



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 2 / 2 0 0 7

(Pleno)

La Laguna, a 23 de enero de 2007.

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 L.R.C., en nombre y representación de C.F.R., C.N.G.F. y C.D.G.F., por daños ocasionados como consecuencia de la tardía intervención del servicio de ambulancia (EXP. 399/2006 ID)\*.*

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

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar, de las reclamantes al pretender el resarcimiento de un daño que se les irrogó como consecuencia del fallecimiento de C.A.G.C., cuyo origen se imputa a la asistencia sanitaria prestada el Servicio Canario de Salud. Aquí son interesadas, C.F.R., C.N.G.F. y C.D.G.F., esposa e hijas, respectivamente, del

\* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

\* **VOTO PARTICULAR:** Sr. Suay Rincón.

fallecido, y, por ende, herederas legales del mismo. Actúan en este procedimiento por medio de L.R.C., como representante acreditado.

En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación. Pues si bien ésta se presenta el 27 de octubre de 2004, respecto de un hecho acaecido el 4 de abril de 1998, sin embargo se presenta dentro del plazo legal al efecto, pues, habiéndose realizado actuaciones judiciales, como consta en el expediente, el año de prescripción se contará a partir de la notificación del auto de la Audiencia por el que se resuelve el recurso de apelación, desestimándolo y confirmando el archivo de las actuaciones, siendo el auto de 9 de octubre de 2003 y su notificación de 27 de octubre de 2003.

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.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. 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.

## III y IV<sup>1</sup>

### V

1. En cuanto al fondo del asunto la Propuesta de Resolución viene a señalar, en primer lugar, que en cuanto a la valoración de la actuación de los facultativos de Atención Primaria, ésta ya ha sido enjuiciada en las Diligencias Previas instruidas al efecto sobre imprudencia profesional con resultado de muerte, esto es, desde el punto de vista de la imputabilidad penal, y las actuaciones judiciales practicadas

---

<sup>1</sup> Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

indican que la intervención médica ha sido correcta y los hechos no son constitutivos de delito o falta; por ello, se acuerda el archivo de las actuaciones, por lo que ha de entrarse aquí en la valoración de dicha actuación desde el punto de vista de la responsabilidad patrimonial de la Administración. La PR, después de analizar si el fallecimiento de C.A.G.C. se derivó de la actuación sanitaria, viene a concluir que no se da tal responsabilidad, desestimando la reclamación de la parte interesada.

Para ello, la Propuesta se funda en las siguientes conclusiones extraídas del informe del Servicio, de 28 de marzo de 2005, que se interponen, a juicio de la Administración en la relación causal entre el daño y el funcionamiento del Servicio:

- La gravedad inherente a la enfermedad.
- La dificultad de llegar al diagnóstico.
- Que el paciente debutó con sintomatología poco clara.
- Que en el momento del primer reconocimiento por el facultativo estaban ausentes síntomas que orientaran a una situación urgente que recomendara su traslado al Hospital.
- Que el tratamiento, además del control de la tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura, reequilibrio electrolítico, hematocrito, conlleva una resección del intestino, que en el caso de trombosis arterial habitualmente tiene que ser amplia.
- Los familiares del paciente no contactaron con el SUC para el traslado del paciente según recomendación realizada tras el primer contacto con el médico del centro de salud y antes de la primera visita domiciliaria. El facultativo de urgencias durante esta jornada no puede abandonar su puesto de trabajo dejando desatendida al resto de la población, salvo que por urgencia del caso lo movilice el SUC o como, en este caso, se localice a otro facultativo para que acuda al domicilio.
- Concluye el informe manifestando que tales circunstancias permiten concluir la falta de relación única entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y el fallecimiento del paciente.

