



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 7 1 / 1 9 9 8

La Laguna, a 10 de septiembre de 1998.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de orden resolutoria del expediente de reclamación, formulada por M.C.M.A., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 32/1998 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

El Excmo. Sr. Presidente del Gobierno interesa de este Consejo preceptivo dictamen [al amparo de lo dispuesto en los arts. 10.6 de la Ley 4/1984, de 6 de julio; 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP)] en relación con la Propuesta de Resolución (PR) que culmina el procedimiento, incoado a instancia de M.C.M.A. (en adelante, la reclamante), en petición de indemnización por daños (fallecimiento de su hijo, 18 de agosto de 1996) que imputa a la prestación de asistencia sanitaria por parte de Centros dependientes del Servicio Canario de la Salud. Daños que la parte, mediante escrito de mejora de la solicitud inicial evalúa en 25.000.000 de pesetas.

### II

1. La determinación de la concurrencia, y en qué grado, de los requisitos legalmente previstos para que peticiones de reclamación de indemnización por daños

---

\* PONENTE: Sr. Cabrera Ramírez.

como la presente pueda prosperar obliga a una inicial relación descriptiva de los hechos que resultan del expediente, a los efectos de su posterior contraste con la relación que de los mismos realiza la Propuesta de Resolución, pues qué duda cabe que la naturaleza, alcance y extensión de los mismos determina los Fundamentos de Derecho en los que se asienta o debiera asentarse la motivación de la Propuesta de Resolución. Bien entendido que el procedimiento iniciado y tramitado lo ha sido, con carácter general, con adecuación a las previsiones legales y reglamentarias de aplicación (reguladoras del inicio del procedimiento a instancia de parte en plazo, que no había concluido; calificación del escrito de solicitud inicial y de proposición de prueba y admisión a trámite; informes del Servicio afectado; apertura y práctica de la prueba interesada; audiencia del interesado; informe del Servicio Jurídico y finalización del expediente mediante la formulación de la correspondiente Propuesta de Resolución).

En la sucinta relación de hechos se distinguirá a efectos expositivos entre las versiones que de los mismos hechos dan la reclamante y los Servicios médicos.

1.1. Del escrito inicial del expediente resulta que el 1 de agosto de 1996 el hijo de la reclamante se personó en el Centro de Salud de Icod de Los Vinos (en adelante, Centro de Salud) "debido a fuertes dolores y vómitos", realizándosele un electro y recetándosele un calmante, tras lo que se le envía a su domicilio. Al continuar los dolores, vuelve al centro de asistencia donde "se le vuelve a observar" y se le remite a la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de la Candelaria (en adelante, el Hospital) con el diagnóstico "dolor epigástrico", no autorizándose el uso de ambulancia, dado que tal servicio se presta a "las personas que realmente estén graves", trasladándose en vehículo particular. Tras entrar por Urgencias en el Hospital, se le diagnostica "pancreatitis aguda". El paciente solicita agua, respondiéndosele que "si toma agua tendrá que abandonar el Hospital, sin que se le coja una vía para la administración de suero y los medicamentos". Ante la situación de 'dejadez, maltratos e incomprensión', el paciente "abandona" el Hospital hacia la vivienda de un familiar, de donde regresa "al continuar los dolores y la sed inmensa", quedando ingresado. Tras ser operado a los 8 días, fallece el 18 de agosto de 1996 "debido a la deficiente atención".

