Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de febrero de 2024.

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. 29/2024 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, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado 12 de abril de 2021, por (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

2. Si bien no se cuantifica la indemnización reclamada, de estimarse sería superior a los 6.000 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; 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;

[*] **Ponente: Sr. Suay Rincón.**

así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no es extemporánea de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado dicho plazo, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 SCS 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. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión de parecer de este Consejo Consultivo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. Los hechos por los que se reclama, según la interesada, sucedieron el 1 de marzo de 2021 cuando la interesada fue atendida por la Unidad de Endometriosis del CHUIMI donde se le aconsejó la colocación de un DIU por la endometriosis que padecía. Tras varios intentos tanto por *«el aprendiz»* como por la doctora que la atendió, no fue posible la inserción, ocasionándole mucho dolor y sangrado a pesar de la negativa de la reclamante a que se insistiese en colocárselo. Reclama por los daños ocasionados como consecuencia de la deficiente atención prestada en la visita realizada.

2. Admitida la reclamación, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) informa con fecha 30 de octubre de 2023 lo que sigue:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

1.- En historial de salud de Atención Primaria (AP) de la paciente, con fecha de nacimiento 14/06/1983, constan antecedentes, a destacar, de migraña, estudio en

Neurología del CHUIMI por Crisis focales (epileptiformes) con alteración de consciencia para lo que se indicó tratamiento (en evolutivo de consultas de Neurología de 05/12/18, refiere estar muy ansiosa, tener muchos problemas. En consulta de fecha 14/11/19: refiere se siente estresada y toma bromazepam para dormir, tiene muchos atracones con ansiedad y llega a vomitar de lo mucho que come. En consulta de 16/12/19, refiere ansiedad, insomnio). A partir de 2019 sin crisis, según refiere la paciente y queda recogido en historial clínico. Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad (TDAH), en tratamiento. Tratamiento de forma intermitente con psicotrópicos (ansiolítico, antidepresivo). Dolor lumbociático irradiado a pierna derecha de varios meses de evolución según consulta de Atención Primaria de fecha 30/04/21.

2.- La paciente de 37 años, con historia de G2P1A1 (dos gestaciones, un parto, y un aborto), es valorada por primera vez en consulta específica de Endometriosis en fecha 01/03/21 (derivada de consulta de Ginecología), con diagnóstico de endometriosis ovárica bilateral sintomática. Refería dolor pélvico crónico de un año de evolución con empeoramiento de forma progresiva en este último año, dismenorrea (dolor en período menstrual) de intensidad 9/10 y dispareunia (dolor en relación con las relaciones sexuales) de intensidad 8/10. Ciclos menstruales 6/28 en cantidad abundante.

3.- Previo a esta consulta ya se le había realizado Ecografía específica en la Unidad de Endometriosis, con los siguientes hallazgos:

Ecografía vía transvaginal con preparación intestinal: Útero con tendencia natural a la anteversión que presenta el fondo uterino fijo a cara posterior de pelvis, lo que le confiere morfología de signo de interrogación. Histerometría de 92x59x65 mm. Endometrio de 11 mm de grosor.

Presenta signos sugestivos de adenomiosis difusa de predominio en cara posterior: engrosamiento asimétrico de miometrio (contomo de borde posterior de útero, aspecto irregular), con islas hiperecoicas, vascularización translesional y líneas subendometriales. Área sugestiva de adenomioma de 19x19 mm en cara posterior, coincidiendo con la zona de mayor fijación de ovarios a útero.

Compartimento anterior: pared vesical de aspecto normal, imagen de uréteres de aspecto normal. Signo de deslizamiento positivo con útero.

Ovario izquierdo: en Douglas, 35x27x3L mm, aspecto normal, múltiples folículos antrales. Se encuentra fírmemente adherido a cara posterolateral derecha uterina, Douglas y recto (signo de deslizamiento negativo).

