



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 / 2 0 0 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de marzo de 2004.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por C.C.B., por daños personales como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 58/2003 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. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto 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. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de la reclamante por los daños sufridos a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria

* PONENTE: Sr. Reyes Reyes.

que considera le fue prestada a su esposo por un Centro del Servicio Canario de Salud, de la que estima derivó su fallecimiento.

No ostenta, en cambio, la reclamante ni la representación legal de sus dos hijos, mayores de edad en el momento de fallecimiento de su padre, ni tampoco apoderamiento expresamente conferido.

Corresponde la legitimación pasiva a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. La reclamación fue presentada el 18 de mayo de 2001 en relación con la asistencia sanitaria prestada el 29 de octubre de 1999. No obstante, la reclamación no resulta extemporánea dado que se incoaron diligencias previas que si bien fueron archivadas mediante auto de 9 de noviembre de 1999, no fueron notificadas a la interesada hasta el 14 de diciembre de 2000, resultando firme tras el transcurso del plazo legal de tres días (art. 211 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), fecha en que por consiguiente se inicia el cómputo del plazo de un año para interponer la reclamación de responsabilidad patrimonial (SSTS de 8 de junio de 1989, 4 de febrero de 1999).

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

4. A requerimiento de este Consejo se han incorporado a las actuaciones tramitadas en el ámbito de la acción consultiva los informes complementarios solicitados a los Servicios de Urgencias y de la Unidad de Cardiología, así como

Testimonio de las Diligencias Penales Previas que se instruyeron por el Juzgado que conoció de las circunstancias del fallecimiento del esposo de la reclamante.

5. En la tramitación del expediente se han cumplido los trámites procedimentales preceptivos, con excepción del plazo para resolver. No obstante, ello no impide que la Administración resuelva expresamente a tenor de lo previsto en los arts. 42.1 y 43.4.b) de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

III

1. El procedimiento se inicia, como se ha indicado, el 18 de mayo de 2001, fecha en que tuvo entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de Salud el escrito presentado por C.C.B. en el que reclama por el fallecimiento de su esposo una indemnización para ella misma, como viuda, y para sus dos hijos, que cifra en la cantidad de 50.000.000 de pesetas (300.506 euros).

Los hechos en los que basa su pretensión son los siguientes: El esposo de la reclamante, J.Á.P.L., sufrió un desmayo el día 27 de octubre de 1999 mientras desarrollaba sus tareas en el barco en el que trabajaba y lo remitieron al médico. Dos días después vuelve a sufrir otro desmayo y lo llevaron en ambulancia al Hospital Dr. Negrín, donde le dan el alta ese mismo día con un diagnóstico de taquicardia y lo llevan al barco en ambulancia. El día 30, cuando el barco estaba ya en ruta, sufre un nuevo desmayo. Al día siguiente a las 7 de la mañana le refiere al capitán que se encuentra cansado y que las piernas no le sostenían. A las 11'30 horas se produce su fallecimiento.

La reclamante considera que el diagnóstico de taquicardia se emitió sin haberse cerciorado del estado de salud del paciente y que existe una evidente relación de causa-efecto entre la asistencia sanitaria y el fallecimiento. Concluye en definitiva que éste vino precedido de un error de diagnóstico y de una despreocupación con respecto al paciente.

2. De acuerdo con los iniciales informes del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, efectivamente el paciente acudió a dicho servicio, remitido desde el Centro de Salud, el día 29 de octubre a las 11,39 horas. Según consta en ellos, el esposo de la reclamante presentaba desde el día anterior un cuadro de mareo, taquicardia y

fatiga y en esa fecha dolor de cabeza, mareos sin sensación de giro de objetos ni pérdida de conocimiento. De conformidad con las pruebas y exploraciones realizadas, se apreció que el enfermo se encontraba consciente, orientado y presentaba buen estado general, con tensión arterial 140/80, frecuencia cardíaca 100, temperatura 37°C, glucemia 177 mgr%. ACP: taquicardia, sin soplos, MVC, roncus aislados en pulmón derecho, no dolor torácico, abdomen blando, no doloroso, no masas pulsátiles, pulsos distales presentes, no edemas, tacto rectal negativo para sangre. Como exploraciones complementarias se realiza RX de tórax: neumonectomía izquierda; ECG: Taquicardia sinusal, no signos de isquemia miocárdica; bioquímica en sangre y hemograma; normales. Como juicio clínico se estableció el diagnóstico de taquicardia sinusal en el contexto de su broncopatía crónica, sin que se objetivaran otros datos que justificasen la taquicardia, decidiéndose el alta del servicio el mismo día de ingreso, el 29 de octubre de 1999, a las 17 horas, para seguir evolución por su médico de Atención Primaria.

