



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 2 6 / 2 0 0 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de mayo 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.S.A.C., en nombre y representación de M.M.V.T., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 168/2007 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Este Dictamen se pronuncia sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada producida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma, por la que se propone desestimar la reclamación de indemnización por daños, que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario, presentada en ejercicio del derecho indemnizatorio al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico a partir del art. 106.2 de la Constitución, en exigencia de la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio por la que se estima deficiente actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Es competente para formularla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. La representante de los reclamantes declara que el 5 de febrero de 2000, alrededor de las 00:30 horas, el afectado sufrió un grave accidente de circulación y,

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

como consecuencia del mismo, fue trasladado al Hospital General de Lanzarote, ingresando a las 01:00 horas con un cuadro de politraumatismo grave con traumatismo craneoencefálico severo, constando además en un Informe de Urgencias que, entre otras cosas, el paciente presentaba un hematoma subcutáneo frontoparietal derecho.

Al respecto, el Jefe del Servicio de Urgencias, el Doctor U., reseña en parte médico que el ulterior traslado “se produce con motivo única y exclusivamente de proceder a la donación de los órganos del paciente”.

En dicho Centro hospitalario también se le practica un T.A.C. craneal, observándose un hematoma subdural.

4. A las 01:30 del 5 de febrero de 2000 el Doctor G.Z. comunica a los familiares que no hay solución alguna y que su hijo sufre una muerte cerebral, pese a no estar constatado que se cumpliera con lo dispuesto en la normativa aplicable para declararla, siendo ésta una situación irreversible. Una hora después, el mismo Doctor comunica a los padres que, si lo autorizan, el paciente puede ser trasladado para que se proceda al trasplante de órganos.

5. A las 06:20 horas del 5 de febrero el paciente es trasladado en helicóptero al Hospital Dr. Negrín a este fin, llegando a dicho Centro a las 07:20 horas del 5 de febrero de 2000. Sin embargo, cuando sus familiares llegan a las 09:30 horas, se les informa por parte del Neurocirujano, el Doctor S., que va intervenir quirúrgicamente al paciente; lo que les causa gran sorpresa, ya que se les había informado, como se dijo, de su muerte cerebral, señalándoles dicho Doctor que no era tal.

La intervención consistió en un drenaje del hematoma craneal y en la colocación de un catéter PIC, lo que no se realizó en el Hospital de Lanzarote.

6. No obstante, el paciente falleció el 9 de febrero de 2000. En este sentido, tras cumplimentarse ahora todos los requisitos exigidos normativamente al efecto, se declaró su muerte cerebral y se procedió a la extracción de sus órganos.

7. Los interesados consideran que el fallecimiento de su hijo se debió a que los Doctores determinaron la muerte cerebral de su hijo indebidamente, lo que retrasó la intervención quirúrgica y provocó su fallecimiento, pues, aunque salvarle la vida a su hijo era difícil por su estado, sí que, de actuarse debidamente, al menos hubieran existido probabilidades de lograrse.

8. Son de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común

(LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP), siendo una materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1 a 10.¹

11. Por otra parte, en cuanto a la concurrencia de los requisitos constitucional y legalmente previstos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, contenidos en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollados en los arts. 139 y siguientes de la LRJAP-PAC, se observa lo siguiente:

- Los reclamantes son titulares de un interés legítimo, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 139.1 LRJAP-PAC, puesto que alegan haber sufrido un daño personal derivado del fallecimiento de su hijo por el funcionamiento inadecuado del servicio público sanitario. Por lo tanto, tienen legitimación activa, pudiendo iniciar el procedimiento en virtud de lo dispuesto en el art. 142.1 LRJAP-PAC. Al respecto, no se dispone de la documentación identificativa de ambos ni de la copia del D.N.I, pero el parentesco consta en la certificación del fallecimiento de su hijo aportada al procedimiento.

- La competencia para tramitar y resolver la reclamación corresponde el Servicio Canario de la Salud, por ser el titular de la gestión del servicio prestado.

