



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 4 5 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 30 de noviembre de 2010.

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 D.M.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 824/2010 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 14 de octubre de 2010, la Consejera de Sanidad y Consumo interesa preceptivamente de este Consejo preceptivo Dictamen por el procedimiento ordinario [al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, RPAPRP, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo] sobre la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización iniciado por D.M.M. por la deficiente asistencia sanitaria que alega se le prestó por parte de facultativo del Servicio Canario de la Salud (SCS), en cuanto le dio el alta médica sin revisarle ni hacerle pruebas, tachándole de mentiroso por simular la dolencia; lo que le causó daños síquicos, con daño a su humor, y agravamiento de los físicos que sí padecía, solicitando indemnización de 600 euros, más otros 294 en concepto de intereses al valorar en esta cantidad el daño recibido.

2. El procedimiento se ha tramitado, con carácter general, con aplicación de las previsiones de índole legal y reglamentaria que lo ordenan.

* PONENTE: Sr. Díaz Martínez.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello -al ser la que presuntamente sufrió el daño por el que se reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC]. Tal presentación ha sido, sin embargo anticipada, pues, si el hecho lesivo tuvo lugar el 4 de julio y el alta médica, *dies a quo* del cómputo del plazo -art. 4.2.2º párrafo RPAPRP-, el 25 de julio de 2006, la reclamación se presentó el mismo día del hecho generador del daño, 4 de julio, antes, pues, del alta definitiva.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP, realizándose los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución [art. 7 RPAPRP]. Particularmente, obran en las actuaciones el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que hubiera debido ser precedido de información a producir por la Gerencia del Centro donde se atendió al reclamante, adonde se dirigió la reclamación por la Dirección de Zona. Asimismo, consta informe del facultativo a cuya actuación se imputa el daño y la realización de los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP) y de audiencia (art. 11 RPAPRP), así como la emisión, sendas veces, del preceptivo informe del Servicio Jurídico -art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero.

Concluye el expediente Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación al no concurrir los elementos legalmente previstos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración; críptica fórmula de resolver la cuestión que debiera concretar qué requisitos no concurren al efecto, siquiera sea para motivar debidamente la resolución y no causar indefensión al interesado.

II

1. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución requiere una sucinta relación previa de los hechos producidos.

Según el escrito de reclamación, el reclamante sufrió un accidente el día 1 de julio de 2006 que le causó lesiones que fueron diagnosticadas por el Servicio de Urgencia como “cervicodorsalgia”. El 4 de julio y por indicación del indicado Servicio, acudió a su médico de cabecera, el Dr. S.V., quien no objetiva causa clínica y sin observarlo y tras llamarlo “mentiroso”, le confirma, sin embargo, la baja desde del 1 al 4 por “contusión dorsal”, dándole el alta seguidamente y comunicándole que tiene derecho a cambio de médico, a lo que procede. Así, el 7 de julio acude a nuevo

médico de cabecera, el Dr. R.F., quien le diagnostica “cervicalgia”, dándole la baja desde el día 5 hasta el 25 de julio de 2006.

Sin embargo, según el informe del SIP, el Dr. S.V., que atendió al reclamante el día 4, sólo acreditó “una relación médico-paciente no satisfactoria”; relación que se basa en una mutua confianza que, si se pierde, hace pertinente el cambio de médico. Por otra parte, carecen de sustento los pretendidos daños contra el honor y la dignidad reclamados.

Según el Dr. S.V., la solicitud de baja por parte del reclamante se efectuó sin cumplir criterios clínicos que la justificasen, por lo que consideró que el paciente pretend(ía) obtener lo que se denomina neurosis de renta, pues el trato que dio en su asistencia al paciente fue correcto tanto personal como profesionalmente.

2. La realidad es, pues, que el paciente recibió una sucesión de diagnósticos firmados por facultativos distintos, quienes emitieron juicios clínicos diferenciados, aunque no contradictorios, como fundamento de las bajas que obtuvo: cervicodorsalgia, primero, y cervicalgia, después, por lo que, desde este punto de vista, la asistencia fue correcta. Al igual que lo es el ofrecimiento de cambio de médico en base a una pérdida de confianza, pues es al médico al que le corresponde tomar las decisiones convenientes bajo su responsabilidad.

No obstante, la cuestión es que el Dr. S.V., además de considerar sanado al paciente, al menos en orden a no continuar de baja médica, lo que se contradice con el diagnóstico posterior del nuevo médico que asiste al interesado, el Dr. R.F., que le da nueva baja, es acusado por dicho paciente de trato degradante y ofensivo contra su honor, al considerar que simulaba su padecimiento. Así, lo que para el Dr. S.V. fue una simple discrepancia médico-paciente que erosionaba la relación de confianza que debe haber entre ambos, para el paciente fue un comportamiento lesivo llamarlo mentiroso, con la agravante de que le dio el alta sin revisión médica, cuando está probado no sólo el diagnóstico inicial del Servicio de Urgencias, sino que el mismo fue sustancialmente confirmado por el Dr. R.F.