Ovario derecho: en Douglas, formación compatible con endometrioma, de 55x45x59 mm. Se encuentra firmemente adherido a cara posterolateral izquierda uterina, Douglas y recto (signo de deslizamiento negativo).

Se objetiva imagen de tejido ovárico sano abundante.

La coalescencia de útero, ambos ovarios en Douglas (imagen de ovarios gemelos) y recto, confieren imagen de pelvis bloqueada, con signos de deslizamiento negativo bilateral en Douglas.

Compartimento posterior; es factible en esta paciente el mapeo rectal desde margen anal hasta sigma.

A unos 11 cm de margen anal, se objetiva un nódulo de endometriosis infiltrante profunda, mide 18x12 mm hipoecogénico y espiculado, localizado entre cara posterior uterina y ovario derecho.

Afecta a serosa y muscular de pared rectal, sin implicar la luz.

Se introduce gel en vagina en dedo de guante, explorando tabique rectovaginal y uterosacros, evidenciando la irregularidad de cara posterior y área de istmo y cérvix pero sin apreciar infiltración.

JD: Endometriosis con bloqueo pélvico entre ambos ovarios, cara posterior de útero y recto. Adenomiosis.

4.- En exploración ginecológica, se describe el abdomen es blando y depresible, con molestias a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, no signos de irritación peritoneal. Genitales externos normales, vagina normal, cérvix eritroplásico. Tacto bimanual: útero móvil y tamaño normal. Anejo derecho no engrosado. Anejo izquierdo impresiona de estar engrosado.

5.- Se le realiza ecografía transvaginal resultando útero en AVF signo de interrogación. Histerometría de 77x67x70mm. Endometrio secretor de l0mm. Anejo izquierdo normal.

Dependiente de anejo derecho adherido a cara posterior de fondo uterino se objetiva formación bilobulada de 67x45x60 mm, contenido heterogéneo, doppler score l, que impresiona de endometrioma. En área útero sacra se objetiva formación compatible con nódulo endometriósico.

6.- El diagnóstico es Endometriosis ovárica derecha en paciente sin tratamiento previo. Según se describe en historia clínica e informe de Ginecología, tras informar de opciones terapéuticas se aconseja como primera medida de tratamiento la inserción de DIU con LNG (dispositivo intrauterino con sistema liberador de hormona levonorgestrel), que la paciente acepta. Tras varios intentos no se consigue la inserción, por lo que se propone tratamiento con gestágenos orales (Slinda) y dar cita de seguimiento en la Consulta Específica de Endometriosis para evaluar resultado del tratamiento, y en caso de no ser satisfactorio proponer cirugía, es decir, 6 meses de tratamiento en paciente que hasta la fecha no tenía ninguno y tras ese período si la evolución no es favorable, se indicaría cirugía.

7.- En fecha 04/03/21-19/03/21, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal leve sin alteración de constantes. Se le realizó exploración ginecológica y ecografía transvaginal, descartándose patología urgente de origen ginecológico. Se le dieron las recomendaciones sobre analgesia y sobre seguimiento, como ya tenía, por Ginecología. Se le recomendó continuar con el tratamiento hormonal oral Slinda (drospirenona), como ya tenía indicado. También acude el 12/04/21, por dolor abdominal moderado y sangrado menor que regla de inicio hace unas horas. Se le examina por ginecología, incluido ecografía transvaginal, descartándose igualmente patología urgente de origen ginecológico, por lo que se ajusta tratamiento analgésico, se le aconseja continuar con pauta de gestágenos (hormonal) en pauta continua y acudir a las citas previstas en Unidad de Endometriosis (17/05 y 06/09/21).