Por todo ello, la Propuesta de Resolución afirma que *“la actuación sanitaria fue acorde con la lex artis, como así las evidencias recogidas en la fundamentación jurídica segunda del Auto de fecha 20 de marzo de 2003 donde recoge: “De la secuencia de los hechos y de las intervenciones de los distintos facultativos lo único*

*que puede entresacarse es el hecho de que se trata de una enfermedad que en principio es de difícil diagnóstico y cuya evolución (en tres fases, según la Médico Forense), pese a la gravedad que entraña no se revela como especialmente importante y así, se habla de un primer periodo con dolores abdominales que no se corresponden con datos de una exploración física y que aunque se acompañen de sangrado no suele ser llamativo. La segunda fase es llamada incluso de "calma engañosa", produciendo una mejoría del paciente quien se siente aliviado pese a que se agrava el estado de shock hasta llegar a la tercera fase donde las lesiones son irreversibles. Quizás todos estos datos explican incluso la actuación inicial de los familiares, quienes visitan el centro de salud, no muestran especial alarma o nerviosismo y no solicitan directamente la ambulancia para traslado hospitalario donde, es posible, que se hubiese detectado la enfermedad mucho antes. En los hechos intervienen una serie de circunstancias como que el médico del centro de salud a quien primero se acude no puede abandonar el mismo, la asistencia de distintos doctores, la realización de visitas al domicilio donde no existen los medios adecuados para la realización de las exploraciones y tantas veces referidas ausencias de síntomas claros que determinaron que pasaran las horas, aumentando la gravedad de la situación y desencadenando el fatal resultado. Pese a ello la actuación de los médicos implicados, teniendo en cuenta las circunstancias en las que se produjeron y los datos con los que contaban, se considera que no pueden ser tachadas de negligentes y en consecuencia, de ellas no puede derivarse responsabilidad penal".*

2. Por su parte, la parte interesada alegaba, como base de su reclamación, los siguientes argumentos:

- En ningún momento se reseña que se haya escrito algo en relación con la historia clínica del paciente, pues ni el Dr. H. ni el Dr. V. vieron al paciente, y, por su parte, el Dr. A., a pesar de que la primera vez que lo visita (tras transcurrir más de cinco horas desde la primera llamada) lo encuentra bien y no escribe absolutamente nada.

- Por otra parte, los dos primeros doctores citados no vieron al paciente, a pesar de lo cual llegaron a enjuiciar varios diagnósticos clínicos, pero es que, además, el tercero, a pesar de haber estado junto al paciente omitió no sólo la inspección anorrectal, sino todo lo que supone una exploración. Es decir, que en ningún momento se le realiza al paciente exploración complementaria alguna, y a pesar de ello los doctores realizan sus diagnósticos clínicos, llegando al diagnóstico

definitivo en la necropsia, que no coincide con ninguno de los datos por los tres doctores.

- Asimismo, se hace referencia a que, por la imposibilidad de que el facultativo se trasladara al domicilio del paciente, y, como dice el Dr. H. en su declaración, se debe enviar una ambulancia al domicilio del paciente para que sea trasladado al servicio de urgencias para ser visto por un facultativo, cosa que no se realizó hasta más de siete horas desde la primera llamada y a petición del Dr. A., cuando el paciente ya estaba *premortem*, y a pesar de que la familia llamó al 112 en repetidas ocasiones, contestando dicho Servicio que sin orden facultativa no podían desplazarse a asistir a ninguna persona, situación que comentan con el facultativo a pesar de lo que no llama al 112.

- En fin, concluyen que no cabe duda de que el paciente debió ser trasladado mucho antes al Servicio de Urgencias para ser visto por un facultativo y que se le realizara la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias adecuadas para intentar hacer un diagnóstico basado en datos objetivos. Pero resulta todavía más necesario su traslado ante la sospecha diagnóstica realizada por el Dr. V. de úlcera de estómago sangrante, que es una forma de presentación de la HDA, esto es, hemorragia digestiva alta, siendo ésta una complicación grave de una lesión digestiva que requiere tratamiento en un centro hospitalario, a pesar de lo que el Dr. V. no llamó al 112.

