



Consejo Consultivo de Canarias

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

La Laguna, a 20 de octubre de 1999.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por G.D.D., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 76/1999 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, es una Propuesta de Resolución (PR) 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 con 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 de 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

El fundamento de la pretensión resarcitoria es el siguiente:

Desde julio de 1996 a la menor, hija de los reclamantes, le fue diagnosticado en el Hospital Materno Infantil mielodisplasia (desarrollo defectuoso de la médula

* **PONENTE:** Sr. Millán Hernández.

espinal), enfermedad congénita de curso letal cuya única indicación terapéutica es el trasplante de médula ósea (TMO).

Sin embargo, este trasplante se realizó el 9 de marzo de 1998, en el Hospital de la Seguridad Social de La Paz, en Madrid, un año y medio después del diagnóstico inicial, "cuando ya el organismo de la niña era más débil a causa de la enfermedad, causa esta que sin duda contribuyó a su muerte" (Escrito de reclamación, folio 3 del expediente).

Es decir, el retraso en realizar la terapia adecuada, el trasplante de médula ósea, permitió que debilitara el organismo de la menor, lo que contribuyó a su muerte. Esta secuencia de causas (retraso en la realización del trasplante-debilitamiento del organismo) no se presenta en el escrito de reclamación como la única causa determinante del óbito, sino como una de las causas que contribuyó a su producción. El escrito de reclamación no expresa cuáles fueron las otras causas que concurrieron a ese resultado, lo cual es necesario para poder establecer su serie causal y, dentro de ella, la mayor o menor influencia en su producción que le corresponde a esa secuencia de causas alegada, para así poder determinar si el resultado es imputable a la asistencia sanitaria prestada y en qué medida, a fin de que se pueda afirmar la responsabilidad del servicio público de salud y la cuantía en la que debe responder.

No obstante, la alegación de esa secuencia de causas como fundamento de la pretensión resarcitoria conlleva la afirmación de que tuvieron una participación decisiva en el resultado.

Para que prospere pues esa pretensión es necesario que queden acreditados médicamente estos dos extremos de hecho:

- Que el organismo de la menor estaba debilitado por el desarrollo de la enfermedad.
- Que esa debilidad contribuyó decisivamente al óbito.

De los informes obrantes en el expediente resulta:

Que el estado de la paciente era normal antes del trasplante de médula ósea, salvo una neutropenia (disminución del número de leucocitos neutrófilos en la sangre) y una trombopenia (reducción anormal de plaquetas sanguíneas), ambas de carácter moderado.

Que antes del trasplante de médula ósea el estado de la paciente era normal, como se demuestra objetivamente por la analítica y exploraciones realizadas previamente a la intervención (analíticas, ecocardiografía, ecografía abdominal, radiografía de tórax, exploración física) cuyos resultados obran en el expediente. El único trastorno que presentaba eran las alteraciones hemotológicas propias de su enfermedad, una neutropenia (disminución del número de leucocitos neutrófilos en la sangre) y una trombopenia (reducción anormal de plaquetas sanguíneas) ambas de carácter moderado, (según los Informes del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital de La Paz de 31 de agosto de 1998, de 5 de mayo de 1998 y de 27 de marzo de 1998).

El Informe del facultativo del Servicio de Inspección destaca que la comparación de los resultados analíticos correspondientes a los años 1996 y 1997 revela una mejora en los neutrófilos, un mantenimiento de los niveles de hemoglobina y un mejor resultado de plaquetas.

El resumen de la Historia Clínica que remite el Hospital Materno Infantil en octubre de 1997, con ocasión del traslado de la paciente para el trasplante de médula ósea, expresa que "actualmente no existen datos de la progresión de su enfermedad a leucemia".

En definitiva, ni de los informes médicos ni de los resultados de las numerosas analíticas y exploraciones practicadas a la paciente se objetiva el debilitamiento de su organismo por el desarrollo de la enfermedad. Esta es la primera causa que se alega y que sirve de apoyo a la segunda, que ese debilitamiento "sin duda contribuyó a su muerte".

Demostrada la carencia de fundamento fáctico de la primera alegación, queda también sin fundamento la segunda que se apoyaba en aquélla. Esta carencia de fundamento fáctico de la pretensión basta por sí sola para su desestimación.