8.- En consulta de seguimiento de Ginecología (no en la Unidad de Endometriosis en la que había sido valorada hacía menos de un mes) es vista en fecha 23/03/21. Dado diagnóstico se le indica seguir con tratamiento indicado y seguimiento por dicha Unidad. La paciente manifiesta que no desea seguimiento en la Unidad de Endometriosis y que desea su expediente para iniciar seguimiento en Barcelona, tras consultar con otros médicos privados, por ello, se le indica acudir a realizar dicha gestión (solicitud de expediente) a Atención al Paciente.

9.- En fecha 07/04/21, la paciente, remitida desde la Subdirección Médica, es atendida por Dra. (...). En ese momento la paciente cataloga la consulta que tuvo en La Unidad de Endometriosis, como de mala experiencia, y además solicita traslado a otro centro, en concreto el Hospital (...) (Dr. (…)), para que traten su patología.

10.- En dicha entrevista, una vez se conocen los datos en historia clínica de la consulta anterior, se le explica a la paciente la no pertinencia del traslado que solicita, porque la Unidad del CHUIMI, es una Unidad específica con experiencia y capacidad para manejar su patología. La paciente insiste en solicitar el traslado y me indica que hará las gestiones que estén en su mano para ello. A la paciente se le explicó pormenorizadamente que dicho centro no traslada pacientes con endometriosis a otros centros para que las traten porque allí cuentan con cualificación y autonomía para tratar estos casos, también se le explica que aparte de la Dra. (...) existen otros facultativos como integrantes del equipo médico y que se cuenta con el apoyo de Cirugía General y Urología en los casos en que es necesario. A pesar de todo esto a la paciente se le gestiona nueva cita en consulta de endometriosis, que queda agendada para el día 17/05/21, con la Dra. (…).

11.- En consulta específica de endometriosis de fecha 17/05/21 (poco más de un par de meses de iniciado el tratamiento con gestágenos), tras anamnesis y exploración ginecológica con ecografía transvaginal, se discuten beneficios y perjuicios decidiendo de acuerdo con la paciente, la posibilidad de realizar histerectomía y anexectomía del anejo más afectado. Se deriva la paciente a una primera valoración por Cirugía General de cara a un tratamiento

quirúrgico. Se le indica continuar tratamiento con gestágenos y se le solicita analítica de control dado que la paciente manifiesta que en última analítica realizada las transaminasas estaban alteradas.

12.- Dado que la paciente había solicitado segunda opinión médica, se canalizó su traslado dentro del S.C.S al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria (HUNSC). En consulta en fecha 14/07/21, tras anamnesis y exploración se le solicita la realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y colonoscopia. Se modifica tratamiento farmacológico (hormonal) de la endometriosis, pautándose Zafril (dienogest).

13.- En consulta de Ginecología en HUNSC de fecha 08/09/21, a la que acude a valorar las pruebas indicadas, se le explican y se le entregan los resultados de dichas pruebas. En colonoscopia: sin lesiones colónicas, con discreta disminución del calibre de la luz a 11-12 cm del margen anal, que podría corresponder con afectación externa por endometriosis, con paso del endoscopio sin dificultad y con mucosa indemne. En RMN endometriosis ovárica probablemente bilateral, con endometrioma de 3,5 cm en ovario derecho. Foco de endometriosis profunda en espacio retrouterino. La paciente piensa en la cirugía, se le explica que es una cirugía muy radical, que los ovarios están sanos y los endometriomas son mínimos. Se decide continuar tratamiento con gestágeno y decisión quirúrgica en 6 meses tras control ecográfico.

14.- Si bien la paciente ya estaba derivada desde Ginecología (Unidad de endometriosis) a Cirugía general para una primera valoración de cara a cirugía, la paciente optó en su libre elección por tratamiento (como se conocía ella quería y quedó anotado en la historia clínica los días 23/03/21 -consulta de Ginecología y el 07/04/21 -Dra. (...) -Unidad de Endometriosis del CHUIMI) quirúrgico en el Hospital Universitario (...). Cirugía que fue realizada el 21/02/22.