3. Ante las consideraciones de una y otra parte, se hace necesario recurrir al informe forense que se ha aportado a este expediente, como parte del expediente judicial cuya copia se ha facilitado.

En él se comienza considerando que de la sucesión de hechos desde que el paciente inicia el cuadro de dolor abdominal hasta que es trasladado al hospital, la única información médica disponible se desprende del informe del facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital (Dra. D.) y de las recetas médicas extendidas por los facultativos del Servicio de Urgencias del Ambulatorio, por lo que la información del caso clínico ha sido obtenida, necesariamente, de las declaraciones de la familia del fallecido y de las realizadas por los médicos implicados. Pero, por otro lado, a lo largo del informe se destacan las contradicciones entre las versiones de las distintas partes.

En este sentido, parte el informe forense de que la causa de la muerte del paciente fue una isquemia intestinal, según informe de autopsia, luego confirmado

por el Instituto Nacional de Toxicología tras el estudio anatomopatológico, macroscópico y microscópico. La forense hace un análisis de las características de aquella enfermedad, así como de sus dificultades de diagnóstico, lo que es primer motivo de la elevada mortalidad a la que conduce.

Asimismo, señala que *“lo más importante en el diagnóstico de esta enfermedad es la sospecha clínica. Debe establecerse esta sospecha ante un paciente que presenta un dolor abdominal intenso, de comienzo brusco, que dure más de 2 ó 3 horas y sobretodo si existe o se intuye la existencia de trastornos vasculares. Esta sospecha debe ser especialmente intensa en pacientes por encima de los 50 años con enfermedad cardíaca, vascular o arteriosclerótica, arritmias, embolias previas o hipotensión”*.

El Informe Forense, además, indica que la elevada mortalidad en las isquemias suele proceder, “en primer lugar, del retraso en el diagnóstico”. Dada esta información, y teniendo en cuenta que concurren todas aquellos síntomas en el paciente (pues, entre otras cosas, además consta en los antecedentes de su historia clínica, según el propio informe del Servicio, que el fallecido padeció necrosis irreversible MMI, amputación supracondílea e insuficiencia venosa crónica), ha de afirmarse que desde la primera consulta del familiar a los facultativos, éstos debieron acudir a la historia clínica del paciente y, viendo estos antecedentes, además de los síntomas que la hija del fallecido señalaba como padecidos en aquel momento, los médicos debieron enviar una ambulancia para el traslado del enfermo al hospital y explorarlo, a fin de llegar a un diagnóstico cierto.

Consta, sin embargo, que se diagnosticó fuera de la presencia del enfermo, por la causa que sea, lo que, además, como añade el informe forense, constituye un desvío de las actuaciones en relación con los protocolos médicos.

Cuatro horas antes de producirse la muerte el Dr. V. ya había sido informado de que el enfermo sangraba (dictaminó “úlceras sangrantes”); pero no ordena su traslado en ambulancia a un Centro médico, para verificar el diagnóstico y aplicar los remedios sanitarios adecuados. Por el contrario, según afirma la hija del difunto, este doctor le indica entonces que si continúa sangrando al día siguiente (domingo) lo traslade al Hospital. Tampoco se requiere por los médicos el traslado en ambulancia dos horas y media antes de la muerte, con ocasión de la segunda visita domiciliaria; al respecto, el Dr. V. había indicado al Dr. A. que si lo consideraba necesario remitiera el enfermo en ambulancia al Hospital, pero éste no lo hizo, al no apreciar que el grado de gravedad del enfermo lo exigía. Pero es que, además, el doctor visitante,

que es el tercero que dictamina, con lo que se producen al respecto tres juicios facultativos diferentes, rebaja la gravedad del diagnóstico de una úlcera sangrante (Dr. V.) a unas simples "hemorroides sangrantes" (Dr. A.).

En todo caso, es, precisamente, la tardanza en el diagnóstico lo que motiva el incremento del riesgo de muerte en esta enfermedad, y hubo tal tardanza, a pesar de que se dieron síntomas que, con los antecedentes del paciente, pudieron haber hecho sospechar la gravedad de la situación.

