



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 9 / 2 0 0 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de julio de 2004.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por E.P.M., por daños personales como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 125/2004 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

A solicitud de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, mediante escrito de 9 de junio de 2004, se emite el presente Dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR) con que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica, actuando a través del Servicio Canario de Salud (SCS), iniciado por reclamación de indemnización por daños que se alegan generados por el funcionamiento del servicio público sanitario presentada, en ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (CE), por E.P.M., el 25 de marzo de 2002.

Todo ello, en aplicación de lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo. Por demás, en lo concerniente a la actuación del instituto de responsabilidad administrativa de orden patrimonial y no habiéndose establecido regulación autonómica al efecto, en ejercicio de la correspondiente competencia estatutaria (art. 32.6 del Estatuto de Autonomía), es de aplicación plena la normativa de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (arts. 139 y siguientes, LRJAP-PAC), así como el

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/93, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 142.3 LRJAP-PAC.

En el análisis técnico-jurídico a realizar son asimismo aplicables, en razón de la materia, tanto las Leyes 14/86, General de Sanidad (LGS) y 26/84, General para la Defensa de Consumidores y Usuarios (LGDCU), como la autonómica 11/94, de ordenación sanitaria de Canarias (LOSC). Además, ha de tenerse en cuenta la reciente jurisprudencia de los Tribunales, en especial naturalmente del Tribunal Supremo (TS), y, es claro, la doctrina de este Organismo, esencialmente acorde con tal jurisprudencia y sentada en sus Dictámenes en la materia.

II

1. La reclamante, E.P.M., está legitimada para interponer la reclamación como interesada, siéndolo también A.A.P. y D.A.P. (art. 142.1, en relación con los arts. 139.1 y 31.1 LRJAP-PAC), estando acreditado que la primera es la esposa y los segundos los hijos de A.A.G., fallecido de enfermedad coronaria tras ser asistido y tratado en el Hospital de La Candelaria.

Por consiguiente, es competente para tramitar y resolver el procedimiento el SCS, organismo administrativo con personalidad propia integrado en la Administración autonómica y facultado legalmente para gestionar el servicio público sanitario y, por ende, para asumir la responsabilidad correspondiente, pues la atención sanitaria que se alega genera esos daños se efectúa en Centros sujetos a su control, integrados en el Sistema Canario de Salud. Concretamente, el procedimiento para determinarla se tramita, como órgano instructor, por la Secretaría General del SCS y ha de resolverse por su Director.

2. Desde luego, la reclamación ha de tramitarse en cuanto que se presenta en tiempo hábil para ejercer el derecho a reclamar y, por otro lado, el daño por el que se reclama cumple los requisitos legalmente previstos al respecto, siendo efectivo, económicamente evaluable y personalmente individualizado (arts. 142.5 y 139.2 LRJAP-PAC).

En todo caso, tras requerirse la mejora de la reclamación por la Administración, la reclamante facilita la documentación requerida, identificando en particular a sus hijos como otros interesados, y propone medios probatorios, entre ellos el Informe,

referido a cuestiones específicas que entiende pertinentes sobre el proceso seguido y la causa de su fatal desenlace, del Jefe de Servicio de Cardiología del Centro hospitalario y, considerando que no consta en la historia clínica, el Informe del alta hospitalaria de su esposo, aunque tal Informe sí consta en el expediente remitido a este Organismo, así como el del alta de la UMI a planta.

III

1. La reclamante señala en su escrito de reclamación que A.A.G. fue ingresado el 22 de marzo de 2001 en el Servicio de Urgencias del Hospital de La Candelaria, remitido desde su Centro de Salud, con problemas coronarios y diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM), pasando a la UMI tras ser observado y recibiendo tratamiento diverso y apropiado a su mal.

El 23 de marzo de 2001 se le efectúa cateterismo cardíaco y se detectan los problemas coronarios del paciente, procediéndose a asistirle en consecuencia. Después, aunque A.A.G. no estaba bien del todo a su juicio, a los tres días se le dio el alta a planta, donde se le controló y siguió tratándosele.

Dos días después, habiendo respondido al tratamiento y estando estabilizado y asintomático, se le da el alta hospitalaria, pautándosele un tratamiento que incluye cierta dieta, la toma de múltiples medicamentos apropiados al caso y, según dice, la recomendación de caminar tres kilómetros diarios.

El 3 de abril de 2001, seis días más tarde y después de seguir el tratamiento pautado, incluidas las caminatas, de las que llegaba agotado, A.A.G. sufre una crisis y vuelve a ser ingresado, entrando en la UCI del Hospital de La Candelaria desde su Servicio de Urgencias, con taquicardia ventricular incesante y, pese al tratamiento recibido, fallece el 4 de abril de 2001 por shock cardiogénico.

