASAS: PCR +, HLA B27+, lumbalgia inflamatoria, sacroileitis radiológica grado II-III NY derecha, Rizartrosis bilateral, Poliartrosis axial con multiscopatía degenerativa tanto en columna cervical, dorsal y lumbar. Trastorno de la modulación del dolor que cumple criterios de clasificación para fibromialgia.

4. Con fechas 5 y 7 de octubre de 2020 se notifican tanto a la interesada como al (...) Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia respectivamente.

Transcurrido el plazo conferido no se aporta nueva documentación.

5. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, según señala la Propuesta de Resolución, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, *«Asimismo, en el caso que nos ocupa, donde se subraya la “prohibición de regreso” o de la valoración “ex post de facto”, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 400/16-C (ERP 118/2014)»*, que concluye: *«La actuación médica implica una obligación de medios y no de resultados, y ello se traduce en que se deben aplicar al paciente todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento, debiendo estar ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia (...)»*.

6. La Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...) se suscribe el 21 de noviembre de 2020.

7. El Dictamen del Consejo Consultivo 567/2020, de 22 de diciembre, dictamina lo siguiente: *«La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta (...) frente al SCS, no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones para emitir informes complementarios del SIP y del Servicio de Neurología del HUC, concediendo posteriormente trámite de audiencia a los*

interesados en momento previo a la Propuesta de Resolución, la cual deberá dar respuesta a las alegaciones que, en su caso, planteen los interesados».

Los informes complementarios del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) y del Servicio de Neurología del HUC deberán responder las siguientes cuestiones:

- Que se refiera cuáles son los elementos diferenciadores entre el diagnóstico de espondiloartrosis inflamatoria, espondiloartrosis degenerativa y la espondilitis anquilosante.

- Aclarar si la espondiloartrosis que padecía la paciente, a partir del momento en que la paciente sufre extremo dolor y empeora su estado, suponía un compromiso neurológico y si se podía calificar en el período 20 de julio y el 2 de agosto del 2018, como urgencia médica neurológica, y por último si requería intervención quirúrgica urgente.

- Si ante las continuas visitas o derivaciones de la paciente al Servicio de Urgencias del HUC por extremo dolor, y ante la existencia de espondiloartrosis inflamatoria y degenerativa detectada en el TAC de mayo de 2018 por el SCS, el Servicio de Urgencias del HUC, en el período 20 de julio y el 2 de agosto del 2018, pudo deducir a la vista de la historia clínica de la paciente un agravamiento de su estado de salud, y en consecuencia, debió coordinarse directamente con el Servicio de Neurología para consulta o para programar una intervención quirúrgica urgente.

- Si desde que se detecta la espondiloartrosis inflamatoria y degenerativa de la paciente, con episodios de fuerte dolor y numerosas visitas al Servicio de Urgencias del HUC, hasta que es intervenida quirúrgicamente transcurre un tiempo razonable de acuerdo con la bibliografía médica, en función del empeoramiento del estado de la paciente y el fuerte dolor que presentaba.

8. Con fecha 23 de mayo de 2021 el SIP emite informe complementario a la vista del informe de Neurocirugía de 5 de mayo del mismo año, considerando la existencia de demora en la intervención de hernia discal sin describir secuelas derivadas de la misma, por lo que propone indemnizar a la reclamante en concepto de daño moral en 6.000 €. La interesada se muestra conforme con la indemnización propuesta por el SIP.

El Servicio de Neurocirugía informa: *«La paciente fue diagnosticada el 20 de julio de 2018 y derivada para operar el 13 de noviembre del mismo año a un centro concertado, esto es, en menos de 4 meses, lo cual es un tiempo prudente. Pero también afirma desconocer por*

qué finalmente se intervino 7 meses después (junio de 2019), lo cual a 11 meses del comienzo, es una espera mayor de la deseable».

IV

La Propuesta de Resolución propone la terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a instancias de (...), conforme al art. 86 apartados 1 y 5 LPACAP, mediante la suscripción de acuerdo indemnizatorio de 6.000 euros. Reconoce el SCS un daño moral causado a la interesada por demora en la intervención quirúrgica de hernia discal, de la cual no derivan secuelas. Propone que la indemnización sea satisfecha por el SCS y (...) al 50%.

La Propuesta de Resolución imputa el retraso de la intervención quirúrgica de hernia discal de la interesada a un problema de gestión.

Pues bien, aunque en principio pudiera parecer que la reclamante ciñe su reclamación a la mala praxis que alega se produjo entre los días 20 de julio y 2 de agosto de 2018, periodo en que fue asistida no sólo en el Hospital Universitario de Canarias sino en el centro (...), del conjunto de su reclamación y actuaciones posteriores se deriva que tales hechos se refieren a toda la atención recibida (así señala que a la fecha de la reclamación aún se encuentra en lista de espera pendiente de intervención como motivo de queja, ampliando su reclamación cuando subsana la solicitud inicial, como se ha señalado anteriormente). Y precisamente por ese retraso es por lo que la Administración sanitaria entiende que procede indemnizar por daño moral a la reclamante si bien en cuantía inferior a la solicitada por la misma. No obstante, resulta que una vez canalizada a centro concertado por el SCS para la realización de la intervención quirúrgica, tal centro concertado no ha sido (...), sino el Hospital (...), al que no se declara responsable y al que tampoco se le ha otorgado trámite de audiencia.

Por otro lado, no se especifica en la Propuesta de Resolución en qué medida el centro concertado ha contribuido al retraso reconocido por la Administración sanitaria de la intervención quirúrgica o al problema de gestión, más allá de la distribución de la obligación del abono del quantum indemnizatorio a razón del 50%.

Por tanto, deberá aclararse a quién es imputable el defecto en la gestión que derivó en un retraso de la intervención quirúrgica de hernia discal de la interesada y en función de ello determinar la imputación de la responsabilidad, garantizando siempre el trámite de audiencia de todos los interesados en el expediente, tal y como exige el art. 82 de la LPACAP.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se acuerda la terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por (...) frente al SCS por daño moral causado a la interesada por demora en la intervención de hernia discal, no es conforme a Derecho, debiendo aclararse a quién es imputable el problema de gestión que derivó en un retraso de la intervención quirúrgica de la interesada y determinar el grado de imputación de la responsabilidad que corresponda atribuir a cada Centro, garantizando, en su caso, el trámite de audiencia a todos los interesados.