Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 1 2 / 2 0 2 3

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de diciembre de 2023.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 480/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 4 de noviembre de 2019 a instancia de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante solicita una indemnización por importe de 160.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la 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 (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).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de

[*] **Ponente: Sra. Marrero Sánchez.**

Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...), pues ésta reclama por los daños sufridos en su esfera personal, por lo que ostenta la condición de interesada en el procedimiento [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.

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 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.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción (art. 67.1, párrafo primero LPACAP), toda vez que la reclamación se interpuso el día 4 de noviembre de 2019 respecto de unos daños personales cuya alta por curación tuvo lugar el día 10 de diciembre de 2018.

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños

causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, la reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO.- Con fecha10/10/2018, (...), de 24 años de edad en el momento de los hechos, y como consecuencia del embarazo que estaba gestando, ingresa en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria con motivo de finalizar la gestación y dar a luz a su primogénito.

Tras la monitorización oportuna, así como el seguimiento del mismo, se realiza preinducción de parto. Sin embargo, tras 8 cms de dilatación, y existiendo posible sufrimiento fetal, se indica cesárea urgente electiva intraparto por EPBF, dando a luz a su hija el día 13 de octubre de 2018 a las 05:02 h.

Días después, mientras continúa ingresada en el hospital, en teoría, recuperándose de la cesárea, su estado, lejos de mejorar, no deja de quejarse de dolor abdominal y empeora cada vez más con fuertes dolores abdominales, síntomas claros de infección, sin tolerar comida alguna, sin embargo, no es hasta cuatro días después de la intervención de cesárea, concretamente en fecha 17/10/2018, cuando por parte de los enfermeros que la asisten, se percatan de lo siguiente: zona caliente supuración de material fecaloideo por la herida quirúrgica, motivo por el cual se realiza, entre otras acciones, relaparotomía urgente por sospecha de perforación intestinal (laparotomía diagnóstica, la cual es, básicamente una intervención quirúrgica), como decimos, en fecha 17/10/2018, objetivándose "perforación intestinal y peritonitis fecaloide localizada en la pelvis. Pelvis bloqueada por plastrón inflamatorio- asas de intestino dilatadas. Asa de íleon distal a unos 80 cm de la válvula ileocecal completamente abierta y adherida firmemente al cierre de fascia".

Técnica: se realiza liberación del plastrón. Sección de 30 cm de intestino delgado con gia carga 60 dorada. Anastomosis latero-lateral mecánica con gia dorada de 60, con cierre de ojal con vicryl del 3/0 a 40 cm de la válvula ileocecal. Cierre del meso. Comprobación de hemostasia. Lavado abundante de la cavidad. Cierre de la fascia suprainfraumbilical con dos hebras de ethilon.

Se revisa región pélvica: útero no involucionado con fibrina en su cara anterior, región de histerorrafia sin sangrado activo, anejo izquierdo normal. No se visualiza anejo derecho, restotrompa englobado por peritoneo parietal. Se realizan abundantes lavados. Se intenta aproximación de plano muscular que presenta tejido friable por lo cual se dan puntos sueltos, no consiguiendo la aproximación adecuada de dicho plano muscular.

Se decide en conjunto con el servicio de cirugía colocación del sistema Renasys en región laparotómica transversa baja.

Sutura metálica e incisión laparotomía media suprainfraumbilical.

(Informe clínico de alta servicio de ginecología y obstetricia).

Tras ello, en fecha 20/10/2018 se realiza, nuevamente, relaparotomía, recambio de VAC de pared colocado previamente el día 17/10/2018, se coloca posteriormente VAC con forma de T invertida para cubrir la incisión de cesárea así como el tercio inferior de la laparotomía.

Así las cosas, unos días después, el día 24/10/2018, esto es, 12 días tras la cesárea y 8 días tras la primera intervención por perforación intestinal, se vuelve a observar salida de material purulento por encima del plano muscular y por debajo de fascia, realizándose otra nueva intervención el día 30/10.