En opinión de la reclamante, que acompaña los documentos del expediente que se le han facilitado, entre los que al parecer no constaba, al menos en principio, el alta hospitalaria, solicita ser indemnizada porque, aun cuando el tratamiento recibido en el Centro hospitalario fuera adecuado en las dos ocasiones en que se le asistió allí, considera que, dado el estado del enfermo y la gravedad de su diagnóstico, no debió ser dado de alta tres días después de ser trasladado a planta. Por eso, concluye que esta precipitación, junto con la recomendación de caminatas

tan largas y no de reposo, es la causa de que, al poco tiempo, recayera en su enfermedad y muriera, siendo responsable el SCS.

La indemnización la fija en 480.809 €, aunque no la especifica, ni fundamenta la cuantía.

2. La PR desestima la reclamación al considerar no sólo que, como la propia reclamante reconoce, el tratamiento en el Centro fue el adecuado, disponiéndose y usándose los medios exigibles y adecuados a la enfermedad del paciente, en tiempo y forma, sino que los postoperatorios y consiguiente tratamiento y recomendaciones, según Informes disponibles, se ajustan a lo procedente en estos casos.

Por tanto, el daño producido, con el fallecimiento del paciente, no tiene relación con el funcionamiento del servicio porque no se produce, directa o aun conexamente, por la actuación de los profesionales del SCS que lo asistieron. Por el contrario, es consecuencia exclusiva de su enfermedad, como episodio derivado del infarto sufrido que no puede conocerse que vaya a producirse y que no es evitable, teniendo un difícil tratamiento, por lo que tiene un elevado índice de mortalidad.

IV

En el procedimiento se detectan, y ello es causa de los habituales e indebidos retrasos en la tramitación de estos expedientes por el SCS, las siguientes deficiencias:

1. Tras presentarse la reclamación el 25 de marzo de 2002 y contestarse a su mejora el 7 de mayo de 2002, previo requerimiento por la Administración el 12 de abril de 2002, se dicta, sin más tramitación en medio que conste en el expediente y sin explicación alguna al respecto, Resolución de admisión a trámite el 9 de junio de 2003. Pero, además de esta extraordinaria y enorme tardanza en tomar tal decisión y sin perjuicio de la aplicabilidad del art. 71 LRJAP-PAC, aquí efectuada, también se comunica a la reclamante que, en aplicación de lo dispuesto en el art. 42.5.c) de dicha Ley y siendo preceptiva la solicitud de ese Informe, se suspende el plazo de resolución del procedimiento para recabar el Informe del Servicio de Informes, Farmacia y Prestaciones (IFP) por el tiempo en que éste se emita y reciba.

Pues bien, en primer lugar ha de indicarse que, aparte las responsabilidades que fueren exigibles por lo antedicho y, forzosamente, por la injustificada demora en

resolverse el procedimiento que genera, el procedimiento no se inicia por esta Resolución, sino por la presentación de la reclamación, aun pudiéndose suspender el plazo resolutorio para proceder a su mejora. Por tanto, no sólo hacía muchos meses que se había producido el inicio del procedimiento al dictarse, no pudiendo por supuesto ordenar ella tal inicio, sino que incluso ya había vencido el plazo para resolver.

Por otra parte, en propiedad el Informe que preceptivamente ha de recabarse en este procedimiento y caso no es el del Servicio de IPF, sino el de los Servicios que atendieron al paciente o aquél cuya actuación se alega genera el daño, de modo que es la solicitud de éste el hecho que puede fundar la suspensión y no la de aquél, aunque de pasada se diga que se recaba para obtener el otro; alegato que tampoco es exacto, generándose de todos modos el alargamiento de la suspensión indebidamente. En todo caso, esta suspensión tiene un plazo máximo de tres meses, circunstancia que ha de advertirse a la reclamante, aunque en este caso no se agotó tal plazo, pues se emitió el Informe el 1 de agosto de 2003.

Además, ha de advertirse que, si esta Resolución fuere de inadmisión, la misma sería la que termina el procedimiento, debiendo dictarla el órgano competente para decidirlo o resolverlo y siendo, naturalmente, recurrible por la interesada (art. 42.1 LRJAP-PAC).

Y que, habiéndose iniciado el procedimiento con la reclamación y estando en trámite desde entonces, es claro que no procede que las actuaciones las realice un órgano o funcionario que no sea el instructor, que ha de ser quien se establece reglamentariamente que sea por demás. Esto último ocurre con las actuaciones realizadas antes de dictarse la llamada Resolución de admisión, debiéndose recordar al respecto que no cabe suspender un plazo resolutorio que no estuviese transcurriendo, ni resolver un procedimiento no iniciado, como habría de hacerse de no atender el interesado la mejora de la reclamación.