En un segundo informe complementario, emitido a solicitud de este Consejo, el señalado Servicio reafirma la concurrencia de los datos expuestos, en cuanto a la sintomatología del paciente cuando fue explorado a su llegada al Centro Hospitalario y al resultado de las pruebas complementarias practicadas para verificar el diagnóstico. Señala como conclusión que al no presentar los síntomas más frecuentes en la clínica del tromboembolismo, ni disnea, ni dolor torácico, ni taquipnea, ni tos o hemoptisis, la sintomatología era totalmente inespecífica, de modo que en absoluto hacía sospechar un TEP (tromboembolismo pulmonar), aún contando con sus antecedentes. O sea, aunque se tratara de un paciente con antecedentes de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), cardiología dilatada, con probable sobrecarga ventricular derecha crónica por su neumonectomía izquierda, exfumador y bebedor actualmente activo, que llegó deambulando al servicio y lo abandonó deambulando por sus propios medios.

Pone de manifiesto este segundo informe del Servicio de Urgencias que el tromboembolismo pulmonar consiste en el enclavamiento en las arterias pulmonares de un trombo o coágulo sanguíneo desprendido de alguna parte del territorio venoso; que en la mayoría de los casos (90-95 %) se trata de una trombosis profunda de las extremidades inferiores, a menudo asintomático; y que la incidencia real del tromboembolismo pulmonar es difícil de establecer, dado que muchos episodios no se diagnostican en vida (hasta un 70 %) y gran parte de ellos son asintomáticos. Indica, no obstante, que en las series de autopsias, el embolismo pulmonar es la causa del

fallecimiento en el 4 % aproximadamente de los casos; y que el 10 % de las embolias pulmonares evolucionan hacia el infarto pulmonar, lo que ocurre sobre todo cuando existen enfermedades previas (neumopatías crónicas o cardiopatías). Tales razonamientos llevan en dicho informe a la apreciación de que las pruebas complementarias en el TEP son por completo inespecíficas y que su mayor contribución estriba en que permiten descartar otras enfermedades con clínica similar, lo que obliga a la realización de técnicas más complicadas. Todo ello contribuye a que el diagnóstico de embolismo pulmonar sea complejo, como lo demuestra el hecho de que sólo el 30 % de los episodios sean detectados en vida de los enfermos.

Se exculpa la actuación del Servicio de Urgencias en el señalado informe con la argumentación de que la atención diaria de pacientes oscila entre 225 a 300 en un día, con diagnósticos complicados, entre ellos el de embolismo pulmonar, "siendo factible que dentro de la práctica médica, que en absoluto es una ciencia exacta, que se produzcan errores en el diagnóstico aunque éste debe siempre estar adecuado a la buena praxis médica y dentro de los errores posibles establecidos".

Por último, en informe adicional reitera el expresado Servicio sus anteriores explicaciones insistiendo en que disponiendo de un sistema asistencial adecuado, tanto en personal como en medios técnicos, el cuadro clínico del enfermo, tras la realización de las exploraciones pertinentes, no sugería la presencia de enfermedad tromboembólica, razón por la que no se consideró necesario realizar más exploraciones especiales.

3. Evacuados a petición de este Consejo informes aclaratorios por el Servicio de Cardiología del mismo Centro Hospitalario, estos ponen de manifiesto los siguientes datos trascendentes, que precisan ser ponderados y valorados en la emisión del parecer de este Consejo:

- Que en el tratamiento del tromboembolismo pulmonar el cuadro clínico inicial suele ser poco llamativo, constituyendo el episodio que determina la muerte un nuevo embolismo pulmonar masivo posterior.
- Que en el paciente se hizo un estudio completo para intentar explicar sus síntomas y se interpretó que no había un gran problema clínico de base por lo que se procedió al alta.

- Que dadas las características del paciente, cuando fue visto en Urgencias, la recomendación habitual es que quede en su domicilio y acuda a Urgencias de nuevo de sentir síntomas similares o agravamiento de su cuadro clínico.

- Que el diagnóstico efectuado por el Servicio de Urgencias no contempló la posibilidad de tromboembolismo pulmonar (TEP). Este diagnóstico se realiza habitualmente en dos circunstancias: cuando el cuadro es severo y produce deterioro clínico marcado incluyendo shock, o si hay una sospecha basada en la presencia de signos clínicos de trombosis venosa en miembros inferiores.

- La información disponible en Urgencias consistía en la valoración clínica del paciente, examen físico, Rx. Torax, electrocardiograma y analítica. "En cualquier circunstancia en la que se sospeche un TEP se inicia un estudio exhaustivo que conduce al diagnóstico de esta condición y se inicia el tratamiento".

