



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 0 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de septiembre 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. 388/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a 245.171,93 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 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 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.

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

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

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

5. 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.

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

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

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamación se interpuso el 28 de julio de 2017 relativa a un daño personal que quedó determinado en un plazo inferior a un año antes de la presentación de dicha reclamación, ya que la última secuela sufrida por el interesado (encefalomalacia parietal derecha) fue detectada el 29 de marzo de 2017, a través del control radiológico al que se sometió, considerándose la misma como una complicación tardía de la intervención quirúrgica que se le practicó durante el proceso médico al que se hará referencia posteriormente.

Además, sobre esta cuestión es preciso hacer constar que la Administración sanitaria, inicialmente, consideró la reclamación como extemporánea, dictando la Resolución del Director del SCS 3646/2017, de 27 de noviembre, por la que se inadmitió la reclamación formulada, contra la que se interpuso recurso de reposición, que fue desestimado a través de la Resolución del Director del SCS 97/2018, de 16 de enero, contra la que, a su vez, se interpuso recurso contencioso administrativo, que dio lugar a la Sentencia firme 23/2019, de 29 de enero, dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo, núm. 4 de Las Palmas de Gran

Canaria, que estimó el mismo por considerar que la reclamación se presentó dentro de plazo.

II

1. En cuanto al hecho lesivo, el interesado en su escrito de reclamación expone que:

«PRIMERO.- En fecha 21.02.2013 fue realizada RMN craneal a (...) en el SCS ante la existencia de alteraciones neurológicas que interferían negativamente en su funcionamiento global.

Tras la práctica de dicha prueba médica, el servicio de Consultas Externas de Neurología del Hospital Dr. Negrín le informa de que su resultado es normal.

Ante la persistencia de los síntomas, en abril de 2013 el dicente es nuevamente valorado por el servicio de Consultas Externas de Neurología del Hospital Dr. Negrín significando que se objetiva exploración NRL normal y junto con la prueba de imagen sin hallazgos, se decide alta y control por MAP.

SEGUNDO. Dada la persistencia de las alteraciones neurológicas y la nula respuesta de los servicios públicos sanitarios, el dicente en fecha 25.11.14 se realiza TAC CRANEAL en el Hospital (...) que informa con la conclusión diagnóstica de "lesión extraaxial sugestiva de meningioma parietal dcho.", emitiéndose informe por el Servicio de Neurocirugía en fecha 15.12.14 con JD: Meningioma parietal derecho a estudio, recogándose expresamente en el apartado EA: RMN craneal de febrero de 2013 donde ya se insinuaba.

TERCERO.- Ante el resultado de las pruebas practicadas, el dicente acude a su médico de AP solicitando en fecha 15.12.14 Interconsulta a Neurocirugía con carácter preferente ante los hallazgos radiológicos, solicitándose inclusión en lista de espera en fecha 22.01.15 para el procedimiento quirúrgico "Exeresis del tumor extraaxial cerebral".

CUARTO.- En fecha 11.03.15 el dicente acude al servicio de urgencias del hospital Dr. Negrín por presentar crisis de hemiparesias izdas. rápidamente progresivas realizándose en fecha 13.03.15 intervención quirúrgica consistente en "craniotomía, resección de meningioma", con complicación posterior por "Infección de herida quirúrgica por E. Coli", que provocó un nuevo ingreso hospitalario con carácter urgente en fecha 07.04.2015.

QUINTO.-En base a lo expuesto, el dicente no ha podido incorporarse a su actividad profesional desde enero de 2015, encontrándose incurso en sucesivos procesos de Incapacidad Temporal que han finalizado mediante resolución administrativa con fecha de registro de salida 07.06.2017 y con REFERENCIA: 2017-502847-10 a medio de la cual la Dirección Provincial del INSS resuelve aprobar con fecha 06.06.2017 la pensión de INCAPACIDAD PERMANENTE en el grado de ABSOLUTA derivada de enfermedad común.

En fecha 27.02.17 se emitió Dictamen Propuesta del EVI de fecha que establece el siguiente Diagnóstico:

Meningioma extirpado en 2015 pendiente de rehabilitación por hemihipoestesia izquierda (según informe de neurocirugía). Síntomas aislados den esfera psíquica indicado tratamiento en noviembre/16. Limitaciones orgánicas y funcionales:

Paciente con arrastre del pfe izquierdo ocasional con antecedentes de extirpación de meningioma en marzo de 2015 sin recidiva actualmente. Sin alteración de la funcionalidad por síntomas en esfera psíquica. Proponiendo al Director Provincial del INSS Iniciar un expediente de incapacidad permanente.