2. El órgano instructor ha de proceder, legalmente, a la apertura del período probatorio cuando no tenga por ciertos los hechos alegados por la interesada, como aquí es claro que sucede y sin perjuicio de lo dispuesto, en orden a la admisibilidad de la reclamación, en el art. 6 RPRP sobre el recibimiento a prueba y la indicación de los medios probatorios a utilizar (art. 80.2 LRJAP-PAC).

En relación con ello, los interesados pueden aducir alegaciones o aportar documentos probatorios o de juicio a lo largo del procedimiento, incluido el trámite probatorio lógicamente (art. 79.1 LRJAP-PAC), no pudiendo el instructor rechazar las pruebas propuestas por la interesada, antes de y durante ese trámite, más que por Resolución motivada y siempre que sean manifiestamente innecesarias o improcedentes (art. 80.3 LRJAP-PAC). Desde luego, la admisión o no de pruebas y la subsiguiente práctica de las admitidas sólo puede efectuarse tras la apertura de este período, de modo que no cabe decidir al tiempo la apertura y la admisión.

En cualquier caso, la Resolución del instructor en este trámite es recurrible, teniendo en cuenta la incidencia de la decisión en la resolución del procedimiento. A mayor abundamiento, no sólo dicha decisión puede ser suspendida por idéntica razón, sino que ha de resolver el recurso el órgano superior jerárquico al que la dicta, siendo éste el instructor y aquél la persona a quien corresponde decidir definitivamente el procedimiento (arts. 107.1, 111 y 114 LRJAP-PAC).

Sin embargo, es lo cierto que la reclamante, advertida al efecto por la Administración en su requisitoria de mejora de la reclamación, propuso determinados documentos como medios probatorios, con alusión al Informe del alta hospitalaria, que consta en el expediente, aunque no se sabe si desde el principio pese a la queja sobre su supuesta ausencia de la reclamante, y al del Jefe del Servicio de Cardiología, que en efecto se emitió, por más que era obligado recabar su emisión por el instructor de todos modos (art. 10 RPRP).

Además, teniendo oportunidad de presentar más pruebas durante el procedimiento, máxime dada su inadecuada e improcedente duración, no hizo uso de esta posibilidad, ni recurrió la Resolución de que se trata o aun utilizó la facultad que legalmente le concede, con ocasión del trámite de audiencia, el art. 84.3 LRJAP-PAC. Así, se limitó en éste a reiterar sus argumentos y solicitud, aunque añadiendo el reproche, un tanto inconsistente al pedir ella misma su emisión y no acreditar la incorrección de lo informado, sobre el contenido del Informe de Cardiología y su opinión de que, en realidad, el alta se dio rápidamente al necesitarse la cama ocupada por su esposo, sin proporcionar datos en los que apoyarla.

3. Cabe añadir que no consta en el expediente documento de información al paciente, o a su familia, de los datos de su enfermedad, con su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y actuaciones, pero, aparte de que no hay queja de la interesada a este respecto, ni en particular sobre que no se le informara de estas

cuestiones, resulta de la documentación disponible que tanto el paciente como ella, en su caso, los conocieron, incluida la cuestión de la recomendación para hacer ejercicio, aunque pueda discreparse sobre como y cuando hacerlo. Pero tal discrepancia ha de resolverse en base a la acreditación de la versión de cada parte sobre este asunto y, en todo caso, habrá de ponderarse su relevancia en relación con su incidencia en la ocurrencia del fallecimiento del paciente.

4. La PR, como proyecto que es de la Resolución del procedimiento, aunque sea distinta de ésta y producida por órgano diferente, ha de formularse con la forma de los Actos del órgano decisor y con el contenido previsto en el art. 89 LRJAP-PAC, en sus diferentes apartados, de modo que la analizada presenta defectos tanto por ausencia, como por la inclusión en el texto de resolución que se propone de un apartado segundo que no está destinado a formar parte del texto definitivo.

Además, es evidente que, por las deficiencias en el procedimiento ya advertidas y sin justificación al respecto, no acordándose siquiera, aunque ello deba hacerse como prevé exactamente el art. 42.6 LRJAP-PAC en cada caso, la ampliación del plazo resolutorio, éste ha vencido sobradamente. Lo que no obsta a que, por obligación legal, deba resolverse expresamente el procedimiento, sin perjuicio de las responsabilidades o consecuencias que ello comporte y de que la interesada pueda entender desestimada su reclamación y proceder en consecuencia (arts. 42.7 y 142.7 LRJAP-PAC).