15.- Con posterioridad a la cirugía, es vista en Consultas de Ginecología del CHUIMI, en dicha consulta consta que la paciente que era seguida en la Unidad de Endometriosis de dicho centro, y que había rechazado cirugía por parte de dicha Unidad, acudía ahora por presentar dispareunia (dolor genital en relación con la actividad sexual) crónica. Tras la exploración ginecológica y ecográfica con el diagnóstico de dispareunia crónica se le deriva a rehabilitación de suelo pélvico.

CONCLUSIONES

1.- La endometriosis es una patología ginecológica crónica, dependiente de estrógeno, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo, fuera del útero (ectópico), usualmente acompañado de fibrosis. Este proceso, induce una reacción inflamatoria crónica cuyas manifestaciones clínicas son variables e impredecibles tanto en su presentación como en su curso (con frecuencia suele asociarse a dolor abdominal intenso y a esterilidad).

2.- Dado que se trata de una enfermedad crónica requiere de un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de maximizar el tratamiento médico y evitar los procedimientos quirúrgicos repetidos, siendo los objetivos a corto plazo mejorar el dolor y preservar las funciones reproductivas (a la vez que hormonales, evitando en lo posible una menopausia precoz y sus consecuencias desfavorables -alteraciones óseas, urinarias, osteoporosis, de la piel, la libido, el sueño (...)) en mujeres que lo deseen y, a largo plazo, el objetivo debe centrarse en intentar prevenir la progresión o la recurrencia de la enfermedad. En el caso de la endometriosis las tasas de recurrencia son altas después de cualquier tratamiento ya sea médico o quirúrgico.

3.- Dentro del tratamiento médico de la endometriosis, se consideran de primera línea el DIU con levonorgestrel (hormonal) y los preparados hormonales, teniendo estos un efecto antiproliferativo sobre el tejido endometrial, dando lugar a una decidualización inicial del endometrio seguido de su atrofia, teniendo el primero (DIU) una especial eficacia en caso de implantes en los ligamentos uterosacros o rectovaginal pues los impregna por acción de cercanía, con pocos efectos a nivel metabólico general, es decir, en casos como el de esta paciente con bloqueo pélvico posterior y adenomiosis, el tratamiento con el DIU hormonal como tratamiento de primera elección era adecuado, seguido del tratamiento hormonal, una vez no se pudo insertar el DIU. Asimismo, destacamos que cualquier tratamiento ya sea médico o quirúrgico tiene implícito sus efectos secundarios y son indicados cuando en la relación riesgo/beneficio pesa más este último.

4.- Tal como se recoge en el informe del Servicio de Ginecología, en una paciente con endometriosis sintomática, como es su caso, inicialmente el tratamiento de elección es médico, reservándose el tratamiento quirúrgico para el fracaso del tratamiento médico del dolor y ante masas anexiales de tamaño significativo (por lo general mayores de 7 cm) o presencia de afectación grave de otras estructuras adyacentes (uréteres, intestino (...)), siendo esta una cirugía compleja que debe realizarse de forma programada, con la preparación adecuada de la paciente y del equipo quirúrgico (Ginecología, Cirugía y, Urología en caso necesario). Consta en dicho informe que las indicaciones para cirugía urgente, no diferible, en paciente con endometriosis, serían: crecimiento rápido de endometriomas ováricos en escaso margen de tiempo, presencia de imágenes atípicas que hicieran pensar en una malignización del proceso, abdomen agudo secundario a la rotura de quiste endometriósico/ sobreinfección del mismo o sospecha de perforación intestinal. Según su historia clínica e informe de Ginecología, la paciente no se encontraba en ninguna de estas situaciones, por tanto en ningún caso hubo indicación para realizar cirugía urgente.

