



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **46/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de marzo de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 20 de mayo de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **106/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de febrero de 2009, x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida del sistema sanitario público regional. Según la reclamante los hechos ocurrieron del siguiente modo:

1. Con fecha 6 de agosto de 2007 acudió al Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM) en Murcia, con el fin de ser operada de hemorroides internas. En esa primera consulta el Dr. x. le comentó que la operación era sencilla, existiendo dos técnicas, aconsejándole la de Longo, ya que el postoperatorio era de tan sólo dos horas. Alega que en ningún momento fue informada del riesgo de la intervención, ni de las secuelas, ni dio su consentimiento a dicha intervención.

2. El día 6 de noviembre de 2007 es intervenida mediante la técnica de Longo, permaneciendo ingresada 24 horas y teniendo que ser tratada del intenso dolor que sufría. Durante el postoperatorio tuvo que acudir en varias ocasiones a consulta por las continuas molestias padecidas.

3. El día 6 de enero de 2008 acude al Servicio de Urgencias del HUMM aquejada de fiebre y dolor en la zona operada por lo que le tomaron muestras de sangre para ser analizada. Al día siguiente fue reconocida por el Dr. x, con resultado normal.

4. El siguiente día 25 vuelve a la consulta con dolor, fiebre y otras molestias en la zona operada. Los profesionales le recomiendan proceder a una nueva intervención quirúrgica para retirar el anillo implantado, pero sin darle garantías de éxito. La paciente decide no someterse a la operación, pues, según dice, no fue informada de la técnica, de las contraindicaciones y del origen de las dolencias que padecía después de dos meses.

5. El día 26 de enero de 2008 acude a la Consulta del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid, donde se le practica una colonoscopia previa a la intervención quirúrgica de hemorroidectomía y esfínterectomía colónica asociada. En la colonoscopia se detectan dos formaciones granulomatosas y se le interviene extirpándole dos pólipos.

6. Como consecuencia de esta intervención, realizada en la medicina privada, experimentó una gran mejoría, pero las molestias aún persisten, por lo que se encuentra pendiente de ser valorada por la unidad del dolor de dicho hospital.

7. Desde el día 4 de febrero de 2008 se encuentra de baja laboral por las secuelas de la intervención quirúrgica que le practicaron el día 6 de noviembre de 2007 en el HUMM. En el momento de presentar la reclamación se encontraba pendiente de valoración para continuar en situación de ILT o iniciar expediente para obtener la declaración de incapacidad permanente.

Considera la reclamante que los servicios médicos regionales le han ocasionado un grave perjuicio al no haberle proporcionado información sobre los riesgos de la intervención a la que se iba a someter, ni haber sabido, con posterioridad, diagnosticar el origen de las dolencias que padecía, por todo lo cual solicita una indemnización cuya cuantía no especifica, porque en el momento de presentar la reclamación la paciente no ha sido dada de alta, ni se ha producido la estabilización de sus secuelas, continuando con tratamiento médico y rehabilitador

Como medios de prueba solicita: Informe del Jefe de Servicio de Proctología del HUMM, historia clínica obrante en el citado Hospital y en la Gerencia de Atención Primaria e Informe de la Inspección Médica.

Acompaña a su escrito la siguiente documentación:

1. Diversa documentación clínica del HUMM, entre la que figura documento de consentimiento informado para cirugía anal.

2. Informe del Centro Proctológico de Madrid, emitido por el Dr. x, del siguiente tenor:

"Paciente que acude a nuestra consulta después de haber sido intervenida con técnica de Longo. Refiere dolor postdefecatorio y dificultad durante la misma.

Expulsa moco sanguinolento. Esfínter hipertónico.

En la palpación anal se aprecia mariscos cutáneos. Anuscopya: Plexo hemorroidal a las 3h. en posición genupectoral, de gran tamaño que prolapsa, con maniobra de valsava. Se aprecia alguna grapa de la mucosectomía previa.

Aconsejamos colonoscopia previa a la intervención para descartar patología colónica asociada.

En la intervención quirúrgica se procederá a hemorroidectomía y esfinterotomía lateral interna"

3. Facturas de este facultativo por un importe total de 3.470 euros.

4. Informe quirúrgico del Dr. x. en el que se señala lo siguiente:

"El 04-02-08 previo consentimiento informado de la paciente es intervenida en el Hospital Virgen de la Paloma (Madrid).