- En cuanto al plazo para reclamar, concurre este requisito, ya que se ha reclamado dentro del plazo legalmente previsto en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

- El daño por el que se reclama es efectivo, evaluable económicamente e individualizado en la persona de la interesada, de acuerdo con lo prescrito en el art. 139.2 LRJAP-PAC.

III

1. La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen es de carácter desestimatorio, pues se considera inexistente el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio y el fallecimiento del hijo de los interesados, ya que se ha actuado conforme a la *lex artis*. Así, el diagnóstico inicial fue adecuado, no hubo

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

demora, se informó correctamente a los familiares y se han utilizado todos los medios necesarios para llevar a cabo una prestación sanitaria adecuada.

En efecto, en relación con la primera de las razones aducidas por la Administración para defender la corrección de su actuación, la referente al diagnóstico, se declara en la Propuesta: "El diagnóstico de traumatismo craneoencefálico severo e irreversible se hace de forma correcta y, además, corroborada por todos los facultativos que intervinieron en la asistencia sanitaria".

En cuanto a la segunda, se manifiesta: "(...) en Lanzarote no existe especialista en Neurocirugía por lo que el paciente fue atendido en el tiempo que hubiera sido atendido si no fuera posible donante".

Y, en lo que respecta a la información que se les dio a los padres, se declara: "Hablando con los padres y explicitada su situación clínica, ellos quieren que su hijo sea donante".

Sin perjuicio del análisis que en profundidad se hará de las referidas razones para desestimar, ha de observarse inmediatamente que es clarificador de lo acontecido en este caso y también del funcionamiento del Servicio el Informe del Jefe de Neurocirugía del Hospital Dr. Negrín. Así, señala: "El paciente fue valorado telefónicamente por el neurocirujano (...) el cual con los informes que le proporcionaron por teléfono (...) desestimó su traslado para operación a nivel cerebral (...), a su llegada al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, se constató que presentaba un GCS de 5 a 6 puntos (...) por lo que el neurocirujano decidió dar una oportunidad al paciente mediante una craneotomía parietal izquierda para evacuar un hematoma subdural agudo".

En cuanto a la demora en la atención al afectado se indica: "Efectivamente se produjo una demora en el traslado del paciente para ser intervenido no imputable a los neurocirujanos de guardia en esas fechas. Posiblemente, si la objetivación del GCS hubiera sido algo más favorable de 3 puntos, se habría acelerado el traslado".

2. Pues bien, sobre el diagnóstico ha de decirse que, sin duda, éste fue acertado en lo referente al traumatismo craneoencefálico severo que el paciente sufría. Sin embargo, la valoración del estado del paciente fue errónea tanto en el modo en que se realizó, como, inevitablemente, en su resultado.

Así, es un hecho admitido por la Administración que el Servicio Canario de la Salud no cuenta en Lanzarote con ningún neurocirujano. Por eso, independientemente de que pueda justificarse o no tal carencia de medios sanitarios

en la Isla en función del nivel exigible según los criterios aplicables al efecto, resulta insuficiente, en todo caso, que los diagnósticos médicos realizados en enfermos con problemas neurológicos o cerebrales se realicen por médicos no especialistas o que, cuando intervienen al respecto quienes sí lo son, se haga sin más la valoración del enfermo por vía telefónica, sin que los especialistas conozcan la situación debidamente en su relación con el exacto estado del paciente y la asistencia inicialmente prestada.

Justamente, como consta en el Informe mencionado anteriormente, el neurocirujano valoró telefónicamente al paciente con arreglo a la información que otros médicos, no especialistas que lo atendieron inicialmente, le daban y, como consecuencia de ello, tomó una decisión determinante: "(...) se desestimó su traslado para operación a nivel cerebral". Y, en consecuencia, se determinó la disponibilidad del mismo como donante de órganos.