5.- El CHUIMI cuenta con una Unidad de endometriosis, con más de 10 años de experiencia, con especialistas destinados a tratar casos de endometriosis profunda moderada y severa, que son los que manejan el seguimiento de las pacientes con esta patología, y su tratamiento tanto médico como quirúrgico. Por tanto, La Unidad, dispone de profesionales

con las herramientas para valorar el tratamiento idóneo y la prioridad de cada caso; contando con especialistas con experiencia clínica, habituados a este tipo de patología, sus síntomas y signos, los hallazgos de la exploración clínica, así como los datos aportados por pruebas de imagen especializadas como es la ecografía específica transvaginal con preparación intestinal, realizada por ecografista experto, capaz de dar tanta información como una Resonancia Magnética Nuclear.

6.- En la primera consulta en la Unidad específica para endometriosis, a la paciente se le realizó una anamnesis y exploración ginecológica y ecográfica adecuadas por facultativa experta en esta materia. A continuación se le explicó la naturaleza de su patología y se le planteó la colación de DIU hormonal, para lo cual la paciente estaba de acuerdo. La colocación de dicho dispositivo es un acto sencillo y frecuente en la consulta de Ginecología que no se puede realizar sin la colaboración de la paciente, lo que nos lleva a considerar que si bien le resultara molesto o incluso doloroso, algo que es subjetivo, estaba realizado con su aprobación y colaboración.

7.- La endometriosis, en su caso, fue tratada desde su diagnóstico, inicialmente con tratamiento hormonal oral, dado que no fue posible la implantación de DIU hormonal, con vistas a valorar su evolución tanto clínica como por imagen, y luego de ello en un período que se planteó corto, en unos 6 meses, plantear la intervención quirúrgica de no responder favorablemente al tratamiento farmacológico hormonal indicado. Incluso, antes de los 6 meses, en consulta de fecha 17/05/21, se habló de la posibilidad de cirugía, discutiéndose los riesgos y los beneficios, y solicitándose una primera valoración a Cirugía General, de cara a un tratamiento quirúrgico. Es decir, se había iniciado adecuadamente el tratamiento médico de primera elección, además de iniciar los pasos adecuados de forma programada, en previsión de una posible intervención quirúrgica.

8.- En su caso, ante su petición de segunda opinión médica, dado que es un procedimiento que tiene unos cauces y protocolos, estos se le indicaron a la paciente, y la misma tuvo dicha consulta de segunda opinión en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, cuyos resultados como puede verse en las notas clínicas concluyen igualmente conque la paciente inicialmente y antes de plantearse un tratamiento quirúrgico debía tener tratamiento médico conservador como primer escalón terapéutico, al igual que se le había indicado en la Unidad de Endometriosis del CHUIMI.

9.- Pero, como queda constancia en la historia clínica, la paciente lo que quería, en realidad, era ser derivada para que se le realizara intervención quirúrgica de la endometriosis en el Hospital Universitario (...), de lo cual queda constancia en la historia clínica los días 23/03/21 -consulta de Ginecología y, el 07/04/21 -Dra. (…) -Unidad de Endometriosis del CHUIMI.

10.- Con respecto a este punto, en la Instrucción 1/2009, del Director del Servicio Canario de la Salud (SCS), por la que se regula el procedimiento para la derivación de

pacientes del SCS a centros de fuera del ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, así como su adaptación al Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO), en su Instrucción Segunda, se expresa que, "la derivación de pacientes se llevará a cabo en aquellos casos en que sea necesaria una atención sanitaria diagnóstica y/o terapéutica que no se pueda prestar en los Centros Hospitalarios del Servicio Canario de la Salud"

11.- Por tanto, existiendo una Unidad de Endometriosis en el CHUIMI, su hospital de referencia, ubicado en la Comunidad Canaria (en su entorno), con amplia experiencia, medios y personal cualificado, entre los que se encuentran, no uno, sino tres Ginecólogos/as (la paciente tuvo la opción de elegir), además de otros profesionales (cirujano, urólogo de apoyo y ecografista especializado), ateniéndonos a la citada normativa vigente, y tal como se le explicó a la paciente no procedía su derivación a otro centro ajeno al SCS.