Una vez colocada la paciente en posición ginecológica y previa sedación profunda, se practica

anestesia local en los cuatro cuadrantes del orificio anal. Se visualiza formación pseudopolipoidea que afecta prácticamente toda la luz circular rectal. Se procede a extirpación de dos formaciones que prolapsan hacia el ano (se envía pieza para estudio anatomopatológico); asimismo se lleva a cabo esfinterotomía lateral interna.

La intervención transcurrió sin complicaciones.

Aconsejamos reposo durante diez días. Se entrega hoja de tratamiento posquirúrgico".

5. Informes de la colonoscopia y de la intervención de fecha 4 de febrero de 2008, en el que se afirma lo siguiente:

"Paciente (...) intervenida en el 2007 de hemorroides con técnica de Longo que acude a nuestra consulta el 26-01-08 por dolor de gran intensidad, confirmándose la existencia de granulosa cicatricial posquirúrgico, siendo intervenida el 04-02-08. En las revisiones posteriores siempre refiere dolor ano-rectal de gran intensidad que le impide la realización de una vida normal.

El 25 de Noviembre de 2008 se practica colonoscopia total observándose a nivel de la sutura de la mucosectomía de Longo dos formaciones granulomatosas, una de ellas de 1,5 cm. procediéndose a su resección con asa de polipectomía; asimismo se extirpan dos pólipos sésiles de 3 mm. Se acompaña informe anatomopatológico.

COMENTARIO:

La paciente nos refiere telefónicamente en varias ocasiones que continua con su dolor ano-rectal, requiriendo analgésicos de forma habitual Aconsejamos la valoración por una unidad del dolor".

6. Documentación clínica correspondiente a la paciente y proveniente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

7. Partes de baja y citación del INSS de fecha 21 de enero de 2009, para evaluación de su situación de incapacidad.

SEGUNDO.- Seguidamente se dicta Resolución del Director Gerente del SMS por la que se admite a trámite la reclamación y se encomienda la instrucción del expediente al Servicio Jurídico del SMS.

A continuación, por el órgano instructor se solicita al Director Gerente del HUMM, Gerencia de Atención Primaria de Murcia y Hospital Virgen de la Paloma, de Madrid, las historias clínicas de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron en relación a los hechos descritos en la reclamación. Asimismo, comunica la reclamación a la Correduría de Seguros y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Los requerimientos son cumplimentados del siguiente modo:

1. De la Gerencia de Atención Primaria de Murcia se remite la historia clínica e informe de la Dra. x, en el que se indica lo siguiente:

"x. (...) que según consta en historia clínica acude a consulta refiriendo clínica hemorroidal por primera vez en abril-2007, y en junio de dicho año, es derivada al Servicio de Cirugía General para valoración quirúrgica, siendo intervenida el 6 de Noviembre de 2007.

El 3 de Enero, acude a consulta refiriendo intenso dolor anal, expulsión espontánea de mucosidad verdosa y estrechamiento del canal anal, habiendo acudido a 2 cirujanos privados, ya que el cirujano que la operó, no le resuelve el problema.

Es intervenida por cirujano privado en Madrid el 4-2-09, motivo por el cual se inicia proceso de incapacidad laboral en dicha fecha. Pese a dicha intervención persiste igual clínica.

Se deriva el 22-5-09 a Digestivo para que realice valoración terapéutica y pruebas complementarias. Se solicita colonoscopia y derivación a cirugía pero la paciente acude a privado para la colonoscopia porque en la SS no la sedan. Dicha colonoscopia informa: se observan 2 formaciones granulomatosas, una de ellas de 1,5 cm que se resecan. A 14 y 20 cm,

2 pólipos sésiles de 3 mm, que extraemos con pinza de biopsia.

Dicha colonoscopia es valorada por proctólogo privado que aconseja valoración unidad del dolor, donde se deriva el 3-2-09 (ultimo día que ha acudido a mi consulta).

En Noviembre -2007 fue derivada a Unidad de Salud Mental por cuadro depresivo mayor, secundario a patología crónica orgánica (informes en historia clínica).

