



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 1 / 2 0 0 0

La Laguna, a 23 de noviembre de 2000.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por E.S.C., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 149/2000 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo, 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 esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 11.1 -en la redacción operada por el art. 5.2 de la Ley 2/2000, de 17 de julio- 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 (RPAPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de la persona que deduce la pretensión indemnizatoria, en su calidad de interesada al ser hija de la fallecida y ostentar además la representación de sus hermanos, otorgada

* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

mediante comparecencia al efecto, en aplicación del art. 31 LRJAP-PAC. Se cumple igualmente la legitimación pasiva del Servicio Canario de Salud, en cuyo seno se ha producido el hecho dañoso por el que se reclama.

La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido (art. 142.5 LRJAP-PAC), dado que el mismo había quedado interrumpido por el ejercicio de la acción penal, que originó la tramitación de las Diligencias Previas nº 1250/96 en el Juzgado de Instrucción nº 7 de Las Palmas de Gran Canaria, que finalmente resultaron archivadas mediante Auto de 19 de marzo de 1998. Por ello, la reclamación no puede ser calificada de extemporánea.

Asimismo, se han cumplido los trámites procedimentales preceptivos, con excepción del plazo para resolver. A estos efectos resulta particularmente significativo el tiempo transcurrido entre la notificación del trámite de audiencia al interesado, el 10 de agosto de 1999, y la remisión de la propuesta de resolución al servicio jurídico para su preceptivo informe el 27 de junio de 2000.

Consta en las actuaciones administrativas que acompañan a la solicitud del dictamen, que el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 3 de Las Palmas tramita el Recurso 149/2000, promovido por la misma parte instante de la reclamación a la que concierne la PR, habiéndose adoptado por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud la resolución de fecha 21 de junio de 2000, que dispuso la remisión del expediente de responsabilidad patrimonial nº 45/98 solicitado por dicho Juzgado.

Y consta también haberse realizado el emplazamiento para la personación en el señalado procedimiento judicial de siete facultativos, que han tenido intervención en este caso.

Pero esta circunstancia no imposibilita que la Administración resuelva de modo expreso, al estar obligada a ello, en virtud de lo dispuesto en el art. 42 LRJAP-PAC, máxime considerando que a los procedimientos -como el que nos ocupa- iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, además de estar afectados por la disposición transitoria 2ª respecto a su vinculación a la normativa anterior, le son de aplicación las previsiones contenidas en su disposición adicional 1ª.3 en cuanto a la forma de producción y efectos del silencio administrativo, que son los previstos ya en la nueva norma legal modificadora de dicho sistema, contenidos en el art. 43, y que otorga a los

interesados que hubieren instado la iniciación del procedimiento, cuando venza el plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, la facultad para entenderla estimada o desestimada, según proceda; pero ello sin perjuicio de la resolución que la Administración debe dictar en la forma prevista en el apartado 4 del mismo artículo, que en los casos de desestimación por silencio administrativo, se adoptará sin vinculación alguna al sentido del silencio.

Todo lo anterior se indica con independencia de la aplicación al presente asunto de lo determinado en el art. 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa.

III

1. El procedimiento se inicia el 4 de noviembre de 1998 por la solicitud que E.S.C. presenta ante el Servicio Canario de Salud reclamando el resarcimiento de los daños producidos por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, C.C.C., a consecuencia de la cual entiende se produjo su fallecimiento.

Los hechos en los que basa su pretensión y que constan acreditados en el expediente son los siguientes: C.C.C., de 76 años de edad, acudió al servicio de urgencias del Hospital de Ntra. Sra. del Pino (HNSP) a las 9'00 horas del día 4 de marzo de 1996 aquejada de fuertes dolores abdominales y náuseas. En ese momento es diagnosticada únicamente de "dolor abdominal" y dada de alta, con la indicación de acudir a su médico de zona (Informe de urgencias, folio 118 del expediente).