Y, en efecto, hay varios intervinientes o testigos en los hechos, además de las personas directamente involucradas en ellos, el interesado y el Dr. S.V. Ante todo, la auxiliar de enfermería de éste, pero también el Dr. R.F., que sustituyó al anterior y dio al paciente la baja de 20 días por cervicalgia, que sin embargo no compareció a las actuaciones, así como el facultativo del Servicio de Urgencias, que diagnosticó “cervicodorsalgia”, con remisión al médico de cabecera.

Por consiguiente, aparte de la necesaria aclaración de los términos de la entrevista médico-paciente inicial es patente que se requiere determinar la adecuación de tal asistencia y, por ende, si el Dr. S.V. decidió correctamente la sanación del paciente, que simulaba los síntomas que pudo tener al acudir a Urgencia, o no fue así, persistiendo el diagnóstico inicial o padeciendo el interesado el problema detectado por el Dr. R.F., conexo o derivado del anterior.

Por eso, en todo caso es necesario que el Dr. R.F. se pronuncie sobre la cuestión y justifique su decisión, corrigiendo al parecer la del Dr. S.V. y siguiendo la línea inicial, sin deber ser impedimento al respecto que ya no preste sus Servicios en el Servicio Canario de la Salud desde agosto de 2007. Y también ha de hacerlo la enfermera, con inmediación, ya que su declaración se expresó mediante la firma de documento rubricado por el Dr. S.V., lo que es cuestionable formal y materialmente, por razones obvias. Y, por supuesto, del facultativo que hizo el diagnóstico inicial en el Servicio de Urgencias, pues hay dos diagnósticos coincidentes –el primero y el último– siendo el del medio, el del Dr. S.V., el que ha generado el presente procedimiento de responsabilidad.

Y es que de la documentación obrante en las actuaciones resulta que el diagnóstico inicial, “cervicodorsalgia”, fue seguido por una baja por “dorsalgia”, simulada según el Dr. S.V., sin pronunciarse sobre la lesión cervical que, según el Servicio de Urgencias, tenía el paciente, luego confirmada o matizada por el Dr. R.F. Según el paciente, no fue observado por el Dr. S.V., lo que es coherente con que no diagnosticara la cervicalgia, aunque lo hizo sospechando simulación de padecimiento, por lo que liquidó el asunto pasando al paciente a otro facultativo, sin más. Lo que, de ser así, no es de recibo, no sólo porque debió asistir adecuadamente al paciente, sino porque, sabiéndolo éste había sido diagnosticado de dorsalgia y, justamente, luego se confirmó un problema cervical por otro médico que si lo atendió, no teniendo tampoco explicación que le mantuviera la baja inicial sin justificación concreta, tanto como que se cambiara el diagnóstico inicial sin causa acreditada.

En definitiva, tras el incidente se le diagnosticó al paciente cervicalgia, no tratada enseguida por la decisión precedente durante al menos tres días, necesitando varios días de tratamiento, con baja incluida.

3. Por consiguiente, vista la pretensión indemnizatoria del reclamante, siendo al menos dos las causas por las que exige responsabilidad, productoras eventualmente de daños físicos y síquicos, con motivo de la asistencia recibida del Dr. S.V., procede que se retrotraigan las actuaciones para que se complemente la instrucción con la

realización de los trámites pertinentes a los efectos oportunos, en orden a que formule apropiadamente Propuesta resolutoria y para que este Organismo se pronuncie sobre ella en los extremos previstos en el art. 12.1 RPAPRP.

Así, ha de practicarse debidamente, con intermediación e intervención posible del interesado, la prueba testifical propuesta por éste, e irregularmente practicada, de la enfermera auxiliar del Dr. S.V., testiga presencial de la atención prestada por éste al paciente y, por tanto, conocedora potencial de los términos en que se produjo y los motivos por los que el médico cambió el diagnóstico inicial o consideró sanada la dolencia inicialmente diagnosticada en Urgencias, dándole el alta al interesado sin más o sin esperar a otra opinión médica.

Previamente, ha de recabarse informe del propio Dr. S.V. sobre los hechos y las razones para proceder médicamente como lo hizo, conociendo el diagnóstico inicial, y el tiempo de cura o evolución de no tratarse, así como para considerar que el paciente mentía o disimulaba, mostrando neurosis de renta, y los términos en los que se lo indicó. Y también de los facultativos que asimismo asistieron al paciente, antes y después, determinando la corrección de sus respectivos diagnósticos y los tratamientos adecuados, así como, en lo que respecta al Dr. R.F., no solo la pertinencia de la baja otorgada al paciente tras el alta dada por el anterior médico, sino el posible agravamiento de la dolencia no diagnosticada ni tratada entonces, con al menos ampliación del período de baja por este motivo.

Realizados estos trámites, ha de otorgarse trámite de vista y audiencia al interesado y, a continuación, redactarse consecuentemente nueva Propuesta de Resolución, solicitándose Dictamen sobre ella.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada no es conforme a Derecho por las razones expuestas, procediendo la retroacción de actuaciones a los fines indicados en el Fundamento II.3, con formulación de la correspondiente Propuesta resolutoria para ser sometida a la consideración de este Organismo.