Pero es que, además, la causa de la muerte de la menor está acreditada suficientemente en los informes médicos del Hospital de La Paz de la Seguridad Social (Informes del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica de 27 de marzo, de 5 de mayo y 31 de agosto de 1998) en los que se expresa que la causa de la muerte fue un shock séptico, que es uno de los riesgos yatrogénicos que acompaña inevitablemente a la realización de un trasplante de médula ósea.

Lo expuesto hasta aquí es suficiente, como se señaló, para considerar ajustada a Derecho la pretensión. Sin embargo, no puede dejar de analizarse otras dos cuestiones que suscita el escrito de reclamación y sobre las que la Propuesta de Resolución, tal como impone el art. 89.1 LPAC, se pronuncia.

La primera consiste en la alegación del retraso de los facultativos del SCS en diagnosticar la mielodisplasia, a pesar de que ya en julio de 1996 los síntomas de la paciente indicaban que esa era la patología de la que adolecía.

Ese error en el diagnóstico inicial, afirman los reclamantes, determinó que el trasplante de médula ósea se realizara con retraso, cuando el organismo de la paciente se encontraba debilitado, lo que "sin duda contribuyó a su muerte".

Sin embargo, para que surja la responsabilidad del SCS es necesario que ese error de diagnóstico haya sido causa determinante del hecho lesivo por el que se reclama. Es decir, que el error de diagnóstico haya permitido que se debilitara el organismo de la paciente a tal grado que contribuyó a su fallecimiento. En la serie causal establecida por la reclamación el resultado lesivo (la muerte) está encadenado al error de diagnóstico inicial por un hecho, el debilitamiento. Este es efecto del error y causa del óbito; y es el que se alega para imputar la responsabilidad de éste al SCS. Pero, como ya se ha expuesto, tal circunstancia no existió ni, por ende, contribuyó al fatal desenlace; éste se debió a otra causa por lo que no existe nexo causal alguno entre causa y efecto.

Pero es que, como indica el Informe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Materno Infantil, en 1996 efectivamente se encontraron rasgos de mielodisplasia, enfermedad extremadamente rara en la infancia, que no eran subsumibles en la clasificación médica existente de síndromes mielodisplásicos; y como la paciente presentaba infecciones repetidas de las vías respiratorias altas que causan también trastornos medulares, los cuales en la paciente mejoraban con la disminución de los procesos infecciosos, se decidió mantener una actitud expectante mediante un seguimiento estrecho de su estado hematológico -seguimiento el cual consta detallada y abundantemente en la historia clínica-.

Ese informe justifica que no se haya optado en 1996 por la realización inmediata del trasplante de médula ósea, primero, en que los síntomas de mielodisplasia no eran inequívocos y, segundo, en que la opción por ese trasplante procede cuando los datos clínicos apuntan a una transformación leucémica del paciente.

Que la actuación médica de los facultativos del SCS (seguimiento hematológico y decisión por la realización del trasplante sólo cuando estaba inequívocamente diagnosticada la mielodisplasia) fue la adecuada lo confirma el Informe del facultativo del Servicio de Inspección que señala que el trasplante de médula ósea es el único tratamiento para el síndrome mielodisplásico, enfermedad de curso letal, pero que presenta numerosos riesgos iatrogénicos (infecciones, enfermedad venooclusiva hepática, enfermedad del injerto contra el huésped) que determinan una tasa de mortalidad en los pacientes a los que se le realiza de entre el 25 al 40 por ciento de los casos; por lo que, dadas las buenas condiciones clínicas de la paciente y los resultados analíticos, no procedía la realización inmediata del trasplante.

Por último, el intervalo que media desde que se decidió la realización del trasplante hasta la fecha en que se efectuó no puede considerarse de retraso en la asistencia sanitaria, porque fue necesario buscar un donante adecuado, hacerle los correspondientes estudios clínicos, confirmar la idoneidad entre donante y receptor, y encontrar la fecha en que la donación pudiera efectuarse. Ello independientemente de que, como ya se ha visto, tampoco el transcurso de este intervalo de tiempo tuvo ninguna influencia en la producción del óbito por el que se reclama.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la pretensión resarcitoria es conforme a Derecho.