En esta línea, está demostrado que, inicialmente y como consecuencia de la sedación que se le aplicó al enfermo, aun sin discutir que seguramente fuera necesaria, aquel presentaba un GCS de 3 puntos. Sin embargo, como era de prever, al menos por un especialista, al quitársele la sedación pasó a tener un GCS de 5 a 6 puntos. Por eso, tal y como se refiere en los Informe del Servicio y así consta en la declaración que efectuó como imputado el Dr. G.Z. "(...) si la objetivación del GCS hubiera sido algo más favorable de 3 puntos, se habría acelerado el traslado".

En otras palabras, la circunstancia de la sedación debió ser tenida en cuenta por los médicos que atendieron al paciente, incluido el neurocirujano de guardia en su valoración telefónica, en orden a adoptar una decisión diferente a la tomada en lo que respecta a la viabilidad de la operación que se le debía realizar y, por lo tanto, a la urgencia del traslado para ello.

En este orden de cosas, los médicos inicialmente actuantes, aun acertando al señalar la existencia de un traumatismo craneoencefálico severo, con hematoma subdural, no procedieron a utilizar un catéter PIC ni tampoco el neurocirujano que intervino con posterioridad les advirtió sobre el particular. Sin embargo, está reconocido que en este tipo de lesiones es esencial su empleo para lograr una adecuada información del estado del paciente. Así, el Doctor S. declaró: "Las siglas PIC hacen referencia a la presión intra-craneal. El catéter de PIC no es un método para drenar un hematoma. Es un sensor que se utiliza para medir la presión dentro de la cabeza, esta información es de gran importancia en el manejo de un paciente

con trauma craneoencefálico". Por lo tanto, tal fundamental información no estaba disponible para el neurocirujano que atendió al principio al paciente, pero éste decidió sin pedirla y por consiguiente sin ella, no constando que preguntara por el uso del catéter o que lo recomendara a efectos de valorar correctamente al paciente.

3. Por lo que concierne a la demora en el traslado y en la operación realizada, es claro que es patente y reconocida en los Informes del Servicio, siendo consecuencia de la valoración equivocada, por deficiente, que se le realizó al paciente, teniendo a su vez graves consecuencias. El Dr. S. afirma: "El tiempo transcurrido desde el momento del trauma hasta su tratamiento es uno de los factores de mal pronóstico en la evolución del trauma craneoencefálico".

Además, el Informe del Jefe Servicio de Neurocirugía finaliza con lo siguiente: "El tiempo transcurrido desde el ingreso en el Hospital de Lanzarote hasta la llegada a nuestro no ha sido la causa única y exclusiva de su fallecimiento". Esto es, sin duda el estado de extrema gravedad del paciente tuvo influencia en el desenlace mortal, pero también es notorio que aquella requería una actuación diligente y adecuada para no añadir otras causas de agravamiento al propio estado del paciente, contribuyendo al fallecimiento con un tratamiento tardío, siendo exigible para intentar sanar el daño sufrido o evitar tal desenlace y pudiéndose haber realizado.

A mayor abundamiento, se pretende justificar, inaceptablemente, la asistencia realizada afirmándose: "(...) que en Lanzarote no existe especialista en Neurocirugía por lo que el paciente fue atendido en el tiempo que hubiera sido atendido si no fuera un posible donante". Lo que supone admitir que la relativa rapidez del traslado, insuficiente para un intento de sanar el daño, se debe tan sólo a que era necesaria para la donación de sus órganos, habida cuenta de que, errónea e irregularmente, se determinó la muerte cerebral del paciente.

Circunstancia coincidente con la declaración del neurocirujano que atendió telefónicamente al paciente en cuanto manifestó: "(...) se desestimó su traslado para una operación a nivel cerebral", aunque, como sabemos, el neurocirujano que finalmente la practicó lo hizo al disponer de los datos pertinentes y adecuados al caso, y entender que la misma era posible y necesaria para darle una oportunidad al paciente.

Cabe añadir que el Doctor U. dice: "Lo único que es suyo es el traslado a Las Palmas para donación de los órganos", efectuándose, según consta en los partes del Servicio de Urgencias del Hospital General de Lanzarote, por considerar el Doctor C.

que el paciente estaba cerebralmente muerto por la información recibida, salvo como donante de órganos.