12.- En definitiva, consideramos se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos, en un proceso de enfermedad considerado como crónico, que requiere de un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo, con la intención de prevenir la progresión o la recurrencia de la enfermedad.

13.- Se emite informe desfavorable».

3. Mediante Resolución 279/2023, de 22 de mayo, de la Secretaría General del SCS, se acuerda la remisión del expediente al Juzgado de lo Contencioso n.º 3 del expediente administrativo al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

4. Abierto periodo probatorio y trámite de audiencia, la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que reitera la mala atención dispensada pues se le denegó el traslado a Barcelona para ser tratada de sus dolencias, se le ocasionó mucho dolor al intentar insertar el DIU y que el tratamiento propuesto por el SCS no era el adecuado.

5. A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todas, en el reciente 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- requisito indispensable 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).

Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, su Sentencia 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».*

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la mala atención dispensada pues se le denegó el traslado a Barcelona para ser tratada de sus dolencias, se le ocasionó mucho dolor al intentar

insertar el DIU y que el tratamiento propuesto por el Servicio Canario de la Salud no era el adecuado.

A) Sin embargo, ha de señalarse, en primer lugar, respecto a estas dos últimas alegaciones, que no cabe establecer la existencia de una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la «*lex artis*». Y sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir la responsabilidad patrimonial de la Administración.

La interesada no aporta a este respecto material probatorio alguno; mientras que, por el contrario, la Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante.

Así, siendo la endometriosis una patología ginecológica crónica, dependiente de estrógeno, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo, fuera del útero (ectópico), usualmente acompañado de fibrosis, induce una reacción inflamatoria crónica cuyas manifestaciones clínicas son variables e impredecibles tanto en su presentación como en su curso (con frecuencia suele asociarse a dolor abdominal intenso y a esterilidad).

Dentro del tratamiento médico de la endometriosis, se consideran de primera línea el DIU con levonorgestrel (hormonal) y los preparados hormonales, teniendo estos un efectos antiproliferativo sobre el tejido endometrial, dando lugar a una decidualización inicial del endometrio seguido de su atrofia, teniendo el primero (DIU) una especial eficacia en caso de implantes en los ligamentos uterosacros o rectovaginal pues los impregna por acción de cercanía, con pocos efectos a nivel metabólico general, es decir, en casos como el de esta paciente con bloqueo pélvico posterior y adenomiosis, el tratamiento con el DIU hormonal como tratamiento de primera elección era adecuado, seguido del tratamiento hormonal, al no poderse insertar el DIU. Asimismo, destacamos que cualquier tratamiento ya sea médico o quirúrgico tiene implícito sus efectos secundarios y son indicados cuando en la relación riesgo/beneficio pesa más este último.

Tal como se recoge en el informe del Servicio de Ginecología, en una paciente con endometriosis sintomática, como es su caso, inicialmente el tratamiento de

elección es médico, reservándose el tratamiento quirúrgico para el fracaso del tratamiento médico del dolor y ante masas anexiales de tamaño significativo (por lo general mayores de 7 cm) o presencia de afectación grave de otras estructuras adyacentes (uréteres, intestino (...)), siendo esta una cirugía compleja que debe realizarse de forma programada, con la preparación adecuada de la paciente y del equipo quirúrgico (Ginecología, Cirugía y, Urología en caso necesario).

Consta en dicho informe que las indicaciones para cirugía urgente, no diferible, en paciente con endometriosis, serían: crecimiento rápido de endometriomas ováricos en escaso margen de tiempo, presenciade imágenes atípicas que hicieran pensar en una malignización del proceso, abdomen agudo secundario a la rotura de quiste endometriósico/sobreinfección del mismo o sospecha de perforación intestinal. Según su historia clínica e informe de Ginecología, la paciente no se encontraba en ninguna de estas situaciones, por tanto en ningún caso hubo indicación para realizar cirugía urgente.

