Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 6 0 / 2 0 1 0

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de octubre de 2010.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 C.B.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 722/2010 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad el 30 de agosto de 2010 (RE 15 de septiembre de 2010), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. La preceptividad del Dictamen, la competencia del consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación de la Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 12, de carácter básico, 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

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de C.B.B., que actúa en representación de sus hermanas M. y C., al haber quedado acreditada su relación filial con Á.B.B., quien

[*] **PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.**

falleció como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

2. 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.

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.

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.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues la reclamación que da lugar al procedimiento que nos ocupa se presentó en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 3 de octubre de 2008, si bien, incluso, se había presentado reclamación en la Clínica H.S., el 13 de octubre de 2007 y el 31 de enero de 2008, habiéndose producido el fallecimiento de Á.B.B. el 27 de marzo de 2008.

III

Los hechos que son objeto de la reclamación que nos ocupa son los siguientes:

"Primero.- Á.B.B., madre de la reclamante, ingresó en la Clínica H.S., el día 10 de septiembre de 2007 tras sufrir una caída casual en domicilio, con diagnóstico de fractura de fémur y con antecedentes médicos previos de cardiopatía, HTA, DMID, artrosis, retinopatía bilateral y portadora de marcapasos. En tratamiento domiciliario con Disgren que fue suspendido cuando ingresa en el centro hospitalario para iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

Segundo.- El día 17 de septiembre de 2007 es intervenida quirúrgicamente de la fractura que presentaba cursando con un postoperatorio sin complicaciones,

tranquila, cooperadora, con heridas correctas y tolerando la sedastación presentando con posterioridad cuadro de desorientación que precisó sujeción física.

El día 28 de septiembre, sobre las 23:30 horas, por una negligencia o descuido del personal sanitario, no se ponen las barandas de protección en la cama de la paciente ni sujeción física con lo cual Á.B.B. se cae al suelo, produciéndose un traumatismo craneal, presentando herida en la cabeza que precisó 10 puntos de sutura, diversos hematomas por el cuerpo, incluyendo genitales, fractura del tercer dedo de la mano izquierda y cortes en dicha mano que también precisaron sutura. Al día siguiente de la caída, convulsiona, con mal estado general, se le realizan diversas pruebas diagnosticas [Rx, TAC (...)] permanece inconsciente durante varias horas por lo que fue valorada por el servicio de neurología dado que presentaba somnolencia y le prescribe controles neurológicos cada 4 horas, oxigenoterapia y tratamiento con corticoides.

Tercero.- Tras la caída, la paciente no se recupera y mantiene cuadro de desorientación. El día 6 de octubre presenta hemorragia vaginal o rectal porque no estaba claro el origen del sangrado que presentaba y no le realizan una ecografía para conocer el origen de la hemorragia hasta el 9 de octubre que comprueban que la hemorragia era rectal y no vaginal con lo cual se avisa al digestivo para realización de colonoscopia. Á.B.B., después de la caída permanece encamada, tolerando mal la sedestación, apenas se moviliza, desorientada y no se le prescriben cambios posturales ni se le realiza protección de talones hasta que comienza con úlcera por decúbito en ambos talones que la conducen a un cuadro de SD febril secundario a escaras infectadas, con descompensación diabética secundaria en cuadro infeccioso que la llevan irremediablemente a su fallecimiento".

Se solicita indemnización de 50.000 euros por daños físicos y morales sufridos por Á.B.B. y sus familiares.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

Por otra parte, constan, es el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa las siguientes actuaciones:

1) El 10 de octubre de 2008 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su reclamación, lo que vendrá a hacer ésta, una vez que es notificada el 16 de octubre de 2008, el 28 de octubre de 2008.

2) Dado que en los documentos del Registro Civil que aporta la interesada en trámite de mejora consta la existencia de dos hermanas, hijas de la fallecida, se requiere a la reclamante para que facilite los domicilios de éstas a fin de que aporten sus DNI y se personen como interesadas en el procedimiento si lo estiman oportuno. Notificada de ello la reclamante el 1 de diciembre de 2008, el 11 de diciembre de 2008 aporta la información solicitada.

Así pues, se notifica a las hermanas de la reclamante del presente procedimiento, aportando al efecto la interesada los DNI de las hermanas, lo que se interpreta como una representación tácita de éstas.

3) Mediante escrito de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de 23 de enero de 2009, se admite a trámite la reclamación que nos ocupa, notificado de ello a la interesada y a la Clínica H.S. el 28 de enero de 2009.

4) Por escrito de 23 de enero de 2009 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, lo que se ha de reiterar, de tal manera que la reclamante insta, en escritos de 22 de junio de 2009 y 4 de diciembre de 2009, que se impulse el procedimiento, en la segunda ocasión ya mediante representante acreditada por apoderamiento apud acta de 11 de septiembre de 2009.