Todo lo anterior, requiriendo de entradas constantes en quirófano (reintervenciones), así como de anestesia y numerosos recambios del VAC, perdiendo 20 kg durante el ingreso (ayunas por múltiples quirófanos).

Diagnóstico: cesárea RPBF, Perforación Intestinal, Peritonitis fecaloidea, resección intestino delgado y anastomosis latero-lateral.

Finalmente, el día 03/11/2018 se le da el alta respecto del Servicio de Ginecología u Obstetricia, con recomendaciones.

Posteriormente, en fecha 10/12/2018 acude a consulta con dolor abdominal, tras la cual, se le da el alta de dicho Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo con recomendaciones tales como Dieta, no realizar esfuerzos tipo abdominales hasta dos meses después de la cirugía y uso de faja abdominal.

SEGUNDO.- De las consecuencias de los hechos relatados.

Tal perforación ha provocado, entre otras cosas, una peritonitis fecaloidea, lo cual, como bien es conocido por todos, es muy grave pudiendo provocarle, incluso, la muerte por fallo orgánico múltiple.

(...)

Asimismo, las asas del intestino se encontraban inflamadas y pegadas lo que supone más intervenciones para despegarlas y no provocar obstrucciones del intestino, intervenciones presentes y, muy probablemente, futuras dadas las secuelas provocadas.

A mayor inri, no podemos olvidar que el motivo principal por el que (...) fue ingresada era dar a luz a su primera hija, a la cual no ha podido atender en ningún momento y que, aún a día de hoy, le resulta casi imposible hacerlo sin ayuda y con muchas limitaciones, NO es como debiera ser, por "culpa" de dicha negligencia médica.

No bastando con ello, la ahora reclamante se verá afectada por secuelas de diversa índole, entre las cuales se encontrarán, además de las estéticas (cicatrices que le recorren todo el estómago), dolores abdominales, problemas con la comida y la digestión de las

mismas, inflamación del intestino, así como, muy probablemente, que los mismos vuelvan a pegarse y requiera de más intervenciones quirúrgicas a largo plazo.

A mayor inri, y tratándose de una mujer joven de 25 años de edad (24 en el momento de los hechos), tal error ha extinguido completamente la posibilidad de otro embarazo, pues a pesar de que el útero pudiera parecer no estar afectado, lo cierto es que muy difícilmente se le podría realizar una nueva cesárea, no pudiendo arriesgarse a quedarse embarazada con dicha imposibilidad, eliminando así, su posibilidad de tener más hijos.

Puede determinar que estamos ante una pérdida de oportunidad derivada de una equivocada atención médica, en cuanto se vieron frustradas sus expectativas de ejercer de madre y de ampliar su familia con un nuevo embarazo.

Por otro lado, y nada lejos de la realidad que vivimos, debemos destacar que, como hemos mencionado, se trata de una mujer de 25 años de edad, la cual ha perdido toda la confianza y autoestima en sí misma, pues ahora tiene el estómago visualmente partido en diferentes secciones recorriéndole todo el mismo, las cuales no solo le afectan visualmente, sino también y de forma más grave si cabe, en la parte más íntima de su vida.

Tanto es así, que siendo (...) de religión musulmana, dicha negligencia y las consecuencias físicas de la misma, le han provocado el divorcio de su esposo, quedándose sola con su hija y sus nuevas circunstancias de vida.

Ha estado y estará impedida, puesto que a día de hoy hasta coger a su hija en brazos le es imposible, tiene dificultad total para realizar los quehaceres de la vida diaria, se ha convertido en un verdadero sacrificio, necesitando actualmente ayuda de otras personas para determinadas actividades de su vida diaria y, sobre todo, para con su hija, viviendo además con una dieta estricta, y requiriendo de una faja abdominal, dieta estricta y problemas intestinales.

(...)

TERCERO.- De la Responsabilidad de la Administración.

Los facultativos médicos no actuaron con el cuidado objetivamente debido pues, a pesar de las continuas manifestaciones de dolor de (...), no fue hasta cuatro días después de la intervención de cesárea, y con motivo del mal olor y la supuración de material fecaloideo por la herida quirúrgica que comienzan a plantearse una "perforación intestinal", provocándose, a mayor inri, una peritonitis aguda, habiendo corrido el riesgo grave de provocar un fallo orgánico múltiple.

