



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 9 / 1 9 9 7

La Laguna, a 25 de junio de 1997.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias sobre la *Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por M.C.F., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 48/1997 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, tiene por objeto la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza del asunto que motiva dicha propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 11.1 y 10.6 de la Ley del Consejo Consultivo en relación este último precepto con el art. 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 21 de abril, del Consejo de Estado y con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. Se cumple el requisito de legitimación activa porque la reclamante pretende el resarcimiento de una lesión de carácter personal.

* PONENTE: Sr. Trujillo Fernández.

2. Está legitimado pasivamente el Servicio Canario de Salud (S.C.S.), porque, según los arts. 45 y 50 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC) en relación con el art. 2.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y los arts. 4 y 7 de la Ley 7/1984, de 11 de diciembre, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (LHPCan), se trata de un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, al que corresponde, entre otras funciones, la prestación de los servicios de asistencia y la gestión y administración de los centros sanitarios (arts. 45, 50.3 y 51.1.g), h), i) LOSC), lo que le convierte en centro de imputación separado de su Administración matriz (la autonómica) al que se deben referir las relaciones jurídicas que genera en su tráfico administrativo y la responsabilidad derivada de los actos y hechos que constituyen dicho tráfico.

A esta legitimación pasiva del SCS no empece que el órgano competente para resolver este procedimiento sea, en virtud del art. 142.2 LPAC en relación con el art. 50.2 LOSC, el titular del Departamento al que está adscrito: No siendo jurídicamente dicho Servicio otra cosa que una personificación instrumental para el ejercicio de funciones de competencia de la Administración se halla, por consiguiente, sometido al control y tutela de ésta. De ahí que el ordenamiento jurídico pueda disponer que determinadas decisiones sobre su tráfico jurídico sean adoptadas por órganos de su Administración matriz.

3. Que el órgano competente para dictar la resolución propuesta sea el Consejero de Sanidad resulta del art. 142.2 LPAC en relación con la Disposición Final 1ª de la Ley 1/1983, de 14 de abril, del Gobierno y de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (LGA) y con el art. 50.2 LOSC; de donde se deriva que el órgano competente para incoar, instruir y formular la propuesta de resolución en este tipo de procedimientos sea el Secretario General del Servicio Canario de Salud (SCS) en virtud del art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica (DODA) en relación con los arts. 10.3 y 15,a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que aprobó el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS (ROSCS). Las competencias respectivas del Consejero y del Secretario General del SCS que se acaban de señalar han sido fundamentadas por extenso en los Dictámenes 78, 79 y 81/1996 de este Consejo, a los que se remite para evitar repeticiones innecesarias.

4. La acción de reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido puesto que, conforme al art. 142.5 LPAC, en el caso de daños físicos el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el presente expediente, iniciado el 22 de abril de 1996, el reclamante recibió una primera alta hospitalaria el 12 de junio de 1995 al resultar negativos los cultivos practicados. Es esta fecha pues la que debe tenerse en cuenta a los efectos del cómputo del plazo de prescripción.

5. Se hace necesario a continuación analizar diferentes irregularidades procedimentales observadas en la tramitación del expediente, que han de ser puestas de relieve, máxime cuando se vienen produciendo de forma reiterada en los expedientes de idéntica naturaleza tramitados por la propia Consejería:

1.- Acuerdo designación de instructor y secretario del mismo.

Consta en el expediente acuerdo de designar "instructor y secretario" para la tramitación del mismo y, si bien la mención del instructor puede ser correcta, ambas figuras asociadas son propias de los expedientes disciplinarios y carecen de justificación en este tipo de expedientes, los cuales han de ser tramitados e instruidos, sin más, por los elementos personales del órgano competente.

2.- Ampliación del plazo de resolución del expediente otros seis meses.

En el expediente figura una denominada "providencia" -terminología por cierto impropia del procedimiento administrativo común- en la que, una vez culminado el expediente y pendiente tan solo del trámite de audiencia al interesado, el instructor del expediente propone al Consejero que lo acuerda, la ampliación del plazo de resolución por otros seis meses al amparo de las previsiones contenidas al efecto en el artículo 42.2 de la LPAC. Si bien dicho precepto posibilita la ampliación de los plazos por tiempo no superior al inicialmente establecido en la tramitación del procedimiento, la causa para ello aparece reflejada en el propio precepto, esto es, cuando el número de solicitudes formuladas impidan razonablemente el cumplimiento de los plazos, razonabilidad que ha de ponerse en conexión en cada caso con la fase procedimental en la que se produce dicho acuerdo ampliatorio, y como quiera que en el presente caso, se realiza una vez instruido el expediente y pendiente tan sólo del trámite de audiencia y de los informes del Servicio Jurídico y del dictamen de este

órgano, el establecimiento de dicho plazo ampliatorio, si bien tiene carácter discrecional, no puede comportar el ejercicio de una arbitrariedad administrativa ni una desviación de poder por separación del fin al que el ordenamiento jurídico condiciona el ejercicio de dicha facultad.

