

SENTENCIA Nº 790 DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN NOVENA, DE FECHA 29 DE MAYO DE 2008.

CONDENA AL SERVICIO DE SALUD AL PAGO DE LOS DAÑOS, PERJUICIOS Y AL REINTEGRO DE LOS GASTOS DEVENGADOS EN LA SANIDAD PRIVADA, POR DENEGACIÓN DE LA OPERACIÓN QUE REQUERÍA LA PACIENTE.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

“SEGUNDO.- la resolución del presente litigio requiere el previo análisis de los siguientes hechos, deducidos de la historia clínica y de las alegaciones de las partes:

- A) El 12/08/02 Doña... de 71 años, presenta bulto en genitales que le produce molestias e incontinencia urinaria de esfuerzo. Se le diagnostica cistocele grado II, prolapso uterino grado II. El mismo día se firma el consentimiento informado para la corrección del Prolapso en Paredes Vaginales. La intervención consiste en la reconstrucción de la pared vaginal anterior, posterior, o ambas, para reducir desprendimientos vesicoureterales y/o intestinales, así como el refuerzo de músculos y estructuras que forman el suelo de la pelvis. La vía a través de la cual se realiza este técnica es vaginal, existiendo, como riesgos frecuentes, infección de orina y retención de orina y, como excepcionales, lesiones de vejiga, uretra y uréter.

- B) Dentro del preoperatorio, el 30/09/02 Servicio de Geriátría informa de la existencia de un deterioro cognitivo leve. Síndrome ansioso depresivo. EPOC estable. Osteoporosis. Osteoartrosis. Hipofunción tiroidea en tratamiento sustitutivo. El 13/12/02 se emite informe de preanestesia: Corrección de prolapso genital. Hipotiroidismo en tratamiento con Levothroid. Asmática controlada. Trastorno de memoria con dificultad para denominar

objetos, Consentimiento Informado para anestesia general y loco-regional.

C) El 20/01/03 se firma el consentimiento informado de elistrectomía simple por vía vaginal por prolapso uterino. El mismo día se practica colpografía anterior y posterior por prolapso de paredes vaginales. Evolución satisfactoria. Los informes de enfermería de 20 a 25 de enero no destacan ningún incidente adverso. El 23/01/03 presenta buenas constantes. El 25/01/03, encontrándose bien, es dada de alta. Nada que destacar en los informes de enfermería de 20 a 25 de enero.

D) En el postoperatorio se producen las siguientes incidencias:

-El 03/02/03 AP: pequeña placa bacteriana blanquecina de aspecto displásico en labio menor derecho. El 26/02/02 se realiza ecografía vaginal por incontinencia urinaria de moderado esfuerzo y de reposo. Se aprecia pequeña carúncula uretral que sangra con el roce y que la paciente identifica con dolor y escozor. Escasa incontinencia de esfuerzo. El 05/03/03 la paciente refiere escozor vulvar. Sequedad vulvar. Labio menor muy enrojecido con epitelio atrófico y que sangra al roce. Se hace exudado vaginal y urocultivo que resultaron ser normales.

-El 30/04/03 acude a urgencias de Gine-Obstetricia por escozor en genitales externos. Visita que se repite el 12/05/03 detectándose infecciones del tracto urinario de repetición desde la intervención quirúrgica. Consta como juicio clínico "probable cistitis". El 21/05/03 el médico de cabecera interesa consulta de urología por presentar incontinencia urinaria de mediados o pequeños esfuerzos, sequedad y escozor vaginal con disuria inicial.

-El 03/06/03 acude a urgencias del servicio de C. General y Digestiva, refiriendo síndrome miccional y en ocasiones no le da tiempo a llegar al servicio, en ocasiones se orina porque no nota el paso de la orina. Útero atrófico. Aconsejamos control por su urólogo. El 13/06/03 repite la visita al mismo servicio por incontinencia urinaria continua. El mismo día se emite informe Ecografía renal bilateral y Vesical, en el que aparece Severa Uropatía obstructiva del riñón derecho. Se solicita valorar residuo postmiccional en paciente con infección del tracto urinario (ITU) de repetición tras colpografía anterior y posterior. En el estudio se visualizan

dilatación de uréter y disminución de parénquima riñón derechos, cambios de hifronefrosis. Se remite al paciente al Servicio de Urgencias en donde se solicita exploración radiológica por Uretero Hidronefrosis derecha, sin ver causas de obstrucción.

-El 30/06/03 y el 01/07/03 se informan los cultivos de orina así como el estudio radiográfico. No evidencian enfermedad ni aclaran la razón del estado de la paciente. El 18/07/03 tiene lugar una sesión clínica en la que se decide citar lunes 21/07/03 en cistoscopia para intentar pasar un catéter. En la prueba de dicho día no se visualizan meatos. Paredes de vejiga normales. En trigono –cuello vesical se identifica una zona sobreelevada en zona teórica barra interuereteral, sin identificarse meatos, y a la exploración vaginal se corresponde con cicatriz de colpoperineorrafia anterior con cistoscopia en vejiga.

-El 23/07/03 el Servicio de Ginecología lleva a cabo una exploración que resulta ser dificultosa por sinequias vaginales que impiden la utilización del espéculo. Se aprecia una carúntula uretral. Cistocele grado I y Rectocele grado I. hipermovilidad uretral al Valsalva. A la palpación se aprecia cicatriz de colpoperinorrafia que parece hipertrofiada. El mismo día 23/07/03 se solicita estudio preoperatorio.