De haberse advertido de la producción de una perforación intestinal durante la intervención de cesárea, podría haberse corregido la misma en ese mismo acto, evitando así las drásticas consecuencias que la negligencia ha provocado a mi mandante.

(...) ».

III

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

- Con fecha 4 de noviembre de 2019, (...) presenta reclamación de responsabilidad patrimonial en correos -recibida el 6 de noviembre de 2019 en el Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud- a fin de solicitar indemnización por los daños, presuntamente, derivados de la actuación del Servicio Canario de la Salud.

- Mediante Resolución de 8 de noviembre de 2019 de la Directora del Servicio Canario de la Salud se inadmite la reclamación al considerar prescrita la acción.

- El 5 de diciembre de 2019, la interesada interpone Recurso de Reposición contra la citada Resolución, que es estimado.

- Mediante Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud de 21 de enero de 2020, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica correspondiente y los informes preceptivos que sean pertinentes.

- Con fecha 19 de septiembre de 2023, el SIP, emite informe en el que se hace constar la siguiente sucesión de hechos:

«1. Paciente primigesta, con fecha de nacimiento el 14/03/1994. Antecedentes de una cirugía previa de quiste en ovario derecho por laparotomía, y de diabetes mellitus.

Llevaba controles de su gestación en consultas de patología obstétrica (CEPO), con aceptables controles glucémicos. Ingresa en el HUNSC el 10/10/2018, en la semana 37+6 de embarazo, por diabetes insulinodependiente, para finalización de la gestación.

2. En fecha 11/10/18 (con 24 años y 38 semanas de gestación), con un RCTG reactivo (indicativo de bienestar fetal) y sin dinámica uterina, se inicia preinducción y posterior inducción del parto, pero ante un RCTG desacelerativo y, ante un ph de calota fetal de 6,97 (riesgo de pérdida de bienestar fetal), el 13/10/18, se decide realizar cesárea de urgencias.

3. Se realiza cesárea urgente mediante laparotomía tipo Pfannestiel sobre cicatriz previa. La técnica ampliamente reconocida queda descrita detalladamente en la hoja quirúrgica. La cesárea transcurre sin incidencias, con la observación de que no se observa el anejo derecho (trompa-ovario de ese lado), probablemente por la intervención previa (la intervención referida sobre ovario derecho que consta en antecedentes personales).

4. Tras la cirugía de Cesárea, realizada el 13/10/18, en evolutivo de las horas siguientes consta: las constantes vitales son normales y la tolerancia oral adecuada. A la exploración del abdomen, se aprecia blando, depresible, con dolor difuso a la palpación (razonable luego de un parto mediante cesárea). Útero se describe bien contraído. Loquios (sangrado vaginal postparto) escasos y no malolientes.

5. En fecha 15/10/18 (2º día postcesárea), consta en evolutivo, las constantes vitales son normales. La tolerancia oral es adecuada. Diuresis es normal. Consta ha defecado y/o expulsado gases. El abdomen es blando, depresible, con dolor difuso a la palpación (lo razonable luego de una cirugía de abdomen), no hay evidencia de irritación peritoneal (nada sugiere que haya o pueda haber una peritonitis - perforación peritoneal).

La cicatriz de la laparotomía se describe con buen aspecto. Está con dieta fase III y sueroterapia de protocolo. Continúa con las recomendaciones de Endocrinología, con protocolo de diabetes mellitus pregestacional de insulina en sueros hasta que llegue a dieta 20 fase III. En ese momento tiene indicado suspender sueroterapia e iniciar Novomix (insulina en pluma precargada).

6. En evolutivo del día 16 (tercer día) no hay cambios significativos. Se sigue describiendo la tolerancia oral es adecuada (no se constatan náuseas ni vómitos). Diuresis normal, con presencia de defecación y/o expulsión de gases. El abdomen se sigue apreciando blando, depresible, con dolor difuso a la palpación profunda (lo propio tras una intervención abdominal, no siendo ello un hallazgo significativo), no hay signos de irritación peritoneal llámese peritonitis o perforación intestinal, es decir, no hay dolor a la descompresión abdominal, ni vientre en tabla, ni contractura muscular, ni ningún otro.