El 3-2-09 es dada de alta por agotamiento de plazo y esta siendo evaluada por el INSS".

2. En contestación a la solicitud efectuada el Director Gerente del HUMM remite historia clínica de la paciente, así como informe emitido por los Dres. x, y, z, del Servicio de Cirugía de dicho Hospital, en el que se indica lo siguiente:

"La paciente x., (...) con antecedentes de estreñimiento que acude a la consulta de coloproctología el 6 de agosto de 2007 por referir anurragia de más de un año de evolución sin otro síntomas asociados. A la exploración se evidencia hemorroides grado II-III sobre IV. No se evidencia fisura anal ni otra alteración al tacto rectal.

A la paciente se le explican las diferentes opciones de tratamiento y se decide de forma conjunta por la intervención de Longo (mucosectomía circular) sobre la técnica clásica de Milligan y Morgan. Se solicita preoperatorio, se incluye en lista de espera y se firma el consentimiento informado.

La paciente es intervenida el 6 de noviembre de 2007 realizándose la técnica de Longo sin incidentes durante la operación y siendo dada de alta al día siguiente con cita para revisión en consulta externa para el día 14 de diciembre. En la revisión de la consulta la paciente refiere dolor leve y prolapso hemorroidal con los esfuerzos de la defecación, aunque en la exploración de la paciente no se encuentra nada anormal. La paciente acude a urgencias de nuestro hospital el 6 de enero de 2008 refiriendo fiebre y dolor anal. A la exploración no se encuentra nada patológico y es dada de alta con tratamiento analgésico. La paciente es citada telefónicamente un día en el que el Dr. x. está de guardia para hacer rectoscopia en el gabinete de proctología del Hospital. A la exploración se evidencia la línea de grapas propia de la intervención sin encontrar infección u otro problema asociado.

Nuevamente la paciente es citada para revisión en consulta, junto con el Dr. x, Coordinador de la Unidad de Coloproctología. Se explora sin encontrar causa objetiva de los síntomas que refiere la paciente. Se le ofrece la posibilidad de realizar una exploración bajo anestesia en quirófano para poder ver mejor el posible problema e intentar solucionarlo. La paciente acepta y firma el consentimiento informado. Se le adjudica día de quirófano y se le avisa telefónicamente, aceptando la paciente. El día 22 de febrero de 2008 la paciente no se presenta ni avisa de que no ingresa en el hospital. No acude tampoco a la cita que tenía en consulta externa el 28 de febrero.

No consta en ningún sitio que la paciente haya solicitado ser vista o valorada por otro especialista del Servicio Murciano de Salud.

Tampoco nos consta que el Médico de Atención Primaria o el Inspector Médico hayan solicitado al Dr. x. o al Servicio de Cirugía del Hospital Morales Meseguer informe alguno que justifique que la paciente haya permanecido de baja laboral todo este tiempo.

Según consta en los informes presentados por la paciente, ésta ha acudido a una clínica privada en Madrid donde se apreciaron mariscos cutáneos, un plexo hemorroidal de gran tamaño y alguna grapa de la operación realizada por el Dr. x. A la paciente se le realiza una colonoscopia previa a la intervención. En la intervención se le realiza extirpación de formaciones polipoideas y esfinterotomía lateral interna.

Con respecto a esta atención, consideramos que:

1. A la paciente se le realizó rectoscopia en el gabinete de coloproctología del Hospital Morales Meseguer, única prueba indicada dada la sintomatología de la paciente. No consideramos indicada una colonoscopia dado que los síntomas de la paciente eran propios de patología anal y una colonoscopia no añadiría nada y sí supone un riesgo añadido para la paciente.

2. No entendemos que se encontrara una gran hemorroide a la simple exploración de la paciente y que posteriormente en la intervención no se extirpara.

3. No tiene ninguna indicación la realización de la esfinterotomía lateral interna, que en una mujer sin fisura anal sólo puede acarrear la presentación de síntomas de incontinencia anal como complicación de dicha intervención.

4. Los mariscos o tags cutáneos que presenta la paciente consisten en un repliegue cutáneo de la piel perianal que no suelen ocasionar síntomas más allá del picor y, por tanto, no suelen requerir tratamiento. De hecho no fueron tratados en la intervención realizada en nuestro hospital ni en la Clínica privada.