Aproximadamente a las 10'10 horas es atendida en el Centro de atención primaria, donde se le diagnostica una colitis, con remisión a su médico de cabecera.

De nuevo ingresa en Urgencias del HNSP alrededor de las 11'30 horas. A las 17'50 horas continúa sin diagnóstico en espera de unas pruebas solicitadas, al mismo tiempo que se indica la realización de otras. Finalmente, a las 23'53 horas ingresa en el servicio de cirugía con el diagnóstico probable de diverticulitis.

A las 11'00 horas del día siguiente entra en shock, realizándose diagnóstico diferencial entre trombosis pulmonar, pancreatitis severa, trombosis mesentérica masiva, shock tóxico y absceso abdominal. A las 20'00 horas ingresa en la UMI, indicando el especialista la realización de una laparatomía exploratoria para descartar una isquemia intestinal masiva (trombosis mesentérica), confirmándose

este último diagnóstico en el quirófano, donde se decide, según el informe operatorio (folio 136) abstención por la inutilidad de los gestos quirúrgicos. La paciente fallece poco después por aquella causa.

2. La reclamante entiende en su solicitud de indemnización que se incurrió por los facultativos intervinientes en reiterados errores de diagnóstico, además de haberse producido una deficiente atención médica causada, en primer término, por lo que considera una situación de precariedad de medios personales en el servicio de urgencias del Hospital, junto con el hecho de que el médico que atendió a la paciente en este servicio era un MIR y, finalmente, en el desconocimiento de la historia clínica previa de la paciente. Considera que todas estas circunstancias aceleraron, si no fueron las causantes, del fallecimiento, solicitando una indemnización de diez millones de pesetas.

3. En el expediente se ha acreditado a través de los informes médicos obrantes la especial dificultad que a efectos de diagnóstico conlleva la isquemia mesentérica en particular y la valoración de todo dolor abdominal en general, ya que éste constituye síntoma de diversas patologías.

En este sentido, conforme al informe del Jefe de Servicio de Cirugía General, la patología que causó la muerte de esta paciente es de diagnóstico difícil e incierto y en la mayoría de los casos el diagnóstico sigue siendo intraoperatorio, siendo la mortalidad la regla en los casos de afección masiva. Las dificultades diagnósticas de este cuadro clínico son igualmente resaltadas en el informe de la inspección médica. Es más, en las declaraciones efectuadas con ocasión de instrucción de las diligencias penales se resalta que en los casos de dolor abdominal agudo no existen protocolos de actuación debido a que se trata de un proceso ambiguo que tiene una causalidad múltiple.

Estas conclusiones se ven corroboradas por el informe forense aportado en las diligencias penales, incorporadas al expediente administrativo, en el que se indica que la isquemia mesentérica es el resultado final de la interrupción o reducción del aporte sanguíneo al intestino y que sus manifestaciones clínicas varían desde síntomas crónicos leves hasta episodios catastróficos, lo cual depende del segmento afectado, del grado de afectación y de la rapidez del proceso. Se destaca asimismo que su rasgo clínico más sobresaliente es el dolor abdominal intenso, siendo frecuente encontrar vómitos, anorexia, diarrea y estreñimiento, aunque esos datos proporcionan poca ayuda en el diagnóstico. Al mismo tiempo, se señala que el dolor

intenso, como única referencia de mayor relevancia también puede indicar la existencia de otros cuadros agudos alarmantes como es la pancreatitis necronizante hemorrágica o úlcera gástrica o duodenal perforada, por ejemplo.

Este informe destaca la dificultad de diagnóstico que presenta la isquemia mesentérica, resaltando asimismo la importancia que para alcanzar el diagnóstico tiene la anamnesis y la exploración física del enfermo.