7. En los evolutivos tras la cesárea e informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, consta que el postoperatorio transcurre con normalidad, la paciente ingiere líquidos y progresa con la dieta los tres primeros días (tolerancia oral adecuada), sin fiebre ni malestar, ni dolor abdominal, y con herida quirúrgica con buen aspecto. No hay ninguna sintomatología ni constancia alguna en el seguimiento y examen físico de la paciente que sean indicativos de peritonitis ya fuera por obstrucción o por perforación de asas intestinales: la dieta por boca progresaba bien, consta la presencia de defecación y/o expulsión de gases, no había evidencia de dolor abdominal ni referido ni significativo a la exploración.

8. En evolutivo de fecha 17/10/18, se describe: ha sido valorada durante la guardia por borde de la herida quirúrgica indurada, caliente, con salida de material seroso. Se solicitó analítica de control y Rx abdominal, además de exudado de la herida quirúrgica.

Durante la guardia se había iniciado tratamiento antibiótico y actitud expectante. Ese día (cuarto día) tras la cirugía de cesárea, la paciente inicia cuadro de malestar general con evidencia de seroma de herida quirúrgica (acumulación de líquido en la herida quirúrgica). Al

realizar cura de herida quirúrgica se objetiva salida de material fecaloideo, lo que hace sospechar una perforación intestinal. Se trata con antibioterapia de amplio espectro, decidiéndose precisa cirugía urgente.

9. Se le realiza cirugía de urgencias (Servicio de Ginecología y de Cirugía) mediante laparotomía exploradora, realizándose incisión sobre cicatriz previa y ampliación a laparotomía media infrasupraumbilical. Se objetiva peritonitis fecaloidea y perforación intestinal. Se realiza resección y anastomosis laterolateral de intestino delgado. Lavado abundante de cavidad. Colocación de sistema VAC (cierre o apósito asistido por vacío - presión negativa para estimular la cicatrización), por perforación intestinal con peritonitis fecaloidea contenida.

10. En fecha 20/10/18, se le realiza recambio de VAC de pared colocado el día 17. Se realiza aproximación de fascia y se coloca VAC de pared con forma de T invertida para cubrir la incisión de cesárea, así como el tercio inferior de la laparotomía.

11. En fecha 24/10/18, se le realiza relaparotomía observando salida de material purulento de ángulo derecho entre fascia y plano muscular sin presentar apertura a cavidad abdominal. Se toman muestras para estudio. Se realiza Friedrich de TCS (con legra cortante). Cierre de fascia con puntos sueltos. Colocación de sistema VAC en pared abdominal (se dejan dos esponjas).

12. En fecha 27/10/18, se realiza limpieza de la herida, recambio y colocación de sistema de vacío tipo Renassys en herida quirúrgica, sin incidencias.

13. En un último procedimiento (30/10/18) se retira apósito de sistema de vacío tipo Renassys. Se describe herida quirúrgica abierta con buen aspecto. Fascia cerrada en toda su extensión. Se realiza Friederich (se refrescan los bordes de la herida) en borde de laparotomía media en tercio inferior. Se realiza aproximación y cierre de herida quirúrgica.

14. Durante su ingreso permaneció con cobertura antibiótica de amplio espectro (permaneciendo afebril) y terapia con hierro intravenoso. Tuvo seguimiento estrecho por el Servicio de Cirugía y por el Servicio de Endocrinología, con inicio de dieta progresiva y ajustes de insulina (paciente diabética). Dado evolución satisfactoria, estando afebril y con buen estado general se cursa su alta hospitalaria el 03/11/2018. Al alta se le dan las recomendaciones sobre controles, curas, tratamiento, y recomendaciones generales sobre entre otros aspectos la dieta, evitando comidas muy elaboradas, frituras en el primer mes y luego normal.

