



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 / 1 9 9 8

La Laguna, a 5 de febrero de 1998.

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 A.G.D., como consecuencia de un presunto mal funcionamiento de los servicios de urgencias sanitarias del Servicio Canario de Salud (EXP. 127/1997 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, es una propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de dicho procedimiento 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.

2. Dado que los reclamantes pretenden el resarcimiento de los daños producidos por el fallecimiento de un familiar, se cumple el requisito de la legitimación activa, circunstancia ésta que ha quedado debidamente acreditada.

3. La persona pública que está legitimada pasivamente es 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

* PONENTE: Sr. Trujillo Fernández.

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 lo convierte en un 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. Porque tratándose de una mera personificación instrumental para el ejercicio de funciones de competencia de la Administración dicho Servicio 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.

4. 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 Iª 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.

5. El fallecimiento cuya causa el interesado imputa a la deficiente asistencia sanitaria prestada se produjo el día 17 de noviembre de 1995 (y no el 17 de diciembre como erróneamente hace constar la Propuesta de Resolución). La solicitud de indemnización tuvo entrada en el Registro Central de la Administración autonómica (art. 38.4 LPAC) el día 18 de noviembre de 1996. De acuerdo con el art. 142.5 LPAC, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho, en este caso el 17 de noviembre de 1996, último día del plazo. Sin embargo, por tratarse de día inhábil y por aplicación del art. 48.3 LPAC, el plazo se entenderá prorrogado al primer día hábil siguiente, por lo que la reclamación no puede ser calificada de extemporánea.

II

1. El procedimiento se inicia el 2 de diciembre de 1996, fecha de entrada en el Servicio Canario de Salud (art. 48.4 LPAC) de la solicitud presentada por A.G.D., en su propio nombre y en el de sus familiares, por la que reclama el resarcimiento de los daños producidos por el fallecimiento de J.G.O. -padre, esposo y abuelo, respectivamente, de los reclamantes- que imputa a la deficiente atención sanitaria prestada.

Según relata en su solicitud, el día 17 de noviembre de 1995 sobre las 19 horas se solicitó la asistencia del servicio 061, como consecuencia de los síntomas repentinos de asfixia que presentaba J.G.O. A raíz de esta llamada se personó un médico del Servicio Especial de Urgencias que procedió a auscultar al enfermo y diagnosticó una bronquitis. Al indicarle la esposa que podía tratarse de un problema de corazón, dado el estado en que se hallaba su esposo, que apenas podía respirar, sudaba abundantemente y presentaba una tez amarillenta, el facultativo respondió que no tenía nada de corazón. Seguidamente comenzó a preguntar acerca de las enfermedades que había padecido y si era fumador, a lo que apenas pudo responder, desplomándose acto seguido, por lo que el facultativo procedió a practicarle un masaje cardíaco. Posteriormente se presentó una unidad del 061 que estuvo más de 45 minutos realizando maniobras de reanimación cardiopulmonar, a pesar de lo cual falleció.

El reclamante entiende que existió una actuación negligente y un claro error de diagnóstico y que una actuación a tiempo, basada en un diagnóstico acertado de una enfermedad que presenta síntomas muy definidos, hubiera evitado el fallecimiento.

2. Según consta en el informe del Director de Coordinación sanitaria, a las 19,35 horas del día 17 de diciembre de 1995 se recibe en el Centro Coordinador de Urgencias Sanitarias 061 de Las Palmas la llamada anteriormente indicada. Dado que en esos momentos la medicalizada más cercana se encontraba en servicio, fue desviado un vehículo de atención domiciliaria del Servicio Especial de urgencias en prioridad 1 (máxima prioridad) y una ambulancia de urgencias. El médico del Servicio Especial de Urgencias comunica su llegada al lugar del incidente 9 minutos después del momento de la entrada de la alerta. El desencadenante probable del suceso fue al parecer el stress generado por una importante inundación del inmueble. Según la declaración del médico actuante, el paciente se encuentra nervioso, consciente y orientado, con una auscultación cardiopulmonar normal en esos momentos, manifestando como únicos signos disnea y ansiedad. Mientras procede al interrogatorio y exploración del paciente, se produce parada cardiorespiratoria, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar y se comunica la situación al centro coordinador que activa de inmediato la ambulancia medicalizada que tiene su base en el Hospital insular dado que la más cercana se encontraba aún en servicio. Esta unidad llega al domicilio del enfermo 12 minutos después de la alerta de la situación de parada cardiorespiratoria. Su dotación inicia de inmediato maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada sin respuesta del paciente tras 45 minutos, llegándose al diagnóstico final de *éxitus letalis*.