3.- Apartado primero de la propuesta de resolución: Desestimar la reclamación previa a la vía judicial.

Efectivamente por parte de la Consejería se adopta tal acuerdo evidentemente erróneo, ya que lo que se resuelve es una reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria resultando especialmente significativo dicho error habida cuenta de que como se puso de manifiesto anteriormente la Administración recalificó correctamente el inicial escrito de la interesada que denominaba su petición como reclamación previa a la vía judicial laboral.

III

1. El procedimiento se inicia el 22 de abril de 1996 por la solicitud que M.C.F. presenta ante el Servicio Canario de Salud reclamando el resarcimiento de los daños personales producidos durante su ingreso en los Hospitales de Fuerteventura y de Nuestra Señora del Pino.

El reclamante permaneció ingresado en el primero de ellos desde el 3 de enero hasta el 4 de febrero de 1995, fecha en que fue trasladado al Hospital del Pino, en el que se le dio el alta el 22 de junio de 1996, aunque posteriormente se produjeron nuevos ingresos.

Según relata en su solicitud, el motivo de su primer ingreso se debió a una descompensación del problema respiratorio que padecía, adoleciendo durante su estancia de marcada debilidad en miembros inferiores, "a buen seguro por causa de la medicación suministrada". En este período, "a consecuencia de la aludida incompetencia en la musculatura lumbopélvica" sufrió varias caídas, en una de las cuales se produjo un fuerte traumatismo apareciendo dolor intenso a nivel cervical. A consecuencia de este golpe se decide su traslado al Servicio de Neumología del Hospital de Nuestra Señora del Pino, en el que, una vez comprobada su compensación desde el punto de vista respiratorio y previa consulta a los servicios de Reumatología y Neurocirugía, se decide una intervención bióptica a nivel cervical (C4-C5) que se

practica el 9 de marzo de 1995, procediéndose el posterior día 15 a la interposición de un injerto de cresta ilíaca entre los cuerpos vertebrales C4 a C7, previa descompresión del eje medular en su cara anterior.

Una semana después de practicada esta última intervención por el Servicio de Neurocirugía el reclamante presenta monoartritis de rodilla izquierda con líquido inflamatorio, aislándose *Pseudomona aeruginosa*, por lo que el 25 de marzo de 1995 se realizó apertura de rodilla izquierda con limpieza quirúrgica y drenaje continuado. Posteriormente se detecta la misma infección en hombro y codo derechos realizándose el 5 de abril drenaje quirúrgico de estas articulaciones. En el mes de mayo se suspende el tratamiento aplicado por ineficacia del sistema de lavado, persistiendo hasta ese momento la presencia de *Pseudomona aeruginosa* en los líquidos de lavado remitidos a microbiología.

Debido a la persistencia de *Pseudomona aeruginosa* se decide proceder a la limpieza quirúrgica y extirpación del foco séptico en hombro derecho y rodilla izquierda, realizándose el 22 de mayo sinovectomía, extirpación de cartílago articular y nueva limpieza quirúrgica de rodilla izquierda con artrodesis posterior.

Una vez realizada esta última intervención y una artrocentesis a nivel del hombro derecho, se decide dar el alta hospitalaria el 12 de junio de 1996 por resultar negativos los cultivos realizados.

Sin embargo, se producen nuevos ingresos en agosto y octubre de 1995 y febrero de 1996, en los que se practican intervenciones por el mismo padecimiento.

La consecuencia de este proceso ha sido, además de la importante secuela producida por la resección y artrodesis de la rodilla izquierda, la postración del reclamante en una silla de ruedas, cuando su ingreso en el hospital obedecía a problemas de tipo respiratorio.

En definitiva, la pretensión resarcitoria del reclamante se basa en el siguiente proceso: la debilidad lumbopélvica padecida a causa de los medicamentos suministrados para combatir la enfermedad respiratoria provoca caídas, una de las cuales produce una lesión a nivel cervical que debe ser operada, contrayendo el

paciente a causa de la intervención una infección por *Pseudomona Aeruginosa* que afecta a varias articulaciones.

2. La primera cuestión que hay que abordar es pues la existencia de nexo causal entre la caída -producida el 7 de enero de 1995 en el Hospital de Fuerteventura al tropezar con el cable del oxígeno - y el funcionamiento del servicio público sanitario.