-El 24/07/03 en Sesión Clínica, se decide E.B.A. con azul de metileno para encontrar orificios uretrales e intentar cateterizarlo. El 12/08/03 se evacúa el informe de preanestesia favorable a la intervención. El 13/08/03 se firma el consentimiento informado para la realización de derivación urinaria (Caterización Ueteral o Nefrostomía Percutánea). Este procedimiento se realiza para resolver o prevenir una obstrucción del tracto urinario cuyas consecuencias podrían llegar a ser muy graves. Para ello se intentará la colocación de una catéter uretral que permita el drenaje de la orina desde el riñón hasta la vejiga o si esto no es posible sería una nefrostomía percutánea dejando una tubo hacia el exterior hasta que se resuelva la causa de la obstrucción. Si estas opciones no fueran técnicamente posibles (10%) se tendría que recurrir a la cirugía abierta.

-En nueva visita el 20/10/03 se aprecia que la incontinencia de orina se encuentra resuelta con tratamiento médico. Ante ello se decide tratamiento conservador y retirar a la paciente de a lista de espera. Durante octubre y noviembre se le siguen practicando pruebas: urografía intravenosa, citología y BK negativas. Cistografía. Estasia del sistema excretor del riñón derecho probablemente en relación con cistocele. Ecografía ginecológica.

-El 08/01/04 el Servicio de Urología la remite al Servicio de Medicina Interna por dolor abdominal no urológico según su criterio. El 15/01/04 es nuevamente remitida a Medicina Interna: por Urología por dolor abdominal no urológico según su criterio.

- E) El 25 de febrero de 2004 es intervenida en la Clínica practicándole “un implante de uréter derecho” que acaba con sus problemas de incontinencia.
- F) El 14 de octubre de 2004 presenta reclamación patrimonial que no es resuelta en plazo.

TERCERO: -La parte recurrente fundamenta su impugnación en la existencia de un retraso en el tratamiento así como una denegación de asistencia dado que en octubre de 2003 se decidió no intervenirla para corregirle el problema de incontinencia urinaria.

La Administración demandada así como la aseguradora, por medio de sus respectivas representaciones procesales, alegan que ni ha habido retraso ni denegación de asistencia para comprobar lo cual basta con analizar las múltiples pruebas a que fue sometida y la gran cantidad de veces que acudió a consultas.

QUINTO:- A la vista de las anteriores consideraciones, se ha de determinar si concurren esos requisitos en el presente caso.

Para ello se ha de dejar sentado que no consta en ningún pasaje del expediente que la intervención quirúrgica realizada en la Seguridad Pública no estuviera bien realizada. Ninguno de los peritos critica el éxito de la operación limitándose el testigo-perito a afirmar que ignora si los problemas presentados con posterioridad a la intervención derivan de ello, es decir, de una mala praxis en la realización de aquella cirugía o, por el contrario, son consecuencia de una recidiva. En cualquier caso, la responsabilidad de existir, hay que derivarla de un retraso prácticamente de un año en conseguir un diagnóstico acertado y de la denegación de asistencia efectiva.

En el apartado segundo de la presente se ha señalado los distintos avatales por los que discurrió el post-operatorio. Efectivamente, la actora fue tratada en múltiples ocasiones por el Servicio Público Sanitario pero lo cierto es que con ningún éxito pues no se consiguió el diagnóstico real de su enfermedad que sí alcanzó en la sanidad privada con la realización de dos simples pruebas que, por otra parte, ya se había efectuado en la sanidad pública.

Frente a ello, las demandadas recuerdan que la obligación del sistema público es de medios y no de resultados y que el sistema ha empleado con la paciente todos aquellos de los que disponía. Sin embargo, lo cierto es que el tiempo transcurrido sin conseguir un diagnóstico real de su dolencia ha sido excesivo. Máxime cuando en los meses de octubre y noviembre se decidió un tratamiento conservador ante la mejoría de la paciente que, por otra parte, fue más aparente que real pues ésta, cansada de esperar un resultado exitoso de la sanidad pública que la trataba, acudió a la privada, siendo de nuevo intervenida en la clínica, en febrero de 2004 resolviéndole inmediatamente el problema.

Pone en duda el perito de la codemandada que el diagnóstico a que se llegó por el medio privado fuera acertada, duda que no se sostiene ante la completa curación de la enferma.

En resumen, la larga espera de la paciente y la existencia de diagnóstico por los servicios públicos justifican sobradamente que la actora acudiera a la medicina privada pues si bien es verdad que, formalmente, no se denegó asistencia a la enferma, materialmente sí se produjo.

FALLAMOS

Que ESTIMANDO parcialmente EL PRESENTE RECURSIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO INTERPUESTO POR LA Procuradora de los tribunales Sra. Solera Lama, en nombre y representación de ..., contra resolución presunta de la Consejería de Sanidad por la que desestima una solicitud de responsabilidad patrimonial presentada en 14 de octubre de 2004, DEBEMOS ANULAR Y ANULAMOS la citada resolución por no ser conforme a derecho, procediendo la indemnización que incluya los gastos de la operación en la Clínica, once mil euros por los días de incapacidad y treinta mil euros por el daño moral infringido al mantener casi durante un año a la paciente con dolores y sobre todo con una incomodidad permanente que le impedía llevar una vida normal.