- De haberse sospechado la verdadera causa del cuadro clínico del paciente y de haberse relacionado sus síntomas a su patología cardíaca de base y su complicación (TEP) las recomendaciones de manejo clínico deberían haber sido ingreso inmediato, inicio de tratamiento anticoagulante y la práctica de estudios que confirmaran el diagnóstico. Esta segunda opción hubiese aumentado las posibilidades de supervivencia del paciente.

- De haberse sospechado una patología cardíaca de base y una complicación como el TEP la única recomendación posible es la del ingreso e inicio de un tratamiento anticoagulante. El alta dada en Urgencias sólo puede entenderse sobre la base de que los síntomas fueron interpretados como poco específicos y no se sospechó el TEP inicial ni la cardiopatía de base.

- "En un paciente con Neumonectomía, EPOC y Microcardiopatía existe un riesgo de TEP significativo". El problema es detectar el cuadro inicial de TEP cosa que evidentemente no se realizó durante su estancia en Urgencias y motivó la no instauración de un tratamiento inmediato y la interrupción de un proceso que a través de otro TEP le produjo la muerte al paciente (...). El diagnóstico de insuficiencia cardíaca no se realizó en este caso. De haberse sospechado (...) la actitud correcta hubiese sido el ingreso del paciente.

4. Del testimonio de las actuaciones penales remitido es significativo el contenido del informe médico forense de autopsia, en cuanto a la objetivación de los diagnósticos macroscópicos por orden de importancia reflejados: trombosis pulmonar

izquierda, edema agudo de pulmón, microcardiopatía dilatada muy importante, neumectomía derecha; y la correlación anatomoclínica: descompensación de cardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca derecha que ha cursado con edema agudo de pulmón y trombosis pulmonar. El fallecimiento del paciente, de acuerdo con el informe de autopsia, se produjo en definitiva debido a una trombosis pulmonar.

IV

1. La determinación de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria exige diferenciar aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa, es decir, al tratamiento o a la falta del mismo y aquellos otros casos en que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos. Para ello resulta necesario analizar si la actuación médica practicada se ha ajustado o no a la *lex artis*, teniendo en cuenta que como se ha afirmado reiteradamente en anteriores Dictámenes de este Consejo (entre ellos, 67/1996, 58/1998, 130/2002) que el funcionamiento del servicio público de la sanidad 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 permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

No obstante, resulta además pertinente insistir en que para que el instituto de la responsabilidad patrimonial se accione, en este ámbito que toca a la prestación de los servicios sanitarios, no es suficiente, que el daño con alcance de lesión patrimonial exista o haya surgido, sino que resulta preciso establecer la relación de causalidad entre dicha lesión y el servicio público, valorando con el criterio de la *lex artis* cómo se ha procedido en la prestación del servicio, en la actuación médica, para determinar si ha sido correcta, ajustada a las exigencias de sus reglas.

En este sentido resulta pacífico establecer, siguiendo la pauta trazada por la doctrina legal y la jurisprudencia del Tribunal Supremo como orientativa, que “por la importancia de los bienes sobre los que incide la práctica médica” la verificación de la acomodación a la *lex artis* ha de ser realizada con especial rigor, ya que -usando los justos términos acuñados por dicha doctrina-: “La actividad de diagnosticar, como

la efectiva de sanar, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateos de medios y esfuerzos, dado que la importancia de la salud humana así lo requiere e impone" (Ver Dictamen del Consejo de Estado de 6/6/2002).

La cuestión, pues, está en determinar, no si hubo o no en el caso sometido a consulta error de diagnóstico por los facultativos que atendieron al paciente en el Servicio de Urgencias, sino en precisar si se utilizaron o no suficientemente los medios técnicos disponibles en el servicio de atención sanitaria para el diagnóstico certero y la posible curación.

Por ello, aún matizando además que el simple error de diagnóstico no es por sí sólo determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, ni su graduación y dimensión mayor o menor implica relevancia y producción de efectos jurídicos en los distintos ámbitos del Derecho, asumimos y damos conformidad a la línea interpretativa exculpatoria de existencia de responsabilidad trasladable a la Administración cuando concurra el supuesto catalogado por la doctrina como "error de diagnóstico excusable, que en atención a las circunstancias del caso concreto hubiera podido cometer cualquier otro facultativo en la misma situación que el interviniente (...) sobre todo, atendiendo al hecho de que la obligación de los profesionales sanitarios y del servicio sanitario en general es una obligación de medios y no de resultados". (Ver Dictamen del Consejo de Estado de 30 de enero de 2003).

Precisamente esta última consideración nos lleva directamente a situar la cuestión en la fijación o enfoque sobre el análisis acerca del grado de cumplimiento, en el supuesto objeto de consulta, de la obligación de prestación de los medios adecuados en la atención del paciente fallecido, esposo de la reclamante, en función de sus antecedentes clínicos personales.