El propio reclamante reconoce que tales caídas se debieron a su propia debilidad, que aunque es achacada a los medicamentos suministrados no se aporta prueba de tal extremo. Pero aunque así fuera, es decir, si tales medicamentos produjeran como efecto secundario la citada debilidad, de ello no puede derivarse la responsabilidad sanitaria. El tratamiento recibido era el necesario para afrontar su complicada patología respiratoria, por la que había sido ingresado con anterioridad en numerosas ocasiones. Los efectos secundarios que puedan producir los medicamentos forman parte del riesgo ordinario inherente a los mismos y son asumibles por las superiores ventajas que presentan en orden a la curación de la enfermedad padecida. Además, el reclamante olvida su propio estado físico (aplasia pulmonar izquierda, insuficiencia respiratoria global severa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada, sobreinfección respiratoria, además de hemiparesia izquierda y atrofia muscular residual debidos a un traumatismo sufrido a los 2 años) y sus frecuentes episodios de dolores articulares que constan en la Historia Clínica, donde igualmente se señala la marcada debilidad de los miembros inferiores. Por tanto, la caída no ha sido causada por una mala asistencia sanitaria (lo que excluye la responsabilidad por funcionamiento anormal del servicio público de sanidad) ni son concreción de un riesgo que este servicio público genere (lo que excluye la responsabilidad por funcionamiento normal del servicio público de sanidad). Por ello no puede imputarse al funcionamiento del servicio la producción de las mismas. De aquí se deriva que aunque la intervención quirúrgica fuese debida al traumatismo producido por la caída de ello no se deriva tampoco responsabilidad para la Administración sanitaria.

Ahora bien, no es correcta la afirmación realizada por el reclamante de que su traslado al Hospital del Pino se debiera a la lesión que según manifiesta le produjo la caída. En el informe realizado por el Hospital de Fuerteventura sobre dicho traslado se expresa que éste se debe a la mielopatía cervical comprensiva, anemización progresiva y elevación marcada V.S.G., describiendo un cuadro clínico y analítico de

probable proceso neoplásico-metástasico "M.O carcinoma metastásico" y signos de compresión medular alta a valorar.

Es este cuadro clínico el que explica la biopsia realizada el 9 de marzo de 1995 a nivel de lesión cervical, con la finalidad de descartar proceso neoplásico. Finalmente es diagnosticado de espondilodiscitis C4-C5 con compresión medular, procediéndose a la intervención quirúrgica consistente en una corporectomía C5-C6, en la que se observa una infiltración parcial de la vértebra C5, por lo que se procedió al curetaje de toda la región, descomprimiendo el eje medular en su cara anterior y procediendo posteriormente a la interposición de un injerto de cresta ilíaca seguido de una placa de titanio entre los cuerpos vertebrales C4-C7. El diagnóstico postoperatorio fue el de "proceso inflamatorio crónico", según consta en el Protocolo de intervención, que no se debe a un traumatismo producido por una caída. Por consiguiente, no puede afirmarse tampoco el nexo causal entre la caída y la intervención quirúrgica.

Finalmente, queda por determinar si de la infección por *Pseudomona aeruginosa* padecida por el reclamante se deriva responsabilidad para la Administración sanitaria.

En el presente caso, como se acredita en los informes de reumatología y de la inspección médica, a la luz de la epidemiología y consideración a la historia de múltiples ingresos del reclamante en un estado de importante deterioro, con la presencia de factores favorecedores de infección y diseminación de *Pseudomona aeruginosa*, con tratamiento de oxigenoterapia continuada, no puede asegurarse el momento en que se produjo la infección. Es el propio estado físico previo del paciente el que ha propiciado el padecimiento de la infección. Como ha quedado acreditado en los informes médicos, las infecciones graves por *Pseudomona aeruginosa* raramente ocurren en personas sanas previamente, sufriendolas generalmente las que presentan alteraciones en las defensas inmunes naturales o tras el daño local a tejidos. En el reclamante concurren numerosas situaciones que facilitan el proceso infeccioso, tales como la agenesia pulmonar, la hospitalización prolongada y repetida por sus problemas respiratorios, administración de antibióticos, catéteres, uso de oxígeno domiciliario, (...) Concluyen los informes médicos en que es indemostrable la puerta de entrada, pero cualquier enfermo en la

situación del reclamante presenta una mayor predisposición al padecimiento de infecciones.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución denegatoria de la pretensión indemnizatoria se considera ajustada a Derecho, al no concurrir el nexo causal entre la actuación de los servicios sanitarios y el daño padecido.