En definitiva, puede afirmarse que en este caso han concurrido los siguientes elementos:

1) el mayor factor de mortalidad de la isquemia intestinal es el retraso en el diagnóstico

2) en el supuesto sobre el que se dictamina había criterios suficientes para haber mediado sospecha médica de la existencia de aquella enfermedad; de hecho, en la segunda de las conclusiones médico-legales de la forense se afirma: *"La clínica presentada por el paciente, previamente a su fallecimiento, se corresponde con el cuadro clínico de la isquemia intestinal, si bien puede decirse que su evolución siguió un patrón atípico por su rapidez"*.

3) no se reaccionó con diligencia ante esta razonable sospecha, sino que se dio un diagnóstico erróneo (en realidad, tres diferentes entre sí), al cual se llega en dos de ellos sin estar presente el enfermo.

4) se reconoce y asume por la Administración, al citar el auto de sobreseimiento, que en el centro hospitalario se habría detectado antes la enfermedad

5) y, desde luego, tras el diagnóstico correcto, se hubiera aplicado el consecuente tratamiento, con o sin éxito, eso nunca se sabrá

Pues bien, de todo lo expuesto cabe concluir la existencia de nexo causal entre el daño producido y el tratamiento recibido por parte del Servicio Canario de Salud, de lo que cabe deducir la responsabilidad de la Administración en el caso que nos ocupa.

4. Los reclamantes no explican qué criterios han aplicado para determinar la cuantía de la indemnización reclamada. Entiende este Consejo que, como en otros casos similares, resulta de aplicación, por analogía y con las modificaciones que cada caso requiera, el cuadro de cuantías establecido para el año 1998 en desarrollo de la

Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, 30/1995, de 8 de noviembre (Sent. T.S. de 28 junio 1999), que “será tomado con valor orientativo” (Sent. T.S. de 21 abril 1998). Estas cantidades habrán de ser actualizadas a la fecha de la definitiva resolución del expediente, en los términos indicados por el art. 141.3 de la Ley 30/1992.

5. Sin embargo, no puede desconocerse la falta de la diligencia debida por parte de los familiares reclamantes del fallecido, en el cumplimiento de lo que en sus manos estaba hacer. Se afirma por las interesadas, en su reclamación, que, tras varias llamadas por su parte al 112, éste no acudió sino tras siete horas desde la primera llamada. Frente a esa afirmación, la Administración solicitó informe al SUC a fin de que confirmara las llamadas realizadas desde el domicilio del fallecido, constando en su informe la existencia de una solamente, que fue la que dio lugar al traslado del paciente al hospital, falleciendo 15 minutos más tarde. Tales hechos son confirmados por el informe complementario aportado por el SUC, a solicitud de este Consejo.

Asimismo, se manifiesta por el Dr. V., que al indagar sobre la patología del paciente y preguntarle sobre el tratamiento seguido, se percató de que no se había cumplido el mismo correctamente, teniéndolo en casa, y, siendo un protector gástrico posiblemente hubiera evitado llegar a las circunstancias finales que acaecieron. Esto no es refutado por la parte reclamante.

Conforme a estos elementos, ha de entenderse que la familia concurrió, en cierta medida, a que los hechos transcurrieran del modo fatal en que se sucedieron, al no adecuar su actitud a la debida conforme a lo que se les recomendaba. Por ello, dada la concurrencia de responsabilidad de los familiares del fallecido, compartiendo ésta con la Administración, procede minorar la indemnización correspondiente en un 50%.

## C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues en el presente caso se da relación de causalidad entre la actuación médica y el daño producido, lo que permite afirmar la responsabilidad de la Administración, por lo que ésta habrá de indemnizar a los reclamantes. No obstante, tal indemnización se minorará hasta un 50% de la cuantía resultante de aplicar los cuadros indicados en el Fundamento V.4



de este Dictamen, por resultar imputable parcialmente a los reclamantes el daño por el que se reclama.