En las actuaciones obra escrito que la hermana del paciente, una vez fallecido éste, presentó ante el Servicio de atención al paciente (de 26 de agosto de 1996) y

que fue presentado antes de que fuera formulada la reclamación administrativa. De ese escrito se desprende que cuando fue atendido por primera vez en el Centro de Salud el paciente no refería vómitos. Fue en su domicilio cuando una de sus hermanas lo ve "devolver sangre", tras lo que el Centro de Salud lo remite al Hospital (aunque el paciente en el Hospital refiere que el vómito fue bilioso). Ya en el Hospital y tras serle diagnosticado pancreatitis aguda, el paciente "pide insistentemente agua, por lo que el Médico de guardia le dice varias veces que no se la puede dar. Mi hermano (...) sigue pidiendo de beber, a lo que el Médico le contesta que SI BEBE AGUA, SE VA DE LA RESIDENCIA. Mi hermano, que "en principio se negó a colaborar a que le pusieran las mangueras por la nariz y todo lo demás, le responde que se va y firma el alta voluntaria" (lo que el Médico pone en conocimiento de sus parientes). Sale fuera, compra un refresco y se lo toma. En ningún momento el Médico le dijo que se trataba de una enfermedad mortal, limitándose a decirle que "tenía que estar a dieta cinco días sin agua ni comida". Tras preguntarle al Médico por qué dejó salir al enfermo "sin advertirle del riesgo que corría si salía de la Residencia (...)" respondió que "el enfermo era mayor de edad, que podía firmar el acta y que él no se iba a poner a piñazos para que se quedara", a lo que le contesté si no se había dado cuenta que además de muy nervioso estaba "probablemente, con síndrome de abstinencia".

1.2. Del informe del Servicio de Medicina Interna resulta que, en efecto, el paciente ("bebedor durante 7 años"), tras quejarse de "dolor epigástrico y vómitos biliosos" acude a Urgencias donde se le diagnostica "pancreatitis aguda", quedando internado. En el 4º día de internamiento se produce un empeoramiento ("derrame pleural"), lo que lleva a que se le realice un TAC abdominal que expresa "necrosis amplia de más del 50% de la glándula con peripancreatitis intensa", ingresando en el SMI tras drenar el derrame. Nuevo drenaje (6 de agosto de 1996); empeoramiento respiratorio; intervención quirúrgica (8 de agosto de 1996), que acredita "necrosis del 30% de la cabeza, todo el cuerpo y cola en su casi totalidad, realizándose necrosectomía". Se interviene nuevamente el 16 de agosto de 1996, "encontrándose abundante necrosis en ángulo esplénico de colon y cola pancreática, que se extiende por retroperitoneo hasta pelvis, también necrosis purulenta en retrocolon derecho". Evolución desfavorable; sangrado por los drenajes; deterioro progresivo; shock séptico; colapso de cavidades cardíacas, realizándose pericardiocentesis; éxitus el

18 de agosto de 1996, con el diagnóstico "PANCREATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN ALCOHÓLICO. FALLO MULTIORGÁNICO".

2. Al margen de la denuncia que se hace de la situación de 'dejadez, maltrato e incompreensión' que los Servicios médicos tuvieron para con su hijo, la reclamante no identifica con nitidez la causa eficiente, procedente del funcionamiento activo u omisivo de los Servicios Médicos, determinante en suma del fallecimiento de su hijo. Hay en efecto, quejas en relación con el funcionamiento de tales Servicios, sean desconcentrados o centrales, pero la queja genérica no constituye 'causa eficiente' para que el procedimiento incoado llegue al fin que persigue la reclamante, máxime cuando de las actuaciones se deducen otras circunstancias (que no se desprenden del escrito inicial de la reclamante) y cuya incidencia en el obitus del paciente parece evidente. Dicho esto, sin perjuicio de que el 'trato incorrecto' -de existir- aunque no produzca por sí mismo un daño efectivo debe corregirse, pero por otras vías legales desde luego ajenas al procedimiento de responsabilidad patrimonial.

De la información facilitada por la reclamante se desprende que su queja se dirige tanto contra el Centro de Salud como contra el Hospital. Al Centro se le imputa 'error de diagnóstico' y 'no facilitar una ambulancia para el traslado del enfermo'. Al Hospital, que el Servicio de Urgencias dejara marchar al paciente (estando ausente del Hospital durante dos horas y media), al negarse éste a seguir las indicaciones de los facultativos. Debemos analizar unas y otras circunstancias al efecto de determinar si las mismas llegan a ser 'causa eficiente' para producir el resultado final o si, por el contrario, su concurso no lo hubieran impedido.