V

1. En cuanto al fondo del asunto respecta, ha de entenderse obviamente que está acreditado el daño producido a los interesados, en forma del fallecimiento del esposo o padre de éstos, así como que el mismo ocurrió en relación con la prestación del servicio público sanitario, realizada en un Centro médico dependiente del SCS, estando conectado a un proceso de enfermedad coronaria de la que fue tratado, en dos ocasiones, al iniciarse y al complicarse, el paciente fallecido en los Servicios de UMI y de Cardiología.

Por otra parte, no hay duda, reconociéndolo la reclamante, que el tratamiento al paciente, en medios, atenciones y tiempos, fue correcto en ambos Servicios y tanto en la primera, como en la segunda ocasión. Naturalmente, con la salvedad que señala aquélla y que, a su juicio, fue la determinante de la causa del fallecimiento,

en cuanto que el paciente fue dado de alta precipitadamente, antes de estar recuperado totalmente y habida cuenta de la gravedad de su diagnóstico, ayudando al fatal desenlace la recomendación de que, en lugar de reposar, efectuara grandes caminatas.

2. Sin embargo, estas opiniones y pretensiones de la reclamante no encuentran apoyo en la documentación disponible, especialmente en el Informe de especialista que ella misma solicitó que se emitiera, ni ha aportado acreditación al efecto para contradecir lo informado, justificando la corrección de la actuación médica, en su conjunto e incluyendo las razones y condiciones del alta hospitalaria, en particular la recomendación de ejercicio en una forma y límites determinados.

Así, sin aportarse prueba en contrario, los informantes indican que el alta procede en este tipo de casos cuando, al cabo de cuatro días de duración mínima del tratamiento, habiendo transcurrido aquí seis desde el ingreso, el enfermo responde al mismo, estando estabilizado, recuperado y asintomático, como en este supuesto sucedió al controlarse su IAM y el mal cardiológico presentado y no tener otros problemas en el árbol coronario que exigiera ulterior cuidado o atención. En esta línea, se señala que al enfermo se le pautó el tratamiento extra-hospitalario adecuado, incluyendo diversos medicamentos y cierto ejercicio, apropiado en este tipo de enfermedad, que debía ajustarse a su estado y humor, así como el control por el cardiólogo de zona y aun, en diez días, del médico de cabecera.

Lo que, cubiertas estas exigencias, no empece que el alta pueda favorecer la disponibilidad, sin duda necesaria, de espacio para atender a otros enfermos, en especial con enfermedad similar, dada su complejidad, mortalidad y frecuencia.

Por otro lado, igualmente sin existir informe en contrario, se informa que el segundo ingreso ocurre, no por fallos en el tratamiento inicial y en el postoperatorio subsiguiente o por el alta efectuada cuando lo fue, sino al producirse un episodio propio de enfermos que han sufrido un I.A.M. o tienen los defectos presentados por el paciente en su sistema cardiológico, aunque fueren tratados satisfactoriamente al principio, el cual se conoce que puede ocurrir pero sin garantía de saberse si sucederá de hecho o, en especial, de cuándo y cómo. Por eso, no es posible atenderlo hospitalariamente, como parte del tratamiento inicial, ni pretender que se prevea, manteniendo al paciente en la UMI o en planta, fuera de un tiempo razonable, siendo su aparición inesperada, aleatoria e inevitable y, aun teniendo

tratamiento, como el que aquí se practicó, no hay seguridad de éxito y tiene constatado un alto índice de mortalidad.

3. Por tanto, en estas condiciones, no puede argumentarse que el paciente no hubiera tenido la atención sanitaria adecuada y posible, siendo desde luego la exigible en el sistema sanitario público, con inclusión de la previsión de la eventual aparición de la complicación surgida, al pautarse los medicamentos y el control adecuado al mantenimiento del paciente en su situación de recuperación y, por ende, con intento de evitar la aparición de aquélla. La cual, en todo caso, aparece por el desarrollo propio de la enfermedad padecida y, por demás, fue tratada al presentarse con los medios pertinentes que, sin duda, no garantizan que pueda superarse.

En definitiva, es ajustado a Derecho que la PR desestime, visto el expediente y los datos disponibles, la reclamación presentada, no acreditándose que el fallecimiento esté conectado al funcionamiento del servicio público sanitario, en cuanto fuere consecuencia de la asistencia y atención o tratamiento dispensado al esposo de la reclamante, no siendo desde luego imputable al SCS la causa de tal daño.

CONCLUSIÓN

La propuesta de resolución es ajustada a Derecho, y procede desestimar la reclamación de responsabilidad.