**VOTO PARTICULAR QUE FORMULA EL EXCMO. SR. CONSEJERO DON JOSÉ SUAY RINCON AL DICTAMEN 42/2007 DEL PLENO (EXP. 399/2006 IDS).**

1. A mi juicio, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la interesada podría resultar atendida si, tal y como refiere en sus intervenciones en el expediente, hubo diversas llamadas a los Servicios de Urgencia requiriendo la presencia de una ambulancia en el domicilio y sus requerimientos no resultaron atendidos. Lejos de confirmarse este extremo, sin embargo, la petición de información complementaria ha venido a confirmar que la única llamada que consta es la realizada a las 13'49 h.

Siendo ello así, en mi opinión, no es posible identificar un título de imputación específico sobre cuya base pueda fundamentarse la responsabilidad patrimonial en este caso. Ciertamente, la mera constancia de una petición de asistencia sanitaria y la puesta en marcha de ésta no es por sí solo título suficiente, a tal efecto. Como, por ejemplo, tampoco responde la Administración sin más porque un determinado daño se produzca en una carretera de su titularidad.

El carácter indudablemente objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración no permite ser interpretada en sentido omnímodo, desbordando el ámbito que le resulta propio, porque la Administración no puede convertirse en una especie de aseguradora de riesgos universal. Se requiere, en consecuencia, la concurrencia de un título específico de imputación.

2. En el supuesto sometido a la consideración de este Consejo Consultivo, el desenlace fatal cuya producción pretende erigirse en el factor determinante de la responsabilidad patrimonial de la Administración tiene su origen en última instancia en la propia patología de la víctima. Resulta ello indudable.

Pretende, sin embargo, derivarse la responsabilidad a la Administración, por la supuesta existencia de una defectuosa asistencia sanitaria.

De acuerdo con los hechos que han dado lugar a la presente reclamación de responsabilidad, cabe admitir que, en efecto, el acierto en el diagnóstico médico desde el primer instante podría haber contribuido a evitar el daño finalmente ocasionado. Pero, tal como se reconoce en el expediente, la propia patología que

presentaba el paciente era a su vez de difícil diagnóstico, en particular, en este caso; con una sintomatología, por otro lado, que arrojaba escasa luz, y con un resultado fatal que por lo demás se precipita en pocas horas.

Pudo haber ciertamente un error de diagnóstico, pero la sola existencia de dicho error no determina por sí solo, siempre y en todo caso, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Porque la responsabilidad de la Administración no surge por defecto en el funcionamiento "óptimo" de sus servicios públicos. Si fuese así, procedería declararse en este caso. Pero las consecuencias de un planteamiento de esta índole no podrían atender, ni tampoco de nuestro ordenamiento jurídico puede deducirse dicha exigencia. Por lo que, a los efectos que nos ocupan, es que en definitiva procede, es determinar si la actuación administrativa se desenvuelve o no dentro de los estándares ordinarios de calidad exigibles en la prestación del servicio. Porque sólo si se incumplen dichos estándares, podría apreciarse la concurrencia de responsabilidad.

Desde la perspectiva expuesta, cabe esgrimir que, si desde el Centro de Salud se hubiese dispuesto el traslado del paciente a dicho lugar al objeto de ser examinado, el resultado habría podido evitarse. Ciertamente, nada permite asegurarlo a ciencia cierta. Pero, esto aparte, no puede imponerse a tales Centros la obligación de disponer el traslado a ellos de los pacientes con dificultades notorias para desplazarse, y que ellos sean, en consecuencia, los que dispongan dicho traslado enviando las ambulancias a los domicilios particulares, sin tener a los enfermos bajo su presencia. Conforme a las exigencias propias de un estándar óptimo en la calidad del servicio, podría sostenerse (y generalizarse) dicha exigencia; pero, por desgracia, está ello, lejos de las posibilidades actuales del funcionamiento de la Administración.