SEXO. En base al relato de hechos expuesto, se evidencia una inadecuada gestión de la sintomatología que presentaba (...) a principios de la anualidad 2013, por la que fue remitido al Servicio de Neurología del Hospital Doctor Negrín, y pese a los hallazgos evidenciados en la RMN craneal realizada en febrero 2013, no se adoptaron, en tiempo y forma, las medidas terapéuticas adecuadas a los efectos de preservar su integridad física, procediéndose por dicho servicio especializado a emitir el Alta cuando la patología y clínica del dicente se encontraban activas y objetivadas en virtud de la prueba de RMN realizada que se interpreta erróneamente "sin hallazgos" cuando evidenciaba la existencia del Meníngioma que ha generado el peregrinaje posterior del dicente por servicios médicos privados para constatar la patología ya presente en febrero de 2013 .

La dejación de la asistencia sanitaria por parte de los servicios públicos sanitarios supuso que la afectación neurológica avanzara sin control dando lugar a las crisis que fundamentaron su ingreso de urgencia para la intervención quirúrgica de fecha 11.03.15, debiendo soportar las complicaciones por infección postoperatoria, sin que se haya podido alcanzar la recuperación funcional plena del dicente, presentando secuelas sensitivas y motoras, con afectación además de la esfera psíquica, que han fundamentado su declaración en situación de IPA».

2. Asimismo, los antecedentes expuestos deben completarse con lo manifestado al respecto por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el día 18 de junio de 2018, en el que consta:

«1.- El 21-02-2013, al paciente se le realiza una RMN Craneal en el SCS. El resultado fue indicado como normal.

2.- En abril de 2013 fue valorado en consultas externas del Servicio de Neurología del HUGCDN. La exploración física resultó dentro de lo normal, y en la prueba de imagen no se visualizaron hallazgos significativos. Por todo ello se decide Alta y control por su Médico de Atención Primaria.

3.- Transcurrieron siete meses, y el 25-11-2014 el paciente se le realiza TAC Craneal -en el ámbito de la medicina privada, Clínica (...)-, en el que se informa de: Lesión extraaxial sugestiva de meningioma parietal derecho.

4.- El 15-12-2014 Atención Primaria de Salud efectúa una interconsulta a Neurocirugía - ante los hallazgos del TAC-, con carácter preferente.

5.- El 22-01-2015, el paciente firma el documento jurídico de Consentimiento Informado, para lesiones hemisféricas, y en esa misma fecha cursa ingreso en la lista de espera quirúrgica del Servicio de Neurocirugía del HUGCDN.

6.- El 11-03-2015 el paciente acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN, por presentar hemiparesia izquierda.

7.- El día 13-03-2015, es intervenido quirúrgicamente mediante técnica de craneotomía con resección del meningioma. Sin embargo, tiene lugar una complicación consistente en: Infección de la herida quirúrgica por E. Coli, lo que provocó un nuevo ingreso hospitalario con carácter urgente, en fecha: 07-04-2015.

8.- El 06-06-2017, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) resuelve aprobar pensión de Incapacidad Permanente en grado de ABSOLUTA derivada de enfermedad común.

9.- La situación del paciente es de: Arrastre del pie ocasional tras extirpación de meningioma, actualmente sin recidiva y sin alteración de la funcionalidad. Síntomas aislados en la esfera psíquica iniciando tratamiento en noviembre de 2016».

Además, con la finalidad de clarificar los hechos, es preciso reproducir lo que, acerca de los meningiomas afirma el SIP en este mismo informe:

«Los meningiomas son tumores derivados de las meninges, envolturas o capas que envuelven al cerebro y la médula espinal. El 90% de los meningiomas son benignos. Tumores de crecimiento muy lento que se desarrollan a lo largo de muchos años. Aunque su diagnóstico suele ser casual, al ser de crecimiento lento y no dar síntomas se cree que su prevalencia es superior a la que estiman los estudios epidemiológicos y situarse por encima del 1% en personas asintomáticas.