3. La determinación de la responsabilidad de la administración sanitaria derivada del fallecimiento del paciente depende de la apreciación de la existencia de nexo causal entre el citado óbito y la actuación de los facultativos del servicio de urgencias. En este extremo, el reclamante alega en primer lugar la inadecuación de los servicios enviados para prestar la asistencia por no haber movilizado desde un primer momento a la unidad medicalizada. Por lo que se refiere a esta cuestión y como señala la Propuesta de Resolución, la información de que disponía el servicio de urgencias -procedente de una vecina que no aportó datos concretos sobre el estado del enfermo- unido a los servicios disponibles en aquel momento no permiten mantener que la asistencia prestada no fuera adecuada.

En cuanto a la actuación de los facultativos, el reclamante centra sus alegaciones en relación con el médico que atendió al enfermo en primer lugar, sin que manifieste disconformidad alguna con la actuación de los miembros de la unidad medicalizada que se personaron posteriormente.

En relación con la intervención de dicho facultativo ha quedado acreditado -por su propia declaración y porque así lo hace constar el reclamante en su solicitud- que procedió a auscultar al enfermo y que en ese momento no apreció síntomas de infarto y que, cuando se presentó la parada cardiorespiratoria, procedió inmediatamente a la realización de masaje cardiaco.

Acerca del diagnóstico inicial de bronquitis sólo consta la declaración del interesado, que es negada por el médico actuante en la comparecencia efectuada, señalando que "el paciente entró en parada cardiorespiratoria durante la exploración, no dando lugar a establecer un diagnóstico concreto". En el expediente no consta el informe de asistencia prestada *in situ*, que él mismo reconoce haber realizado, debido a su extravío por parte de los servicios administrativos.

En cualquier caso, y dada la contradicción existente sobre este extremo, debe determinarse si ese posible error de diagnóstico, de haber existido, genera la responsabilidad administrativa. Como ha señalado el TS, el defectuoso diagnóstico o error médico no es por sí mismo causa de responsabilidad si se emplearon los medios ordinarios de diagnóstico y tratamiento y se actuó con la debida diligencia (SSTS de 8 de mayo de 1991 y 20 de febrero de 1992). Ante todo, debe tenerse en cuenta que no todas, ni siempre, las enfermedades pueden ser diagnosticadas desde un primer momento, lo que especialmente resulta de aplicación en este caso pues los únicos síntomas objetivables que presentó el enfermo fueron disnea y ansiedad, como así lo hace constar el citado facultativo en su comparecencia, coincidente con la valoración que realiza el servicio de inspección a la vista de los datos obrantes en el expediente, en particular, la información proporcionada por la persona que efectuó la llamada de alerta -en la que sólo se indicaba que la persona se encontraba muy fatigada-, los síntomas repentinos de asfixia a que alude el reclamante en su solicitud y el estado de nerviosismo que presentaba. Estos síntomas no hacían previsibles la posterior parada cardiorespiratoria que se produjo como máximo 10 minutos después de la llegada del facultativo.

Por lo demás, tampoco el reclamante ha demostrado cuál fue la causa de la muerte, pues si en el certificado de defunción consta infarto de miocardio, sin embargo, el mismo fue cumplimentado por un médico que se personó en el lugar una vez producido el fallecimiento y, como él mismo reconoce, basó su criterio sólo en la inspección ocular.

Sobre este extremo tampoco el Servicio de Inspección puede determinar el estado patológico básico que produjo directamente la muerte, dado que no se practicó la autopsia, por lo que para determinar la causa de la súbita parada cardiorespiratoria del fallecido sería necesario barajar varias hipótesis. Ante ello, se concluye que a la luz de los datos obrantes en el expediente no se puede determinar una causa que fuese previsible para el médico actuante y menos en un periodo máximo de 10 minutos.

Finalmente, en el expediente ha quedado acreditada la actuación diligente del facultativo una vez presentada la situación de parada, procediendo a la práctica de maniobras de reanimación hasta la llegada del personal de la ambulancia medicalizada.

Por todo ello puede concluirse que no está determinada la relación de causalidad entre la asistencia prestada y el fallecimiento, ni el reclamante ha podido demostrar tal extremo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria 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.