En el caso que ha dado origen a la presente reclamación, conforme se indica en ese mismo informe, la sintomatología que presentaba la paciente se correspondía con un cuadro abdominal inespecífico, cuyo síntoma más llamativo fue la persistencia del dolor intenso. Es decir, que la exploración física no evidenció signos o diagnósticos claros y las pruebas complementarias efectuadas contribuyeron a evidenciar trastornos bioquímicos o hemográficos importantes, pero no específicos. También este extremo resulta coincidente con los informes y declaraciones de los facultativos intervinientes, que señalan que el diagnóstico inicial de diverticulitis se trataba de un diagnóstico inicial de sospecha (prediagnóstico en términos del médico forense), pendiente de confirmación mediante diversas pruebas.

En cuanto a las pruebas cuya realización se prescribió, se entiende por los servicios médicos actuantes que se trataron de las adecuadas a la vista de los síntomas que presentaba la paciente, extremo sobre el que se manifiesta en el mismo sentido el médico forense en el momento de ratificación de su informe, considerando correctas las pruebas practicadas a los efectos de la realización de un diagnóstico diferencial, si bien entiende que se debieron realizar también otras más específicas, aunque no en un primer estadio en que la paciente ingresó en urgencias, sino posteriormente, una vez obtenidos los resultados de las pruebas realizadas (radiografías de tórax y abdomen, ecografía).

De todo ello se infiere que no es sostenible ni puede asumirse la concurrencia en el presente caso del principal factor de imputación de la parte reclamante, como soporte de la exigencia de la responsabilidad patrimonial que plantea a la Administración sanitaria, concretado en lo que califica como "reiterados errores de diagnóstico".

De los elementos de prueba disponibles en el expediente administrativo, que son, además de los informes necesarios para resolver, recabados de los servicios

sanitarios a cuyo funcionamiento se atribuye la presunta lesión indemnizable, los únicos propuestos por la interesada y admitidos todos ellos por el órgano instructor, circunscritos a la documental correspondiente a las actuaciones clínicas verificadas con la fallecida los días 4 y 5 de marzo de 1996, la Historia Clínica y el conjunto de actuaciones practicadas en las Diligencias Previas, en las que se integran las declaraciones de los distintos médicos que intervinieron en las sucesivas fases del proceso clínico y particularmente el pormenorizado informe pericial médico forense emitido el 18 de mayo de 1997, que valora los distintos aspectos de los hechos denunciados, aunque en el limitado ámbito concerniente al referido procedimiento penal en curso; no se evidencia que se hubiese incurrido en incorrecta o inadecuada praxis, conforme a la "lex artis ad hoc", en cuanto al acto médico de reconocimiento y de calificación de la enfermedad que aquejaba a la paciente, según los signos advertidos, tanto como resultado de la exploración inicial efectuada en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Sra. del Pino, a las 9,00 horas del día 4 de marzo de 1996, prescribiéndose el tratamiento adecuado a esa dolencia, como el ulterior verificado tras la realización de un conjunto de pruebas complementarias a las que se sometió a la usuaria del servicio sanitario desde el segundo ingreso en Urgencias del mismo Centro hospitalario, a partir de las 11,32 horas del mismo día, en la secuencia detallada en el Informe pericial forense, obteniéndose como resultado el señalado diagnóstico probable de diverticulitis.

Es apreciable que en principio y con alcance reducido al ámbito del enjuiciamiento penal que constituyó el objeto del procedimiento tramitado, cuyos particulares testimoniados se han incorporado al expediente administrativo, el Sr. Juez instructor, en el Auto de archivo de dichas actuaciones, verificó una valoración de la cuestión que se analiza, que mantiene su validez para la debida ponderación de la problemática considerada, en los siguientes términos asumibles: "No es exigible a los facultativos encargados un diagnóstico acertado con los datos clínicos de los que disponían en ese momento, escasos, confusos y comunes a otras patologías. En la hipótesis planteada estaríamos ante un diagnóstico ciertamente incorrecto, y así se demostró posteriormente, pero atendidas las circunstancias concurrentes, ya destacadas, el error de los facultativos se produce dentro de los cauces de la más estricta normalidad médica y no tiene carácter de inexcusable conforme a los estándares científicos imperantes en la medicina".