5. De todas las actuaciones a las que fue sometida la paciente, la exploración de la zona quirúrgica bajo anestesia con extirpación de las formaciones pseudopolipoideas en un intento de mejorar la sintomatología es lo único que consideramos indicado y para lo que fue programada en nuestro quirófano, pero no acudió.

Respecto a los informes solicitados:

A) Las hemorroides internas pueden tratarse con una gran variedad de técnicas quirúrgicas, siendo las más utilizadas actualmente la hemorroidectomía clásica de Milligan y Morgan y la Mucosectomía circular o técnica de Longo. La elección entre una u otra técnica depende de la experiencia del cirujano, el grado y posición de las hemorroides y también de la propia opinión de los pacientes.

B) La mayoría de los pacientes intervenidos con esta técnica son dados de alta sin complicaciones ni dolor, razón principal por la que esta técnica, se ha extendido en los últimos años. No obstante un mínimo porcentaje de los mismos pueden presentar complicaciones descritas en la bibliografía como dolor intenso, sangrado o infección.

C) Todas las intervenciones quirúrgicas entrañan riesgos. Es obligación del cirujano, y así se hizo, explicar aquéllos que por su frecuencia o gravedad el paciente debe conocer antes de someterse a una operación.

D) El dolor después de realizar la mucosectomía circular puede ser debido al englobamiento dentro de la sutura mecánica de fibras nerviosas sensitivas del anodermo. Por este motivo se le ofreció a la paciente la realización de una segunda intervención para retirar, en la medida de lo posible, las grapas de la sutura mecánica y/o los granulomas producidos por

las mismas".

3. El día 17 de abril de 2009 se recibe escrito del Hospital Virgen de la Paloma y del Centro Proctológico de Madrid, al que se une la historia clínica de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron, cuyo contenido ya ha sido transcrito en el Antecedente Primero del presente Dictamen.

CUARTO.- Mediante escrito fechado el 30 de septiembre de 2009, la reclamante aporta copia del parte de alta laboral emitido por el INSS el día 21 de julio de 2009.

QUINTO.- Trasladado el expediente a la Compañía de Seguros ésta comparece aportando dictamen médico realizado colegiadamente por cuatro facultativos especialistas en Cirugía General y Digestivo, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen del siguiente modo:

"1. Paciente mujer de 38 años intervenida el 06/11/07 en el HGUMM por hemorroides grado III/IV.

2. El diagnóstico y estudio preoperatorio es correcto.

3. La paciente es adecuadamente informada y firma el documento de CI específico para cirugía anal.

4. La técnica empleada está ampliamente aceptada y su uso está en expansión ante los buenos resultados descritos en la literatura, a expensas de su evaluación a largo plazo.

5. Presenta una complicación poco frecuente pero descrita con la técnica empleada.

6. Se realiza un seguimiento correcto.

7. Se le ofrece revisión quirúrgica ante la persistencia de la sintomatología, decidiendo la paciente ser intervenida en un centro privado.

8. Cuando, ante la falta de resolución de la sintomatología tras la reintervención, solicita ser atendida en el seno de la sanidad pública, se le presta la atención requerida.

9. No encontramos indicios de ?mala praxis? en la actuación de los profesionales del HGUMM, basándonos en la documentación remitida".

SEXTO.- Solicitado, mediante escrito fechado el 21 de abril de 2009, informe a la Inspección Médica, se evacua el 12 de enero de 2010 en el que, tras resumir los datos contenidos en la historia clínica y efectuar las consideraciones médicas que estima pertinentes, formula las siguientes conclusiones:

"Paciente de 38 años diagnosticada de hemorroides grado II-III que solicita reparación quirúrgica proponiéndole hemorroidectomía de Longo, que se realiza sin incidencias. Posteriormente refiere persistencia del dolor por lo que es valorada tanto en la medicina pública, donde se le propone exploración quirúrgica, como de forma paralela en la privada donde finalmente opta por continuar su asistencia. Tras una segunda intervención realizada en la medicina privada en la que solo se objetiva granulomatosis secundaria a la primera cirugía persiste con la sintomatología.

La técnica quirúrgica realizada y su indicación son correctas. Era una de las posibles indicaciones para esta paciente. La paciente fue informada de la técnica que se le iba a realizar desde la primera valoración en la consulta de cirugía.