Asimismo, el Dr. R.P. declaró que el Doctor C. le manifestó que, en la antedicha situación y no siendo viable el enfermo, se podía evitar la movilización que suponía el traslado, aunque el declarante no estuviera de acuerdo con esa actitud. En este sentido, señaló: "(...) y aunque piensa que el paciente era inviable, comprende que un neurocirujano tiene que hacer todo lo que está en su mano y que la operación que se le hizo al paciente en Las Palmas no se puede hacer en Lanzarote (...)".

Por su parte, el Dr. G.Z. declaró: "(...) que de este tipo de coma se puede salir dependiendo de la causas que lo provoquen, (...), que piensa por todas estas circunstancias, que posiblemente, no habría posibilidad alguna de salvación, más ello, no puede asegurarse hasta que no se complete con un estudio". Además, añade que el paciente no fue aceptado por el Doctor C. ni por el Servicio de Críticos y el les planteó que lo aceptaran como donante.

4. En resumidas cuentas, cabe sostener que, con influencia en el resultado final producido, no se ha cumplido con la obligación de prestación de medios que tiene todo Servicio Sanitario y que, insistentemente, ha sido puesta de manifiesto por este Organismo. De este modo, si bien el estado del enfermo era de extrema gravedad, pudo haber sido tratado por un especialista adecuadamente a su caso y mucho antes de cuando realmente se hizo. Y es que una adecuada intervención, con antelación al momento en que se le practicó, le hubiera otorgado alguna probabilidad de salvación, tal y como refirió el especialista que le intervino.

En efecto, el neurocirujano que intervino al paciente, en su declaración ante la Administración contestó, de modo claro y rotundo, a la pregunta nº 36 ("Diga ser cierto que la intervención quirúrgica de un paciente sólo se produce en casos en los que existe una esperanza o expectativa de vida y no en los que existe un mínimo atisbo de reversibilidad en su situación"), que "Es cierto".

Es decir, aun en ese momento y pese a las dilaciones, aunque éstas obstaculizaron el resultado positivo de su intervención, el enfermo tenía una posibilidad de ser salvado. Por consiguiente, como es obvio y como el propio especialista informa, si se hubiera realizado el traslado inmediatamente, previa y adecuada valoración, las posibilidades hubieran sido mayores.

5. En definitiva, en este caso ha quedado debidamente acreditada la existencia de una relación de causalidad entre el funcionamiento inadecuado del servicio, por las razones expuestas, y el daño sufrido por los interesados. Por lo tanto, la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, no es conforme a Derecho, debiéndose estimar la reclamación presentada.

No obstante, dadas las circunstancias del supuesto analizado y las circunstancias que, consiguientemente, se dan en la producción del hecho lesivo, en relación con el estado del paciente y la dificultad de determinar que se hubiese podido evitar su fallecimiento con una asistencia sanitaria adecuada desde su inicio, con los medios exigibles y una intervención hecha antes que la efectuada, el *quantum* indemnizatorio ha de ajustarse a estas características y circunstancias. Así, se considera a este propósito una incidencia similar en la producción del daño antedicho de las dos causas indicadas, la extrema gravedad del enfermo, con una determinada evolución, y la insuficiente asistencia sanitaria prestada, demorada además por la valoración inadecuada del enfermo, por mal uso de los medios disponibles, incluido el traslado.

En este sentido, sin perjuicio de la debida actualización al tiempo de resolverse por injustificada demora en la tramitación del procedimiento (art. 141.3 LRJAP-PAC), la indemnización debería ascender a la mitad de la cantidad que, según las tablas de valoración aplicables supletoriamente al efecto, corresponde al fallecimiento, sin eventual complementación, también dadas las características y circunstancias del caso, en cuanto aplicables con carácter únicamente orientativo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución examinada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, toda vez que ha quedado demostrada la relación de causalidad existente entre el funcionamiento del servicio y el daño producido, debiéndose indemnizar a los reclamantes en los términos previstos en el apartado 5 del Fundamento III.