Al parecer el 31 de julio de 1996 el paciente sufrió "traumatismo torácico", yendo el 1 de agosto de 1996 al Centro de Salud donde, para descartar patología de origen cardíaco, se le realizó un electro y para atenuar el dolor "paraesternal" ocasionado por el traumatismo -sin referencia a vómito alguno- se le recetó un calmante y ansiolíticos, dado su cuadro de ansiedad (informe del Director de Zona). Dada el alta, se le remite a domicilio desde donde regresa "algo mas evolucionado" al cabo de una hora, habiendo aumentado el cuadro de ansiedad y "por el vómito oscuro", recomendándosele, tras nueva observación, su traslado al Hospital especializado, donde fue atendido (informe del Director de Zona).

### III

1. Sobre la base de los anteriores antecedentes, según opinión doctrinal mayoritaria, el error de diagnóstico, a menos que sea caracterizado o grave no puede comprometer la responsabilidad del médico. De ello dan fe las SSTS de 30 de abril de 1979, 5 de febrero de 1981, 26 de octubre de 1983, 8 de junio de 1981. Para la STS de 25 de noviembre de 1980, la "culpabilidad se radica en los casos en que el facultativo pudo evitar el comportamiento determinante del hecho lesivo". En esta evitación, juega un papel capital la *lex artis* utilizada por el facultativo así como la denominada *lex artis ad hoc*, como especificación de aquella al supuesto concreto. Si mediante aquella se trata de valorar la corrección o no del resultado de la conducta profesional o su conformidad con la técnica normal requerida (es decir, que se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos), ésta valora la atención médica teniendo en cuenta "las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (STS de 11 de marzo de 1991).

El estudio del paciente, su diagnóstico y tratamiento parecen concordantes con la situación relatada por el propio paciente. Traumatismo el día anterior; dolor; auscultación; electrocardiograma; analgésico; alta. A la hora y media regresa al Centro, desde donde, tras nueva auscultación, se le remite al Hospital, donde ingresa por Urgencias el mismo día. Al respecto, conviene tener presente que el paciente, tanto en el Centro de Salud como en el Hospital, no había recibido con anterioridad atención primaria y/o especializada de síntomas de dolencia pancreática. En efecto, en prueba de esfuerzo realizada en 1995 (al parecer, junio) dio normal en parámetros basales pero muy mala capacidad funcional, recomendándose valoración respiratoria. Las pruebas cardiológicas dieron resultado normal, pese a que se había quejado de "punzadas en ambos hemitorax" el 26 de mayo de 1995.

2. Por lo que respecta a si el traslado o no en ambulancia al Hospital fue o no determinante, como causa eficiente, del fallecimiento de paciente, se ha de convenir que es el facultativo el que, sobre la base de su diagnóstico previo,

determina la situación de gravedad o no del paciente caso por caso. En esta ocasión, no parecía que la situación fuera 'grave', en el sentido de riesgo irresistible o peligro inminente para la vida o salud del paciente. Debe reconocerse en estos casos un cierto margen de discrecionalidad en la apreciación de las circunstancias concurrentes. Puede que *ab initio* la situación clínica del paciente hubiera en efecto hecho aconsejable el traslado en ambulancia y no en vehículo particular en razón no tanto por la inmediatez de un tratamiento médico, sino por razón de la seguridad de paciente y de sus acompañantes durante el transporte. Pero el hecho es que no se produjo incidencia alguna durante el transporte particular, que se llevó a efecto el mismo día por familiar sin solución de continuidad tras serle negado el traslado en ambulancia. La reclamante debe demostrar que el hipotético retraso producido a causa del traslado en vehículo particular (partiendo de la premisa no necesariamente axiomática de que la ambulancia es siempre más rápida que el coche particular) ha influido de forma eficiente en la evolución posterior.

3. Al margen del informe que rinde el Médico afectado, consta en las Observaciones acerca del Curso Clínico que el paciente fue atendido a las 20.00 horas por el Servicio de Urgencias refiriendo "dolor epigástrico de 12 horas de evolución". Tras constatar el Médico que como 'Enfermedad Actual' (EA) el paciente es un "etélico importante" le aconseja, antes incluso de realizar analítica alguna, dieta absoluta, constando la indicación de que "EL PACIENTE NO QUIERE SEGUIR DIETA ABSOLUTA DE TTO. Y EN CONTRA DE LO RECOMENDADO POR EL MÉDICO SOLICITA ALTA VOLUNTARIA". Tras volver al Hospital a las 23.00 horas y realizársele la auscultación y pertinente analítica, se efectúa como "JUICIO DIAGNÓSTICO PANCREATITIS AGUDA". La evolución del proceso ha quedado anteriormente explicitada, por lo que no es menester insistir en ello.

La familia del finado imputa a esa ausencia hospitalaria del paciente de 2 horas 30 minutos (desde las 20.30 horas hasta las 23.00 horas del mismo día) no impedida por el Médico, ser la causa eficiente del daño producido; es decir, el fallecimiento del paciente. Existen en las actuaciones distintas versiones, lógicamente contradictorias, sobre cómo se produjeron los hechos. Ambas seguramente serán ciertas, siendo posible que más que relatos de hechos distintos sean idénticos sólo que expresan una diferente apreciación de los mismos. Pero lo cierto es que cuando el paciente abandonó el Hospital (a las 20.30 horas) no había sido diagnosticado, lo que sólo se produjo tras su vuelta y una vez realizada las pruebas correspondientes.

Consta en la historia clínica que el paciente solicitó el alta cuando se le recomendó dieta absoluta de tratamiento, mas aún no estaba formalmente diagnosticado. Aunque es previsible (así consta en los informes que obran en las actuaciones en las páginas señaladas) que el Médico hiciera al paciente y parientes recomendaciones o advertencias sobre la conveniencia de hospitalización, lo que, por cierto, es negado por los familiares.

4. No es preciso que nos pronunciemos sobre la carga de la prueba (que corresponde al paciente o, en su caso, a los familiares, sin que sea posible su inversión, cuando se trata de probar la falta de información médica, STS de 12 de julio de 1994, con referencia a las SSTS de 13 de julio de 1987, 7 de junio de 1988, 12 de julio de 1988, 7 y 12 de febrero de 1990, 8 de octubre de 1992, 23 de marzo de 1993, y 25 de abril de 1994); carga que, por cierto, a determinada doctrina le parece una *probatio* diabólica inconstitucional. Existen indicios en las actuaciones de carácter indirecto o reflejo de los que se desprende que se produjo esa información. En primer lugar, la recomendación de dieta absoluta como "tratamiento" y no como consejo parece razonable que hubiera debido ir acompañada de las consecuencias de su incumplimiento o de las razones por las que se recomendaba. Además, la hermana (T.V.M.) del fallecido en escrito de queja hospitalaria presentado antes del escrito de reclamación administrativa dice que el paciente "firma el acta voluntaria (...) sale el Médico a hablar con una de mis hermanas (debe ser E.V.M.) (...) comunicándole que [su hermano] sufre pancreatitis aguda y que él había firmado el alta voluntaria (...) no informándosele en ningún momento que se traba de una enfermedad mortal" [aunque en diligencia testifical evacuada en la persona de E.V.M. a la pregunta de si "se le informó de la grave enfermedad que padecía su hermano y mucho menos de las consecuencias mortales que llevaba su falta de atendimento", contestó que no]. De la dolencia la familia al parecer fue informada. No resulta indubitado si se hizo advertencia de lo mortal que era o que podía ser la dolencia. Cuestión que en ese momento era secundaria. En primer lugar, porque el propio paciente, mayor de edad, consciente y dueño de su voluntad (aunque la hermana en el escrito de referencia hace constar que estaba "probablemente bajo el síndrome de abstinencia") fue el que solicitó el alta voluntaria, bajo su exclusiva responsabilidad, sin que concurrieran las circunstancias previstas legalmente para que tal alta fuera denegada y se le obligara, en contra de su voluntad, a seguir el tratamiento prescrito. A saber: cuando haya

riesgo para la salud pública; cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponde a sus familiares y, en el caso de no existir éstos o no ser localizados, comunicárselo a la autoridad judicial, o cuando la "posibilidad de lesión irreversible o peligro de fallecimiento exija una actuación urgente" [art. 6.1.o) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOS)]. Debe tenerse en cuenta también que es un derecho de los pacientes "negarse al tratamiento" [apartado p) del precepto citado de la LOS] a excepción de los casos citados, "debiendo para ello solicitar y firmar el alta voluntaria".

En una situación tal, el Médico facultativo debe ponderar todas las circunstancias concurrentes a los efectos de hacer compatibles todos los bienes jurídicos en juego. Por un lado, la libertad de paciente (protegida por el delito de coacciones) y por otro el derecho a la salud de los pacientes incapacitados o cuya conducta ponga en riesgo su propia vida, situaciones en las que la conducta de los Médicos estaría legitimada. En este caso, no había riesgo contra la salud pública; el paciente no estaba incapacitado y sus familiares fueron informados de la dolencia que tenía, sin que hubiera constancia de su petición de internamiento (de dudoso éxito, pues el Médico estaba atado por la solicitud del alta voluntaria del paciente). Si los familiares dudaban de la capacidad volitiva del paciente, podían haber interesado la autorización judicial. En cualquier caso, el internamiento se produjo a las dos horas y media de la firma del alta voluntaria. Finalmente, está "la posibilidad de lesión irreversible o peligro de fallecimiento" del paciente.

En este sentido, son varias las cuestiones o las premisas que deben sin embargo resolverse o ser tenidas en cuenta.

Del historial clínico aportado a las actuaciones no se desprende que con anterioridad el paciente hubiera sido diagnosticado y tratado de dolencia pancreática alguna. En el momento del ingreso en el Hospital, en la exploración previa, refiere ser adicto al alcohol desde hace mucho tiempo. Esta información no fue facilitada al Centro de Salud, que diagnosticó en base a los signos sensibles que demostraba el paciente y a la información por él facilitada.

La pancreatitis parece ser una dolencia de evolución, sobre todo la alcohólica, que llevada hasta sus últimas consecuencias puede llegar a producir la muerte del paciente. En esa evolución es posible advertir distintos estadios cada uno de los cuales presentará cierta sintomatología y requerirá su pertinente diagnóstico y

tratamiento, siendo su último estadio, la pancreatitis aguda grave, la causa clínica a la que se imputa el fallecimiento del paciente por el "fallo multiorgánico" que la misma produjo.

Los síntomas que presentó el paciente en el momento del ingreso eran los propios de la pancreatitis aguda. Aún no había constancia de su gravedad, lo que se advirtió tras el internamiento (nota clínica correspondiente al 2 de agosto de 1996, "el enfermo presenta criterios de gravedad"). El "empeoramiento" se produce el 4 de agosto de 1996 ("derrame pleural izquierdo", que se drena) realizándose un TAC que pone en evidencia "una necrosis amplia del mas del 50% de la glándula". El 6 de agosto de 1996 se efectúa nuevo drenaje, pero empeora; el 8 de agosto de 1996 pasa a quirófano donde se confirma una amplia necrosis en la zona; nueva intervención el 14 de agosto de 1996; proceso hacia el fallo multiorgánico; fallecimiento el 18 de agosto de 1996.

Sobre lo manifestado, debe hacerse referencia al informe, emitido precisamente a petición de este Consejo con ocasión del trámite de suspensión del plazo de emisión del correspondiente dictamen, según el cual la pancreatitis aguda se caracteriza por su aparición repentina; el fallecimiento puede llegar al 50% en los casos de pancreatitis necrotizante; se trata de una dolencia en la que incide negativamente el alcohol; aunque la ingesta de líquido no beneficia al paciente, esa circunstancia no puede considerarse causa suficiente para justificar por sí sola una evolución desfavorable; finalmente, los síntomas inicialmente apreciados se solapan con otras dolencias. Estas apreciaciones, lógicamente, podrán ser contradichas por el reclamante ante el correspondiente orden jurisdiccional pero refuerzan en la vía administrativa en la que nos encontramos la razonabilidad y congruencia de la Propuesta de Resolución finalmente formulada en el sentido de que no existe causa eficiente o una clara e indubitada relación de causalidad entre el servicio público sanitario y el resultado final.

5. En efecto, no se adivina que en este proceso agónico haya habido comportamiento negligente [consta en las actuaciones copia del Protocolo de Actuación ante una pancreatitis aguda grave, cuyas determinaciones parecen haberse seguido: diagnóstico (clínico, laboratorio y de imagen); ingreso; fase precoz inmediata (lavado peritoneal continuo 5 días); fase siguiente. Indicaciones de cirugía.

Criterios clínicos: complicaciones locales y sistémicas a pesar de UCI 3 días. Criterios morfológicos: necrosis pancreática 50%; TAC. Berger: necrosis inferior 30%; necrosis 30%-50%; necrosis mayor 50%, subtotal, total]. No se aprecia en qué medida la actuación de los Servicios sanitarios pudieron coadyuvar a que el resultado fatal se produjera. Más bien parece que el resultado era inevitable. La cuestión estriba entonces en si el funcionamiento de los Servicios médicos entre las 20.00 horas y las 20.30 horas del día 1 de agosto de 1996 fue la correcta. Es decir, si los Servicios médicos tenían que haber impedido al paciente abandonar el Hospital obligándole incluso a seguir tratamiento forzoso. Para llegar a una conclusión en relación a esta cuestión se debe valorar no sólo el estado clínico del paciente en el momento de su entrada en el Hospital -que fue realizado por el Médico de Urgencias- sino también su voluntad de seguir o no el tratamiento y de interesarse el alta voluntaria. Y sin que pueda perderse de vista que el ingreso definitivo en el Hospital se produjo dos horas y media después de haberlo abandonado por alta voluntaria.

En relación con esta cuestión hubiera tenido interés contar con los términos del alta médica voluntaria, reiteradamente interesada por la reclamante y no aportada, pues los Servicios hospitalarios se remiten a un certificado obrante en las actuaciones, que no es lo mismo. Si el certificado diligencia lo que expresa el alta médica voluntaria, ningún obstáculo hay en que tal alta se aporte, salvo que el alta haya desaparecido, que es lo que manifiesta la reclamante, lo que sorprende pues al parecer el alta se firmó "por cuadruplicado como es normal" (informe del Médico de Urgencias). Desde luego, el alta parece que existe, no sólo porque lo diga el Médico afectado y se desprenda de las Notas del curso clínico, sino porque una de las hermanas del fallecido, en el escrito de queja hospitalaria que presentó en agosto de 1996, lo reconoce (ver Fundamento II, apartado 1.1). La desaparición del alta de los archivos correspondientes podrá dar lugar a la depuración de las correspondientes responsabilidades (de distinto tenor de las que aquí y ahora se ventilan) pero es un dato que por sí sólo tampoco reconstruye la inexistente relación de causalidad, pues de las actuaciones se desprende suficiente información (particularmente, que el alta existió y fue expedida a petición del paciente) como para llegar a la antedicha conclusión.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución culminatoria del expediente se considera ajustada a Derecho, en base a lo razonado en el Fundamento III.