Las posibles complicaciones estaban contempladas en el documento de consentimiento informado para cirugía anal que firmó la reclamante, complicaciones que son similares a otras técnicas empleadas en la cirugía de hemorroides, como es el caso de la hemorroidectomía convencional.

La atención postoperatoria ha sido correcta atendiendo a la paciente siempre que lo ha demandado y proponiéndole actuaciones que ella de forma voluntaria abandonó de forma precoz para acudir a la medicina privada".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a las partes (reclamante y aseguradora), ninguna de ellas hace uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditado en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño sufrido por la paciente.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 20 de mayo de 2010.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo, pues, el supuesto establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, procedimiento y plazo.

La x, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención recibida en un centro sanitario dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

En lo que se refiere al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC.

El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

CUARTA.- Examen de la concreta actuación sanitaria que se denuncia.

Para la reclamante, la causa del daño se encuentra en el hecho de que en la intervención que se le practicó el día 6 de noviembre de 2007 se utilizó una técnica, la de Longo, de cuyos riesgos y efectos no fue informada, sin que tampoco fuese correctamente diagnosticada de las dolencias que presentó con posterioridad a la operación.

La cuestión realmente decisiva a los efectos de la presente reclamación consiste en determinar: primero, si ante la sintomatología que presentaba la reclamante, la utilización de la técnica llevada a cabo en la intervención que se le practicó en la sanidad pública estaba indicada y si fue debidamente informada de los riesgos que conllevaba; y segundo, si aún considerando necesaria la realización de la intervención quirúrgica que se efectuó en la sanidad privada tendría derecho al reembolso de su importe.

En cuanto a la primera cuestión, los informes médicos que se han incorporado al expediente ponen de manifiesto las bondades de la técnica utilizada. Así la Inspección Médica afirma que *"...la técnica de Longo (HM) se ha popularizado y extendido su uso en los últimos años. Los beneficios inmediatos de la HM han sido demostrados en estudios de resultados a corto plazo. La HM es rápida de realizar y los pacientes experimentan menos dolor postoperatorio, tienen un ingreso hospitalario más corto y retornan más temprano a sus actividades normales. Otras mediciones de resultado a corto plazo también son favorables para la HM. Aunque la tasa global de complicaciones postoperatorias fue comparable con ambos procedimientos (la cirugía por escisión convencional y la técnica de Longo), la HM tuvo menos sangrado postoperatorio, pocas complicaciones de la herida y menos constipación, pero también una tasa más alta de prolapsos recurrentes, dolor persistente y urgencia fecal, asociándose a un riesgo a largo plazo mayor de recurrencia de las hemorroides y el prolapso"*. En concreto, en relación con la reclamante, la Inspectora señala que la indicación fue correcta y la ejecución de la intervención ajustada a la *lex artis*.

Por su parte, los peritos de la aseguradora indican que la técnica empleada está ampliamente aceptada y su uso se encuentra en expansión, debido a los buenos resultados que se obtienen. Mediante esta técnica, afirman, *"las hemorroides no se extirpan, sino que pasan a ocupar su posición original"*, lo que mejora el flujo venoso, no lesiona estructuras sensitivas, se preserva mejor la continencia y no condiciona estenosis, por lo que concluyen señalando que *"la paciente fue correctamente diagnosticada y la indicación quirúrgica fue correcta"*.

Tampoco en los informes médicos evacuados por los facultativos de la clínica privada a la que acude la reclamante, se recoge que la técnica utilizada en la sanidad pública fuese inadecuada.

Por otro lado, la afirmación de la paciente sobre la falta de información de los riesgos que entrañaba la intervención quirúrgica a la que se sometió, es desmentida por la documentación e informes que obran en el expediente:

1.º El Dr. x, facultativo que la intervino, señala al folio 128 que a la paciente se le explicaron las diferentes opciones de tratamiento y *"se decide de forma conjunta por la intervención de Longo (mucosectomía circular) sobre la técnica clásica de Milligan y Morgan. Se solicita preoperatorio, se incluye en lista de espera y se firma consentimiento informado"*.