En suma, en tratamiento era el adecuado y en cualquier intervención física hay riesgo de dolor. La interesada accedió a ello. No hay evidencia de mala praxis.

B) En cuanto a que se le denegó el traslado a Barcelona para ser tratada de sus dolencias, concretamente al Hospital (...), para ser tratada de la endometriosis que padecía, la Propuesta de Resolución señala que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en su art. 2.4 que: «*Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione*».

En el presente supuesto, tal y como se le comunica a la paciente, no es procedente el traslado a otro centro pues la Unidad de endometriosis del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI dispone de la cualificación, preparación y autonomía suficiente para tratar dicha patología.

Al respeto, es de destacar que la Unidad de endometriosis se inició en el año 2010, desde entonces hasta ahora ha ido creciendo en actividad y capacitación, incorporando al equipo de tres ginecólogos, un cirujano general, apoyo de urólogo y ecografista especializado, con una consulta semanal destinada a la valoración, tratamiento y seguimiento de estas pacientes con endometriosis más complicada.

Existe un quirófano semanal para el tratamiento quirúrgico de las pacientes con endometriosis que así lo precisen. En este quirófano operan los ginecólogos de la Unidad de endometriosis en conjunto con cirugía general o urología cuando así lo requiere el caso.

El número de primeras visitas atendidas en la Unidad de endometriosis del Servicio es anualmente de 130 aproximadamente y el número de visitas sucesivas de 400. El número de cirugías anuales de pacientes con endometriosis moderada severa es aproximadamente 40-50. En el 20-25% de estas cirugías participa junto a Ginecología un facultativo de Cirugía General.

Ateniéndonos a lo recogido en la Instrucción n.º 1/09 del Director del SCS, por la que se regula el procedimiento para la derivación de pacientes del SCS a centros de fuera del ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, así como su adaptación al sistema de información del fondo de cohesión, se considera condición para la derivación lo siguiente: «*La derivación de pacientes se llevará a cabo en aquellos casos en que sea necesaria una atención sanitaria diagnostica y/o terapéutica que no se pueda prestar en los centros hospitalarios del Servicio Canario de la Salud*».

Tal y como se ha descrito, y tal y como ya se le explicó directamente a la paciente, el Servicio dispone de personal cualificado y medios para atender la patología que afecta a esta paciente, por lo que a tenor de lo que recoge la instrucción citada no procede su derivación a otro centro.

Si bien la paciente ya estaba derivada desde Ginecología (Unidad de endometriosis) a Cirugía general para una primera valoración de cara a cirugía, optó en su libre elección, por tratamiento quirúrgico en el Hospital Universitario (...) (tal y como manifestó y quedó anotado en la historia clínica los días 23 de marzo de 2021 -consulta de Ginecología y el 7 de abril de 2021 -Dra. (…) -Unidad de Endometriosis del CHUIMI). Cirugía que fue realizada el 21 de febrero de 2022.

Es evidente que si no se accedió al desplazamiento que solicitaba la reclamante fue porque se tenía equipo y experiencia suficiente para atender su patología en los centros dependientes del SCS.

3. En consecuencia, en el caso que nos ocupa, este Consejo Consultivo aprecia, de acuerdo con lo obrante en el expediente, que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos, en un proceso de enfermedad considerado como crónico, que requiere de un plan de tratamiento y

seguimiento a largo plazo, con la intención de prevenir la progresión o la recurrencia de la enfermedad.

Es por ello que, no habiendo aportado la reclamante elemento probatorio alguno, no solo no se aprecia mala praxis en la atención sanitaria dispensada sino que se ha acreditado, por el contrario, que ha recibido una asistencia adecuada a la «*lex artis ad hoc*», proporcionándole todos los tratamientos posibles para paliar y corregir su dolencia.

De todo lo anterior se desprende que la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la «*lex artis*» impide el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.