15. En consulta de Cirugía de fecha 10/12/2018, se describe la paciente tiene buen aspecto. Refiere dolor abdominal con los movimientos. Tolera dieta y el hábito intestinal está conservado. A la exploración las heridas quirúrgicas (cicatrices) están correctas sin signos de eventración o infección. Es dada de alta de consultas externas de Cirugía con las

recomendaciones de no realizar esfuerzos tipo abdominales hasta dos meses después de la cirugía, además de uso de faja abdominal.

16. En fecha 30/07/2019, según se describe en consulta de Cirugía, la paciente refiere no estar segura de por qué tiene la cita. No tiene dolor abdominal y tolera dieta. A la exploración se describe abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, herida bien cicatrizada sin signos de complicación ni de herniación».

Finalmente el SIP concluye:

«1.- Consta en historia clínica y hoja quirúrgica de la cesárea de urgencia realizada el 13/10/18, los protocolos, procedimientos y técnicas utilizadas detalladamente. No hay nada fuera de lo esperable, tampoco ninguna incidencia significativa.

2.- En los evolutivos tras la cesárea e informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, consta que el postoperatorio durante los tres primeros días transcurre con normalidad, la paciente ingiere líquidos y progresa con la dieta (tolerancia oral adecuada), sin fiebre ni malestar, ni dolor abdominal, constando además, presencia de defecación y/o expulsión de gases y herida quirúrgica con buen aspecto. No hay, como sostiene la reclamación, ninguna sintomatología ni ninguna constancia en el seguimiento y examen físico de la paciente que sean indicativos de peritonitis ya fuera por obstrucción o por perforación de asas intestinales: la dieta por boca progresaba bien, consta la presencia de defecación y/o expulsión de gases, no había evidencia de dolor abdominal ni referido ni significativo a la exploración.

3.- Dicha evolución en los tres primeros días de una cesárea realizada de urgencias trascurría según lo esperable: la tolerancia oral es adecuada (no se constatan náuseas ni vómitos). Diuresis normal, con presencia de defecación y/o expulsión de gases. El abdomen se sigue apreciando blando, depresible, con dolor difuso a la palpación profunda (lo propio tras una intervención abdominal mediante cesárea (no hay dolor referido ni dolor apreciable a la exploración, no hay signos de irritación peritoneal llámese peritonitis o perforación intestinal, es decir, no hay dolor a la descompresión abdominal, ni vientre en tabla, ni contractura muscular, ni ningún otro signo de alarma).

4.- Los síntomas y signos que indicaban la presencia de una complicación quedaron reflejados al cuarto día, que es cuando la paciente muestra malestar general y presencia durante la cura de la herida de líquido de apariencia fecaloidea. Según la historia clínica e informe del Servicio de Ginecología, la paciente quedó informada de dicha complicación y del tratamiento requerido. Desde el primer momento, estuvo con antibioterapia de amplio espectro y se le realizó de forma urgente cirugía de laparotomía abdominal (revisión de cavidad) tanto diagnóstica como terapéutica.

5.- Ante el diagnóstico de peritonitis se realizaron varias intervenciones de lavado abdominal y de recambio del sistema de apósito de presión negativa en quirófano, esto es lo indicado ante el diagnóstico de cualquier peritonitis y este fue el tratamiento seguido.

6.- Tal como como consta en el informe del Servicio de Ginecología, se considera, por la cronología de los hechos, que un asa intestinal se hernió a través de la pared abdominal y se estranguló, necrosándose después, hecho que es sumamente infrecuente pero que puede ocurrir en cualquier cirugía abdominal, y en su caso explica el buen estado de la paciente los primeros días, ya que la perforación ocurre lentamente.

7.- Asimismo, tal como consta en dicho informe, si bien es una complicación sumamente infrecuente pero grave, la misma no se puede prever ni prevenir, por lo que, lejos de observar que exista negligencia o mala práctica, consideramos en todo momento se le realizaron los cuidados, seguimiento, actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas, que llevaron a un rápido diagnóstico y un tratamiento temprano, lo que ha llevado a que se resolviera su caso de forma satisfactoria, sin que su vida peligrara en ningún momento».