Se emite el citado informe el 13 de enero de 2010, a cuyos efectos se recaba la documentación oportuna. Así, la historia clínica de la fallecida obrante en la Clínica H.S., información facilitada por la Dirección de Enfermería de aquel Centro e interconsultas realizadas por los Servicios de Neurología, Cardiología, Medicina Interna y Traumatología del mismo, así como historia clínica de la paciente obrante en el Centro de Salud de Adeje.

En las conclusiones de aquel informe se recoge:

> *"1.- La reclamante califica de «negligencia o descuido del personal sanitario» el motivo de la caída de su madre en fecha 28 de septiembre, al no ponerse las barandas de protección en la cama de la paciente ni sujeción física.*

Que después de la caída permanece encamada y «no se le prescribe cambios posturales ni se realizan protección de talones», evoluciona con cuadro febril secundario a escaras infectadas, descompensación diabética secundaria al cuadro infeccioso que le llevan al fallecimiento.

2.- En el ingreso hospitalario, en fecha 10 de septiembre de 2007, y por tanto previo a la intervención quirúrgica, en la exploración se describe a la paciente consciente pero parcialmente desorientada. Al igual que en fecha 11 de septiembre y siguientes, en la hoja de enfermería se describe desorientada.

Por tanto el cuadro de desorientación al que alude la reclamante ya estaba presente desde el ingreso, a lo que se añade el antecedente de ictus y la imagen del TAC compatible con atrofia cerebral.

3.- Esta desorientación llevó a la necesidad no solo de la medida habitual de barras de protección de cama sino también, a sujeción mecánica. Ambas medidas de protección están descritas a lo largo de la historia clínica. Así, en fecha 17 de septiembre se realiza sujeción mecánica por desorientación de la paciente, en fecha 22 de septiembre se menciona sujeción mecánica, en turno de noche del 22 de septiembre se ajusta sujeción (...).

4.- En Hoja de enfermería del 29 de septiembre se refleja: «paciente que sufre caída de la cama por ejercer exceso de fuerza en la barandilla y ceder éstas (...)».

Se concluye que las medidas de sujeción fueron indicadas con anterioridad a la caída.

5.- En relación a la aparición de escaras y las medidas de movilización de la paciente:

Después de la intervención quirúrgica comienza la sedestación en fecha 23 de septiembre. En fecha 24 de septiembre tranquila, tolera la sedestación al igual que en fecha 25 de septiembre.

En hoja de enfermería del 26 y 27 de septiembre: tolera la sedestación. Desde octubre figura protección de talón.

Consta en el seguimiento por el personal de enfermería «hecho fisioterapia»: 5/10 tolera sedestación con inmovilización, 9/10 fisioterapia, 10/10, 11/10, 15/10, 16/10, 17/10.

En fecha 18 de octubre se describe que la paciente no colabora para levantarse y se le prescribe cambios posturales cada 4 horas, 18/10, 19/10, 22/10, 23/10. Continúa con fisioterapia 2/11, 5/11, 6/11, 7/11, 9/11, 12/11, 13/11, 15/11, 16/11, 19/11, 21/11, 26/11, 5/12, 7/12, 10/12, 12/12, 14/12, 17/12, 19/12, 21/12, 26/12, 28/12 (...).

Consta en la historia clínica tratamiento fisioterapéutico, curas de las úlceras, limpieza quirúrgica, no obstante a pesar de todos los cuidados y como se escribe en la historia clínica las circunstancias particulares, especialmente la falta de riego sanguíneo por su insuficiencia vascular y la Diabetes, condicionaron una mala evolución e impedía la curación de úlcera en talón izquierdo.

6.- No se observa concurrencia de los requisitos para que pueda apreciarse responsabilidad. En cuanto a que el daño alegado no es consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa efecto, ni se aprecia actuación anormal en el seguimiento de la paciente".

5) Se dicta acuerdo probatorio el 11 de febrero de 2010 que es notificado a las interesadas el 3 de marzo de 2010. En el mismo se estiman pertinentes las pruebas propuestas, incorporando los informes recabados por la Administración en fase de instrucción, y, puesto que ya toda la documentación referida obra en el expediente, se decide no abrir plazo especial para su incorporación.

6) El 29 de marzo de 2010 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, del que se notifica a la parte reclamante el 6 de abril de 2010.

Aquélla, por comparecencia personal, mediante su representante, de 12 de abril de 2010 retira copia de determinada documentación, presentando escrito de alegaciones ante correos el 17 de abril de 2010, en el que reitera lo señalado en el escrito de iniciación.