2.º La Inspectora Médica señala que en la historia clínica de la paciente se recoge que la misma deseaba ser intervenida, se le informó en la primera visita de la técnica a realizar y era conocedora de la misma, tal como se desprende del contenido de su reclamación.

3.º Finalmente, se constata que los riesgos de la intervención fueron trasladados a la paciente porque ésta firmó el consentimiento informado que obra a los folios 163 y 164, mediante el que se describen los riesgos típicos del tratamiento quirúrgico de lesiones anales. La existencia de esta información y su conformidad a ella, trasladan a la paciente la obligación de soportar las posibles consecuencias indeseadas.

Respecto a la segunda de las cuestiones planteadas, es decir, un deficiente seguimiento postoperatorio, cabe señalar que, tal como indica el Dr. x. al folio 128, la intervención quirúrgica se llevó a cabo sin incidente alguno y en la revisión practicada a los ocho días, aunque la paciente refiere dolor leve y prolapso hemorroidal con los esfuerzos de la defecación, en la exploración no se encuentra nada anormal. Cuando la paciente acude el 6 de enero de 2008, es decir, dos meses después de la operación, al servicio de urgencias refiriendo fiebre y dolor anal, la exploración no evidencia nada patológico. Posteriormente se cita a la reclamante un día en el que el Dr. x. está de guardia con el fin de practicarle rectoscopia, sin que tampoco en esta ocasión se detectara infección u otro problema asociado. Todavía fue reconocida otra vez más también con resultado infructuoso, por lo que se decide *"realizar una exploración bajo anestesia en quirófano para poder ver mejor el posible problema e intentar solucionarlo. La paciente acepta y firma el consentimiento informado. Se le adjudica día de quirófano y se le avisa telefónicamente, aceptando la paciente. El día 22 de febrero de 2008 la paciente no se presenta ni avisa de que no ingresa en el Hospital. No acude tampoco a la cita que tenía en consulta externa el 28 de febrero"*. Tampoco consta al facultativo informante que la reclamante hubiera solicitado ser valorada por otro especialista del SMS.

Según la Inspectora Médica el seguimiento postoperatorio que se ha descrito fue correcto, atendiendo a la paciente siempre que requirió ser valorada y proponiéndole la exploración quirúrgica. A este respecto señala que la colonoscopia (prueba que se llevó a cabo en la sanidad privada) sólo hubiese estado indicada en el supuesto de que existiese sospecha de otra patología diferente en otro lugar del colon que no fuera visible a la exploración rectal. Para la Inspectora *"ninguna técnica diagnóstica tiene más sensibilidad que la exploración directa, que era lo que se le había propuesto en el HUMM"*.

En consecuencia, este Consejo Jurídico entiende que la actuación de los servicios sanitarios regionales se ajustó en todo momento al criterio de la *lex artis*, sin que la reclamante, a quien corresponde la carga de la prueba a tenor de lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, haya probado su infracción, por lo que los daños que alega no son imputables al funcionamiento de dicho servicio. Por otro lado, el abandono del tratamiento que estaba recibiendo y su opción de acudir a la medicina privada fue una decisión libremente adoptada por la paciente y, por tanto, debe asumir los gastos originados por este concepto.

En este mismo sentido, cabe señalar que la garantía de una cobertura universal, que sirviera de mecanismo de resarcimiento patrimonial indiscriminadamente en supuestos como el

presente (esto es, que permitiera acudir a la sanidad privada sin ser derivado de la pública o fuera de los supuestos previstos, y obtener después el correspondiente reembolso de los gastos médicos ocasionados por la vía de la responsabilidad patrimonial), comprometería la virtualidad del sistema público de la asistencia sanitaria.

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe entender que ha existido una asistencia sanitaria ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente a la Administración ni las secuelas que padece la reclamante que son consecuencia de su patología, ni (no habiendo existido urgencia ni denegación de asistencia) el abandono de los servicios públicos sanitarios por la interesada, ya que esto último tuvo su exclusivo origen en la decisión personal y voluntaria de aquella, quien los abandona cuando se encontraba en el curso del tratamiento, sin dar opción a los servicios públicos a concluirlo, por lo que, en definitiva, tal como decíamos antes, tiene la obligación de soportar las consecuencias que se derivan de sus propias decisiones.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

No obstante, V.E. resolverá.