- Con fecha 22 de septiembre de 2023, se dicta acuerdo probatorio y trámite de audiencia, admitiendo los medios propuestos por las partes. Transcurrido el plazo de 10 días conferido al efecto, la interesada no aporta escrito de alegaciones ni justificación o documentación alguna.

- Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, los Servicios Jurídicos emitirán informe preceptivo en materia de responsabilidad patrimonial, únicamente sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente.

Visto lo anterior, y centrándose la reclamación en los daños, presuntamente causados por mala praxis, cuestiones análogas han sido resueltas en diversos informes de la Asesoría Jurídica Departamental, entre otros AJS 123/17-C (ERP 46/15), que concluye: «*A la vista de la documentación obrante en el expediente, se considera ajustada a derecho la desestimación de la reclamación al no concurrir los presupuestos exigidos para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración pública, en este caso del Servicio Canario de Salud, toda vez que no existe evidencia de la antijuridicidad del daño por el que se reclama, por lo que no es preciso la petición de nuevo informe al respecto (...) . La conclusión a la que llega el Servicio de Inspección tras el estudio de toda la documentación médica de la paciente y del informe del servicio de las especialidades descritas, se comparten por estos Servicios Jurídicos, al considerar que ni los daños ni las secuelas devienen de una infracción de la lex artis*».

- Con fecha 11 de octubre de 2023 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que en el supuesto examinado no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de

enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en el hecho de haber sufrido una perforación intestinal no advertida por los médicos, lo que le provocó -por retraso en el diagnóstico- una peritonitis fecaloidea, resección del intestino delgado y anastomosis latero-lateral.

Ahora bien, en el presente expediente no ha quedado acreditado a través de medio probatorio alguno, que la indicada perforación fuera consecuencia de la cesárea. En este sentido, tanto la historia clínica como los informes médicos obrantes en el expediente, indican que durante los tres primeros días posteriores a la cesárea, la evolución de la reclamante transcurría según lo esperable: la tolerancia oral era adecuada (no se constataron náuseas ni vómitos); diuresis normal, con presencia de defecación y/o expulsión de gases; el abdomen se apreciaba blando, depresible, con dolor difuso a la palpación profunda (lo propio tras una intervención abdominal mediante cesárea); no había dolor referido ni dolor apreciable a la exploración; no habían signos de irritación peritoneal, llámese peritonitis o perforación intestinal, es decir, no había dolor a la descompresión abdominal, ni vientre en tabla, ni contractura muscular, ni ningún otro signo de alarma. Los síntomas y signos que indicaban la presencia de una complicación quedaron reflejados al cuarto día, que es cuando la paciente muestra malestar general y presencia durante la cura de la herida de líquido de apariencia fecaloidea.

Además, durante todo el posparto fue atendida adecuadamente, quedando informada de dicha complicación y del tratamiento requerido. Así, consta igualmente en la documental obrante en el expediente que, desde el primer momento, estuvo con antibioterapia de amplio espectro y se le realizó de forma urgente cirugía de laparotomía abdominal (revisión de cavidad) tanto diagnóstica como terapéutica.

Posteriormente, ante el diagnóstico de peritonitis, se realizaron varias intervenciones de lavado abdominal y de recambio del sistema de apósito de presión

negativa en quirófano, actuación indicada ante el diagnóstico de cualquier peritonitis, siendo este el tratamiento seguido.

Asimismo, tanto el Servicio de Ginecología como el SIP consideran, por la cronología de los hechos, que un asa intestinal se hernió a través de la pared abdominal y se estranguló, necrosándose después, hecho que es sumamente infrecuente pero que puede ocurrir en cualquier cirugía abdominal, y en su caso explica el buen estado de la paciente los primeros días, ya que la perforación ocurre lentamente.

En definitiva, teniendo en cuenta que, por una parte, la interesada no han aportado medio de prueba alguno con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueven (arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC), esto es, que la perforación intestinal fuera consecuencia de la cesárea; y que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se considera que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.