7) El 14 de mayo de 2010 de emite por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Resolución en la que se desestima la pretensión de la parte interesada, lo que se eleva a definitivo el 30 de agosto de 2010 tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 30 de julio de 2010.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de las reclamantes con fundamento en la documentación obrante en el expediente, señalando:

"A la vista de la documentación obrante en el expediente y de una lectura de la cronología de los hechos recogida en el informe emitido por el Servicio de Inspección Médica (folios 77 a 83), no se sostienen tales alegaciones –se refiere a las planteadas por la parte reclamante que anotan como causa de la caída de la paciente la no sujeción física pautada, y la inadecuada asistencia sanitaria prestada por ser tratada tardíamente de sus complicaciones médicas-.

En el presente caso no ha sido acreditado por la interesada, ni resulta del expediente, que se haya producido una violación de la lex artis médica en el tratamiento de las patologías presentadas por la paciente. Más bien, de los informes emitidos por los profesionales intervinientes y por la Inspección Médica se deduce que la actuación sanitaria de la Administración ha sido en todo momento correcta.

Por otra parte añade: La STS de 5 de junio de 1991 afirmaba que estamos ante aquellas situaciones en las que el daño causado, por su entidad clínica, no tiene carácter antijurídico, lo que sucede cuando se trata de daños que la enfermedad produce necesariamente pese a aplicar los tratamientos adecuados por muy eficaces que sean, «ya que vienen impuestos por el carácter caduco y enfermable de la condición humana» (RJ 1991 5131), lo que es aplicable al presente supuesto, en el que a pesar de adoptarse todas la medidas adecuadas y todos los cuidados pertinentes, las circunstancias particulares, especialmente la falta de riego sanguíneo por su insuficiencia vascular y la diabetes, condicionaron una mala evolución e impedía la curación de úlcera en talón izquierdo".

2. Pues bien, entendemos que la Propuesta de Resolución se ajusta a Derecho, dada la información que obra en el expediente, y siguiendo los mismos argumentos expresados en ella, pues, por un lado, en cuanto a la caída de la cama de la madre de las reclamantes, ha quedado acreditado en el expediente que estaban colocadas las barandillas de sujeción de la cama de la paciente, a pesar de lo cual se cayó por haber forzado y golpeado las mismas la propia enferma. Así consta en las hojas de enfermería que ya desde el 11 de septiembre, se describe desorientada la paciente, sujetándosele las manos y en posteriores fechas, procediéndose a sujeción mecánica,

ajustándose la sujeción en varias ocasiones, como se deriva de la información de las hojas de enfermería.

Tal y como se señala en el informe del Servicio, Á.B.B entró a la Clínica H.S., procedente de un centro de mayores, a diez días de cumplir 83 años, con cardiopatía, hipertensión, diabetes insulina dependiente, artrosis, retinopatía bilateral, accidente isquémico transitorio sufrido en 2003, y desorientada en tiempo y espacio, tras haber sufrido una caída por la que sufrió fractura conminuta tercio medio-proximal de fémur izquierdo. Asimismo, al ingreso, se deriva de TAC de cráneo compatibilidad con atrofia cerebral, reblandecimiento macular capsular derecho.

Dados estos antecedentes, se advierte a la familia del riesgo de la intervención, que, desde el punto de vista traumatológico fue exitosa, pero provocó un agravamiento de la desorientación de la paciente, tal y como se señala en el informe del Servicio: síndrome confusional de probable origen multifactorial, riesgo del que había sido advertida la familia, dada la edad y antecedentes de la paciente, habiendo aprobado, no obstante, la intervención a la que se sometió.

Consta que hubo un continuo seguimiento de la paciente, no sólo desde el punto de vista puramente médico, sino también personal, siendo la vigilancia y control por parte de enfermería permanente, tal y como se deduce de las hojas de enfermería, dado que la paciente estaba alterada, desorientada, agresiva y poco colaboradora en la mayor parte del tiempo de su ingreso. Así, además de la sujeción previa a la intervención quirúrgica, se indica en el informe de enfermería (lo que se corrobora en las hojas de la misma) que tras la intervención persiste el cuadro de desorientación, continuándose con sujeción mecánica y barandillas puestas para mayor seguridad mientras esté encamada, además de, a partir del 19 de septiembre, cuando se comienza con la sedestación, sujetarla mecánicamente al sillón también.

Por otra parte, en cuanto a las heridas que dieron lugar al fallecimiento de la paciente: la del talón del pie, ha quedado también constatado que se adoptaron todos los medios curativos exigibles, habiendo un constante seguimiento médico con la intervención de distintos especialistas y la realización de las pruebas pertinentes en cada momento, siendo el resultado desafortunado, a pesar de todo ello, debido a los múltiples padecimientos de la paciente, y, muy especialmente a la diabetes que sufría, sin que pueda conectarse causalmente el fallecimiento de Á.B.B. con el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Por todo ello consideramos que ha de desestimarse la pretensión de la parte reclamante, siendo conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen.