



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 0 3 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de noviembre de 2011.

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.F.J.G., en nombre y representación de S.M.A., quien, a su vez, actúa en nombre propio y en representación de la comunidad de herederos de A.D.A.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 584/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), en el procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado ante reclamación de indemnización por daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario, presentada por los afectados en el ejercicio del derecho indemnizatorio al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo tal responsabilidad del titular de dicho servicio en relación con una asistencia que se estima deficiente.

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), debiendo efectuarla la Consejera de Sanidad, en virtud del art. 12.3 LCCC.

* PONENTE: Sr. Díaz Martínez.

3. En el análisis de la Propuesta de Resolución a efectuar son aplicables 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 (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, siendo una materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

Además, lo es la regulación del servicio prestado, tanto la autonómica, empezando por la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias o la normativa del SCS, como la básica estatal en la materia, especialmente la ordenadora de los derechos y deberes de los pacientes.

II

1. Según el representante de los afectados, el hecho lesivo se produjo de la siguiente manera:

El día 2 de junio de 2005 A.A.M., de 77 años de edad, acudió al Centro de Salud de Hermigua tras sufrir un fuerte dolor torácico, siéndole diagnosticado, por el correspondiente facultativo, un proceso bronquial, que le recetó "Frenadol", volviendo luego a su domicilio.

El día 5 de junio de 2005 había empeorado su estado, con malestar general y estado de ansiedad, que padecía como dolencia crónica, de la que era tratada con ansiolíticos que tomaba diariamente. Por eso, regresó al Centro, indicándole al médico que la asistió, que no era el suyo habitual, que padecía tal ansiedad crónica y, además, hipertensión arterial y dislipemia, dolencias que pueden causar graves problemas cardiacos. El facultativo le practicó un electro y, después, la remitió a su domicilio, recomendando control por médico de cabecera sin más.

Sin embargo, al día siguiente no sólo no mejoró, sino que, al contrario, la paciente se sintió mucho peor, por lo que decidió trasladarse para consulta médica a Tenerife, pero su estado se agravó durante el trayecto en barco, avisándose a ambulancia del Servicio de Urgencias Canario, que tras desembarcar la trasladó urgentemente al centro hospitalario H.S., donde falleció horas después.

2. Los reclamantes consideran que el fallecimiento de A.A.M., su madre, se produjo a consecuencia de la deficiente asistencia prestada en el Centro de Salud de Hermigua, siendo erróneamente diagnosticada la dolencia presentada al ser atendida por no realizarse pruebas diagnósticas adecuadas, en cuanto exigibles y apropiadas al

caso, de modo que se le prescribió un tratamiento ineficaz para su problema de salud real. Por ende, se produjo el fallecimiento de la paciente, que habría podido evitarse de haberse hecho el diagnóstico correcto y pautado el tratamiento correspondiente.

En este sentido, los reclamantes consideran que sufría embolia pulmonar, frecuentemente secundaria a problema coronario, no siendo la primera vez que la había tenido.

Por todo ello, solicitan una indemnización de 25.620,90 euros.

III

1. El presente procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación el 5 de junio de 2006. Tres meses después de presentado el citado escrito, con lo que ya se había consumido la mitad del plazo resolutorio, se dictó Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada; circunstancia que no altera la fecha de inicio del procedimiento y que tan solo supone una tardía, e innecesaria, en puridad, orden de tramitación de la solicitud.

No obstante, dicha tramitación se ha realizado de acuerdo con la regulación legal y reglamentaria al respecto, efectuándose en particular los trámites de la fase instructora.

Sin embargo, tuvieron que transcurrir cerca de cuatro años después de iniciarse el procedimiento, sin justificación alguna para esta demora, para formularse una Propuesta de Resolución inicial, sobre la que siete meses más tarde, tiempo superior al reglamentariamente previsto para resolver (art. 13.2 RPAPRP), fue emitido informe de la Asesoría Jurídica Departamental. Y, por fin, se produjo la Propuesta de Resolución definitiva el 2 de septiembre de 2011.

Por supuesto, ello supone que se resolverá vencido, largamente, el plazo resolutorio, aunque ha de hacerse expresamente al existir deber de la Administración al efecto (arts. 42.1 y 43.1 LRJAP-PAC), si bien los interesados han podido entender hace tiempo que se ha desestimado su reclamación a los efectos oportunos (art. 142.7 LRJAP-PAC).

2. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulados en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y 142 LRJAP-PAC).

En este orden de cosas, se comunicó vía fax a la totalidad de los herederos de la fallecida, constando informe de transmisión con número del receptor, para que, en aplicación de lo dispuesto en el art. 32 LRJAP-PAC y siguientes y en un plazo de 10 días desde que recibieran dicha comunicación, manifestaran su intención de personarse en el procedimiento, contestando una hija afirmativamente y nombrando representante a su hermana.