Este parecer concuerda con la línea interpretativa generalmente sostenida del alcance de la actuación de los profesionales sanitarios acomodada a la *lex artis* a la que están sujetos.

En este sentido, en el caso del funcionamiento del servicio público de la sanidad se ha de considerar que se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades. Por ello la obligación de los servicios sanitarios es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo, lo que en este caso ha de entenderse acontecido a la vista del actuar médico mediante la práctica de diversas pruebas que se solicitaron en función de las manifestaciones clínicas de la paciente y encaminadas a obtener un diagnóstico.

4. Merecen también consideración otros aspectos suscitados, puestos de manifiesto por la reclamante, no suficientemente valorados en la PR, que en el informe emitido por la Asesoría Jurídica Departamental el 17 de julio de 2000 se relacionan meramente, con la indicación de que se aborde la necesaria respuesta que proceda, refiriéndose a los extremos planteados "en los apartados séptimo a noveno de la reclamación, sobre la supuesta carencia de medios personales y materiales en el servicio de urgencias, cuestión que se recoge también en la página 32 del informe forense, así como el tiempo que se tardó en remitir las pruebas solicitadas y la realización de la laparatomía, que según el informe forense se realizó con retraso (...)".

Como se ha dicho, todas estas cuestiones no figuran analizadas en la Propuesta de Resolución, aunque en su fundamento de derecho V se efectúe una escueta y genérica indicación de que "no existe dato alguno que acredite que la actuación del servicio público sanitario, durante todo el proceso asistencial, pudo ser la causa de dichos daños", reconduciendo finalmente el criterio que sustenta la desestimación de la reclamación de resarcimiento al sostener que (el fallecimiento de paciente) "no fue causado por una mala asistencia sanitaria (lo que excluye la responsabilidad por funcionamiento anormal del servicio público de sanidad) ni fue concreción de un riesgo que este servicio público genere (lo que excluye, en su caso, la

responsabilidad objetiva por funcionamiento normal del servicio público de sanidad), sino que fue la propia evolución de la enfermedad padecida por la reclamante".

La respuesta insuficiente contenida en la Propuesta de Resolución sobre tales extremos determina la necesidad de que la resolución final que se adopte los contemple y motive adecuadamente la decisión por la que se opte al valorarlos, en el bien entendido de que si se considerara que son insuficientes los contenidos de los informes médicos recabados de los servicios afectados (Cirugía General y Aparato Digestivo), sobre tales particulares, que se limitan a una breve contestación a los cuatro puntos del cuestionario formulado por la Inspector Médico del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia, y para mejor pronunciarse el órgano competente para resolver se decidiera la procedencia de que se complementaran previamente, en tal caso y una vez que se dispongan de los informes adicionales, deberá colmarse de nuevo el trámite de audiencia, dando oportunidad a la parte interesada para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes, reformularse la Propuesta de Resolución y someterla finalmente al dictamen de este Consejo.

5. No obstante esa eventual opción, que se señala en el apartado anterior, apreciable por el órgano competente para resolver, resulta procedente considerar, en relación con la materia apuntada, que la parte reclamante sostiene y que precisa respuesta adecuada en el acto resolutorio, que unido al expediente administrativo figura el Programa Funcional para 1996 del Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Sra. del Pino, con detalle de los recursos y medios disponibles, materiales, humanos, organizativos y económicos; métodos y tiempos y resultados. Es de destacar, en el apartado 2.1 de dicho documento, referido a los procedimientos para lograr la asistencia correcta y satisfactoria del enfermo en el Servicio de Urgencias, se contempla la previsión de que, después de la llegada a dicho Servicio del paciente, ha de ser atendido de inmediato, adjudicándosele lugar de exploración y primera asistencia y médico directamente responsable (MDR), quién ha de llevar a cabo el diagnóstico provisional, la petición de exploraciones complementarias (Laboratorio, Rayos X, etc.) y si su estado lo permite pasará el enfermo a la zona de espera y observación, en silla de ruedas o camilla. Todo ello hasta obtener el diagnóstico definitivo, que determinará la decisión sobre el tratamiento a seguir, el alta, el traslado a otro centro, la observación durante las horas pertinentes (nunca más de 24 horas en el Servicio de Urgencias) o el ingreso en el Hospital. "Este proceso, sólo de forma excepcional, deberá durar más de dos horas". En el presente caso ese tiempo

se superó, en cuanto a la disponibilidad de las pruebas complementarias interesadas por el MDR.