V

1. En el presente caso, de acuerdo con los informes obrantes en el expediente, al paciente se le realizó en el Servicio de Urgencias un estudio completo para intentar explicar sus síntomas (Rx de tórax, ECG y bioquímica) y se interpretó que no había un gran problema clínico de base, por lo que se procedió al alta, aunque con la indicación de que pase a su domicilio y sea controlado o atendido por el Médico de Cabecera.

Por lo que se refiere a la exteriorización de los síntomas de la trombosis pulmonar, lo informado por el Médico Adjunto del Servicio de Urgencias no permite derivar hacia la exigencia de responsabilidad patrimonial a causa de apreciar la existencia de un error de diagnóstico claro. A lo sumo podríamos aventurar hallarnos ante un eventual supuesto de error de diagnóstico excusable en la valoración efectuada a los síntomas que presentaba el paciente, tras su examen y la realización de las pruebas practicadas.

Las manifestaciones clínicas inespecíficas de la trombosis pulmonar, según refiere dicho informe del Servicio de Urgencias, dependiendo su intensidad del grado de oclusión del lecho vascular pulmonar y del estado cardio-respiratorio previo del paciente, aunque es posible observar a enfermos con embolización masiva de más del 50% y escasa o nula sintomatología. Los síntomas más frecuentes de esa enfermedad, reflejados en dicho informe, que no se apreciaban en el paciente en el momento en que fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital. La ausencia de disnea, de dolor torácico, de taquipnea, de tos o hemoptisis, junto a la sintomatología totalmente inespecífica del paciente. Todas estas circunstancias, conjuntamente sopesables, no inclinó a sospechar a los facultativos del referido Servicio que atendieron al enfermo la presencia de un tromboembolismo pulmonar, lo cual nos inclina a entender que se verificó una valoración estricta de tales datos en su acomodo a la praxis y a considerar, en consecuencia, descartable la imputación de error de diagnóstico.

2. No obstante, al tratarse de un paciente con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía dilatada, con probable sobrecarga ventricular derecha crónica por su neumonectomía izquierda, la necesaria ponderación de las circunstancias personales concurrentes, unida a las recomendaciones aconsejables o de manejo clínico pautadas, según señala el informe emitido por el Jefe de la Unidad de Cardiología, en un caso como el que se analiza, de posible sospecha de la verdadera causa del cuadro clínico del paciente, relacionando sus síntomas con la patología cardíaca de base y su complicación (TEP), la consecuente procedencia debida del ingreso hospitalario inmediato, aplicación del tratamiento anticoagulante y práctica de los estudios confirmatorios del diagnóstico, pone de manifiesto que se prescindió de facilitar al paciente los medios adecuados, incumpléndose la obligación primordial a cargo del servicio de asistencia sanitaria, y generando el nacimiento de la responsabilidad patrimonial consecuente, al existir la

necesaria relación de causalidad entre la lesión causada y la prestación del correspondiente servicio público.

3. En consecuencia, procede estimar que el paciente no recibió la atención médica adecuada a los síntomas que presentaba en aquel momento, aunque se realizaron la exploración y estudio considerado por el Servicio de Urgencias para tratar de determinar el alcance de su enfermedad, con los resultados ya descritos y a pesar de que no presentara los síntomas propios del tromboembolismo, la preexistencia de recientes episodios de desmayos y los antecedentes clínicos previos determinantes de la evolución de la enfermedad, obligaba a la Administración sanitaria a la proporción de otros medios de los que no dispuso el paciente, pese a estar disponibles.

Por ello, procede concluir que la actuación médica no fue adecuada a la *lex artis*, pues el paciente no fue tratado de conformidad no sólo con el estado que presentaba, sino con sus antecedentes, especialmente dados los síntomas reflejados en días inmediatos anteriores.

Por otra parte, el alta dada al paciente y la simple recomendación de su control posterior por el médico de Atención Primaria se considera que no fue apropiada, contribuyendo esta inadecuación también a la existencia de responsabilidad y, por ende, a que la resolución a adoptar sea estimatoria parcialmente de la reclamación planteada.

4. Para la fijación de la indemnización procedente está justificada la aplicación analógica de la normativa contenida en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de vehículos a motor, en las cantidades fijadas en el año en que se produjo el fallecimiento del esposo de la reclamante (1999), en la Tabla I del Anexo de la Resolución de 22 de febrero de 1999, a la viuda, importe ascendente a la cantidad de 76.980 euros, que ha de ser a su vez actualizada conforme a lo determinado en el art. 141.3 de la LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho. Procede la estimación parcial de la reclamación planteada y el abono a la interesada, en su condición de

viuda del fallecido, de la indemnización de 76.980 euros, actualizada conforme se expresa en el Fundamento V.4.