Los meningiomas pueden aparecer en cualquier parte de las meninges; el 90% de estos tumores son intracraneales y los restantes se localizan en el canal vertebral. Se limitan a las meninges, salvo en muy raras ocasiones en las que pueden llegar a invadir el cerebro. Por lo general, la mayoría de meningiomas no producen síntomas y en muchos casos se descubren al realizar una prueba de imagen diagnóstica por otro motivo, lo que hace su diagnóstico incidental o casual. En el caso de que se presenten síntomas, éstos tienen que ver con la zona en la que se localiza el meningioma, con su tamaño y con su ritmo de crecimiento. Crecen de forma muy lenta, incluso a lo largo de muchos años, desplazan el cerebro pero no lo suelen

invadir (extraparenquimatosos y expansivos) y, al ser de crecimiento muy lento, pueden llegar a alcanzar gran tamaño -el cerebro se va adaptando- sin dar síntomas clínicos».

III

1. El procedimiento comenzó mediante de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 28 de julio de 2017.

Posteriormente, después de haberse inadmitido inicialmente la reclamación, tal y como se expuso en el primer Fundamento de este Dictamen, y de haberse sustanciado el ya referido proceso contencioso-administrativo, que finalizó con la Sentencia firme 23/2019, de 29 de enero, dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo, núm. 4 de Las Palmas de Gran Canaria. El día 3 de abril de 2019, se dictó la Resolución núm. 849/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que en ejecución de Sentencia se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. El presente procedimiento cuenta, con dos informes del SIP, dos informes del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) y del Servicio de Urgencias de dicho Centro hospitalario. Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna, si bien se aportó un informe pericial, y se le otorgó al interesado el trámite de vista y audiencia, formulando alegaciones con fecha 10 de mayo de 2021.

3. El día 30 de abril de 2021 se emitió una nueva Propuesta de Resolución, tras ella consta el Borrador de la Resolución definitiva y el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, para finalmente emitirse el día 8 de julio de 2021 la Propuesta de Resolución definitiva.

4. 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 desestima la reclamación formulada por el interesado, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En el presente supuesto, el interesado reclama la responsabilidad patrimonial de la Administración al considerar que *« (...) se evidencia una inadecuada gestión de la sintomatología que presentaba (...) a principios de la anualidad 2013, por la que fue remitido al Servicio de Neurología del Hospital Doctor Negrín, y pese a los hallazgos evidenciados en la RMN craneal realizada en febrero 2013, no se adoptaron, en tiempo y forma, las medidas terapéuticas adecuadas a los efectos de preservar su integridad física, procediéndose por dicho servicio especializado a emitir el Alta cuando la patología y clínica del dicente se encontraban activas y objetivadas en virtud de la prueba de RMN realizada que se interpreta erróneamente "sin hallazgos" cuando evidenciaba la existencia del Meníngioma que ha generado el peregrinaje posterior del dicente por servicios médicos privados para constatar la patología ya presente en febrero de 2013 .*

La dejación de la asistencia sanitaria por parte de los servicios públicos sanitarios supuso que la afectación neurológica avanzara sin control dando lugar a las crisis que fundamentaron su ingreso de urgencia para la intervención quirúrgica de fecha 11.03.15, debiendo soportar las complicaciones por infección postoperatoria, sin que se haya podido alcanzar la recuperación funcional plena del dicente, presentando secuelas sensitivas y motoras, con afectación además de la esfera psíquica, que han fundamentado su declaración en situación de IPA».

En relación con estos hechos, el SIP concluye en su informe de 18 de junio de 2018 lo siguiente:

«1.- Existen muchos tipos de meningiomas cuyo apellido lo toman de la célula de la que derivan: lipoblásticos, angioblásticos, fibroblásticos, etc. Algunos cambian de aspecto, para mimetizarse con el tejido cerebral y pasar desapercibidos. También se esconden detrás de las paredes óseas -en este caso que analizamos, el parietal derecho- para hacer más difícil su detección. Todo ello puede despistar al Médico Radiólogo más experimentado y en general a cualquier Médico que observe una prueba de imagen.

2.- En fecha: 12 de febrero de 2011, el paciente sufrió un Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE), sin pérdida de conciencia por caída casual desde 2 metros de altura. Fue valorado en hospital con herida inciso contusa a nivel occipital, precisando 14 puntos de sutura. Deducimos en hipótesis que, como en cualquier TCE se practicaría TAC craneal; pero desde entonces viene padeciendo de vértigo y mareos posicionales.

En fecha: 15 de enero de 2013, de nuevo sufre un golpe con una señal de tráfico que tenía poca altura, en la zona lateral izquierda de la cabeza. Presentó un corte con herida contusa y mínima pérdida de epidermis que no precisó sutura. La exploración neurológica resultó dentro de lo normal.