Cierto es que existe la previsión de que en supuestos excepcionales pueda prolongarse la duración de dicho proceso. Y es este punto de concurrencia en el supuesto de hecho que motiva el presente Dictamen, de razones justificativas de la excepcionalidad prevista, el que debe valorar, ponderar y motivar la resolución a dictar, bien con los antecedentes documentales disponibles en el expediente, o con los nuevos datos que precisare para mejor resolver el órgano competente.

6. Otra de las cuestiones suscitadas se refiere a la situación del Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario el día 4 de marzo de 1996, en cuanto a si estaba colapsado o desbordado por la atención de usuarios de dicho Servicio. Las pautas consideradas en el referido Programa Funcional, respecto a la capacidad o actividad máxima, de que trata el apartado 3.1, son que el Servicio dispone de 33 puestos activos de atención urgente, que el tiempo de permanencia de cada enfermo es de cuatro horas y diez minutos, que el número de enfermos que como máximo se podrán ver en el Servicio cada 24 horas será de 188.

El facultativo que ejercía como médico clasificador en la fecha en que se atendió a la enferma a que se refiere este Dictamen en dicho Servicio de Urgencias, declaró en las Diligencias Previas referenciadas que fueron 105 los enfermos que atendió entre las 8,00 y 15,00 horas de esa día, cifra que está dentro de los parámetros establecidos en el Programa Funcional para 1996, sin perjuicio del número de enfermos atendidos fuera de ese horario.

Por su parte, la Directora médica del Hospital en su declaración en el indicado procedimiento penal, al preguntársele si el día 4 de marzo de 1996 el Servicio de Urgencias se hallaba colapsado, manifestó: "Que no, que se hallaba sobrecargado, por la gran afluencia de paciente que hubo ese día, aunque no puede dar números en estos momentos". No obstante, al final de la diligencia verifica la aclaración, a la pregunta de cuantos pacientes fueron "visitados" ese día, de que fueron "unos 230 pacientes, mientras que la media es de unos 180".

El informe médico emitido por el Coordinador del Servicio de Urgencias el 26 de febrero de 1999, a requerimiento de la Dirección Gerencia, no expresa nada sobre este aspecto. Si se sobrepasó la media máxima estimada de atención de pacientes,

no está determinado, dato sin embargo de relativa relevancia para la resolución de la reclamación planteada, dada la continuada situación de control y de observación a que estuvo sometida la paciente mientras permaneció en el Servicio de Urgencias, explorada sin demora y en espera del resultado de las pruebas complementarias solicitadas, hasta que se decidió el ingreso en el Servicio de cirugía, el mismo día, para determinar el diagnóstico probable de diverticulitis con el que fue valorada, a la vista de las mencionadas pruebas complementarias realizadas y de las nuevas exploraciones a que fue sometida.

Por los datos disponibles, sin perjuicio de las observaciones expuestas en los apartados precedentes, contrastada la atención sanitaria prestada a la paciente con los estándares de actuación contemplados en el mencionado Programa Funcional para 1996, no resultan apreciables en el presente caso los criterios legales de imputación, ni respecto a un funcionamiento anormal del servicio implicado, ni tampoco derivado de un funcionamiento normal, de acuerdo con la actuación y los rendimientos exigibles normalmente al Servicio de Urgencias.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho, sin perjuicio de las observaciones indicadas en el Fundamento III, apartados 4, 5 y 6.