Sin embargo, no parece obrar en el expediente documentación identificativa de ninguno de los reclamantes.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar el Instructor que la prestación del servicio se produjo siempre correctamente. Así, entiende demostrado que la paciente recibió la asistencia médica adecuada conforme a los síntomas presentados en cada momento. En particular, los que mostraba el día 6 de junio, día de su fallecimiento, cuando ingresó en un Centro hospitalario eran diferentes de los anteriores, los cuales no hacían sospechar la existencia de la dolencia coronaria y su eventual fatal desenlace posterior.

Por tanto, si pese a proporcionarse una asistencia pertinente, practicada precedentemente, según la *lex artis*, se produce un resultado dañoso, éste no ha podido evitarse con aquélla y se debe, no a la actuación médica, sino a la enfermedad de la propia paciente, generador del riesgo, sin existir nexo causal entre tal daño y el funcionamiento del servicio, adecuado al caso.

2. La tesis expuesta por el Instructor podría ser asumible, en principio, en cuanto la atención hubiera sido técnicamente la procedente en esta materia, con aportación de los medios adecuados a la paciente, con existencia de los exigibles en cada momento y Centro, según las previsiones del sistema sanitario, y fueron debidamente aplicados. Y ello, siempre según la *lex artis ad hoc*, teniéndose en cuenta las circunstancias o características de la enfermedad o dolencia y del paciente, incluido en su caso el consentimiento informado, realizado en forma pertinente.

En este sentido, en el supuesto que nos ocupa, resulta determinante dilucidar ante todo si la paciente fue asistida en el Centro de Salud con uso de las pruebas diagnósticas necesarias a la vista de sus síntomas y antecedentes.

Tanto la primera vez que fue, como, sobre todo, la segunda, pudieron ser erróneos los diagnósticos efectuados y, con ello inútil el tratamiento pautado para la

efectiva dolencia. En este sentido, debe determinarse si el hecho se produjo al no apreciarse debidamente tales síntomas, máxime conectados con las dolencias conocidas de la enferma, o bien no se realizaron las pruebas diagnósticas necesarias, singularmente para excluir patologías graves asociadas o conexas con dichas dolencias, o, en suma, si se llevaron a cabo deficientemente su práctica o lectura.

V

1. Pues bien, está acreditado que la paciente falleció a causa de una insuficiencia coronaria, "infarto agudo de miocardio", según informe médico al respecto, y que padecía anteriormente hipertensión arterial, dislipemia y ansiedad crónica. Además, como antecedente relevante, consta que el 21 de octubre de 2002 había sido ingresada en un Centro hospitalario al sufrir tromboembolismo pulmonar (TEP), con cuadro de hipertensión arterial (HTA), según Informe médico obrante en el expediente.

2. En estas condiciones, de acuerdo con lo expuesto en el Punto 2 del Fundamento precedente y a la luz de los datos disponibles, se considera que, en orden a analizar el fondo del asunto y efectuar los pronunciamientos señalados en el art. 12.2 RPAPRP, es clave tener conocimiento suficiente del cumplimiento íntegro de la *lex artis ad hoc* en el caso, con todos sus hechos y antecedentes o circunstancias de la paciente.

Por consiguiente, es imprescindible la emisión de informe por especialista en cardiología al respecto, con estudio de las actuaciones hechas en el Centro de Salud, especialmente las pruebas diagnósticas, a la luz del historial médico de la paciente, determinando si cabía la existencia de crisis coronaria en el momento de la primera asistencia, presentando la paciente fuerte dolor torácico, procediendo, entonces, indagar al respecto con pruebas diagnósticas apropiadas, así como, en relación con ello, si dados los síntomas presentes y antecedentes conocidos, bastaban los usados para diagnosticar mera bronquitis y, sobre todo, excluir el infarto.

Además, respecto a la segunda asistencia, realizada tres días más tarde, no estando confirmado el anterior diagnóstico hecho, si basta un simple electro para descartar infarto o angina de pecho; máxime no determinándose definitivamente la causa del estado de la paciente y conociéndose que ésta tenía dolencias que podían generarlo, habiendo sido ingresada anteriormente de TEP por HTA a mayor

abundamiento, de modo que era pertinente realizar pruebas adicionales, en el mismo Centro o en un Hospital.

En esta línea, procede determinar también si un infarto o angina en curso, con tres días de evolución y con síntomas compatibles con este problema, puede no dejar reflejo alguno en la prueba realizada, cabiendo que esta fuese practicada o interpretada, sobre todo por un no especialista, indebida o insuficientemente. Y, de ser ello posible y deberse saber médicamente, si era recomendable, dadas las antedichas circunstancias, realizar otras pruebas complementarias de carácter adecuado al respecto.

3. Producidas las informaciones expresadas, han de trasladarse a los interesados en cumplimiento del trámite de audiencia y a los efectos pertinentes, con formulación de la Propuesta que corresponda, en función de lo actuado y según lo previsto en el art. 89 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expresadas, la desestimación propuesta no procede acordarse en este momento, debiendo, a los fines de su adecuada fundamentación y al pronunciamiento de fondo por este Organismo, retrotraer las actuaciones en orden a realizar las señaladas en el Fundamento V, con posterior solicitud de Dictamen sobre la Propuesta de Resolución que se formule.