3.- Con todo ello consideramos en hipótesis argumental que parte de las alteraciones neurológicas -referidas en el escrito de reclamación- pudieran derivarse de estos dos traumatismos en la cabeza, que de algún modo despistarían a los servicios asistenciales, toda vez que aquéllas podrían entremezclarse con la sintomatología que empezaría a surgir procedente del lento crecimiento (de años) del meningioma, que posteriormente se diagnosticaría en 2014. Por lo tanto de haber sido detectado cuando era muy pequeño (15mm) en la RMN de 21-01-2013 (la detección fue en 2014), con toda probabilidad habría sido postergada su cirugía con control vigilante del crecimiento (retraso intencionado) hasta que aumentase de tamaño, lo suficiente, para ser extirpado con éxito».

Por su lado, la perito de parte, (...), en su informe pericial de 4 de mayo de 2018 sostiene que *«Se desprende de la evaluación practicada y de toda la documentación médica aportada, que el Sr. (...), presenta las secuelas producidas por un meningioma y su complicación tardía más importante (encefalomalacia), tratado tardíamente, como consecuencia directa de un error de diagnóstico y que se traduce en:*

Hemiparesia izquierda

Bradipsiquia

Disartria leve

Apraxia (Pérdida de la capacidad de hacer tareas sencillas)

Asterognosia (pérdida del reconocimiento de los objetos mediante el tacto)

Alteraciones visuales

Alteraciones conductuales».

Asimismo, del expediente se ponen de manifiesto los siguientes hechos indubitados:

- Que en el mes de enero de 2013 el meningioma medía 1,5 cm y posteriormente el 25 de noviembre de 2014 ya tenía unas dimensiones de 4x3 cm.

- Que el interesado el 11 de marzo de 2015 acude al servicio de urgencias por crisis de hemiparesias izquierdas rápidamente progresivas, teniendo en ese momento el meningioma unas dimensiones de 5x4x3,2 cm, siendo intervenido de modo urgente el 13 de marzo de 2015, practicándosele craneotomía y resección de meningioma parietal derecho.

- Que en control radiológico practicado el 29 de marzo de 2017, se le detectó como secuela tardía una encefalomalacia.

Pues bien, a la vista de lo anterior, teniendo en cuenta que el propio informe del SIP concluye que, en caso de haberse diagnosticado el meningioma en el año 2013, la cirugía se habría postergado [con control vigilante del crecimiento (retraso intencionado)] hasta que aumentase de tamaño, lo suficiente, para ser extirpado con éxito, pero sin especificar a partir de que tamaño se haría precisa la cirugía, así como, existiendo consenso en la existencia de la secuela tardía de encefalomalacia, se hace preciso a este Organismo consultivo, para poder entrar en el fondo del asunto con todas las garantías, que se emita un informe por especialista en la materia, distinto de los actuantes, por el que se ilustre a este Organismo consultivo sobre los siguientes extremos: a) El tamaño a partir del cual un meningioma de las características del que padecía el reclamante (de rápido crecimiento) es operable. b) Si la secuela de encefalomalacia que padece el interesado es consecuencia de un diagnóstico tardío y, consecuentemente, una intervención quirúrgica tardía, o si, por el contrario, tal secuela es consecuencia natural de la intervención quirúrgica practicada. Extremo este de suma importancia, toda vez que consta en el historial médico/clínico del reclamante que ya presentaba hemiparesias en el momento inmediatamente anterior a la intervención quirúrgica, las cuales se han mantenido con posterioridad. Y, por último, c) Informe sobre si existe un mayor riesgo de padecer secuelas en función del tamaño del meningioma a extirpar, esto es, si las posibles secuelas de una intervención quirúrgica de un meningioma de 1,5 cm son menores que las de otro de 4 cm.

Procediendo, en consecuencia, a contestar en dichos informes de manera precisa y pormenorizada a las distintas cuestiones de fondo planteadas por este Consejo Consultivo, para así poder entrar en la cuestión de fondo con la información precisa para valorarla de forma correcta.

3. Así pues, una vez más, las circunstancias descritas anteriormente obligan a retrotraer el procedimiento para completar el expediente con la documentación omitida, y tras ello, dar nuevamente audiencia a la interesada.

Una vez cumplimentados los trámites anteriores, se formulará nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública, se entiende que no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV de este Dictamen.