



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 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 J.J.R.V., en nombre propio y en representación de C.R.M.A., por daños ocasionados a su hijo A.R.M., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 588/2011 IDS)\*.*

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

### I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), que culmina procedimiento de responsabilidad patrimonial que se tramita en relación con reclamación de indemnización por daños derivados de asistencia sanitaria presentada en el ejercicio del derecho indemnizatorio al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo tal responsabilidad al titular del servicio público correspondiente por funcionamiento que se entiende defectuoso del mismo.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo dispuesto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), debiendo producirla la Consejera de Sanidad, de conformidad con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis de la Propuesta de Resolución a efectuar son de aplicación tanto la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), siendo una materia cuya regulación no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

Y también, obviamente, la normativa reguladora del servicio afectado, tanto autonómica, ante todo la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, como básica estatal, así como la jurisprudencia y doctrina emanada en su aplicación.

## II

1. Según la documentación obrante en el expediente administrativo remitido junto a la solicitud, principalmente el escrito de reclamación y los informes emitidos, los hechos que traen causa son los siguientes:

- El día 20 de octubre de 2004 ingresó el hijo de A.R.M., niño de 8 meses, en el Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria aquejado de distrés respiratorio moderado. Y, tras ser tratado y mejorar, se le dio el alta médica el 22 de octubre de 2004, constando como diagnóstico bronquiolitis; enfermedad que, en caso de ser tratada de forma inadecuada, puede causar la muerte, siendo por demás la causante de tal distrés.

Por otra parte, en ningún momento el niño estuvo en box especial de aislamiento, pudiendo ser ello no adecuado teniendo en cuenta no sólo su condición de prematuro, sino las dolencias que padecía.

En este sentido, es conocido que el niño es prematuro de 32 semanas y que, en el momento del nacimiento, padeció neumonía neonatal y distrés respiratorio.

- El día 27 de octubre de 2004 el niño debió ser reingresado en el mismo Centro hospitalario, por la misma causa del ingreso anterior, teniendo fiebre al día siguiente. Además, se suspendió el tratamiento con "ventolín" que se había pautado al presentar las taquicardias que este medicamento puede generar como efecto secundario.

- El 29 de octubre de 2004 y alrededor de las 11:25 horas, estando ingresado el niño tuvo un ataque con convulsiones, apareciendo movimientos clónicos de las 4 extremidades cada 5 segundos, aproximadamente, siendo tratado con stesolid 1 mg.

A las 11:40 horas el niño es visto por la facultativa A.T.B. de L. y, al no cesar las convulsiones, ordena su traslado a la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), circunstancia que, aunque no aparece en las hojas de curso clínico, se señala al respecto en documento en poder de los padres. No obstante, las facultativas que

atendían al niño revocan la orden posteriormente al considerar que no tenía el estado de gravedad necesario para ello, no siendo apropiado que pasara a la UMI con el riesgo que ello comporta.

- En efecto, a lo largo de las 24 horas posteriores el niño mejoró ostensiblemente, cesando las convulsiones y mostrando buena tolerancia a la entrada de aire. Sin embargo, el 1 de noviembre de 2004, sobre las 20:00 horas, tuvo nuevo distrés respiratorio, aunque cedió con tratamiento hacia las 23:00 horas.

- Los días 2 y 3 de noviembre el niño permaneció sin crisis convulsiva y afebril, precisando aporte de oxígeno pero tan sólo para mantener las saturaciones, por lo que a las 5 de la tarde del segundo día fue trasladado a la planta de lactantes.

- Sin embargo, el día 7 de noviembre y pese a la evolución favorable, el cuadro respiratorio del niño empeora y tres días más tarde, a las 05:45 horas, presenta distrés respiratorio importante con aumento de la temperatura, por lo que se le trasladó a UMI para hacerle lavado bronquial, permaneciendo ya en ella durante el final del proceso.

En ese tiempo, se realizaron medidas de fisioterapia respiratoria y oxigenoterapia, así como tratamiento antibiótico, con intubación nasotraqueal y ventilación mecánica desde el ingreso.

- Durante los posteriores días la evolución fue mala, hasta tal punto que el 14 de noviembre el niño necesitó presiones elevadas de ventilación y se comenzó a aplicársele óxido nítrico, diagnosticándose diez días después enfisema subcutáneo izquierdo.

- A partir del 16 de diciembre empeoró gravemente el cuadro respiratorio, apareciendo neumotorax bilateal recidivante, con fístulas intermitentes, a pesar del tratamiento local con doxiciclina por drenaje.

El 19 de diciembre se objetiva el patrón destructivo pulmonar, con neumotorax izquierdo y áreas de atrapamiento aéreo en hemitorax derecho, mostrándose el 25 de diciembre afectación masiva alveolar bilateral, sin mejoría radiológica.

- Finalmente, el día 26 de diciembre de 2004 el niño falleció, siendo el diagnóstico final bronconeumonía con síndrome de distrés respiratorio agudo severo y neumotorax recidivante, derivando a hipoxemia refractaria y fracaso multiorgánico.

2. Los padres del niño consideran que el fallecimiento de su hijo se debe a una actuación médica inadecuada en cuanto que no se hizo con la exigible aportación de medios pertinentes al caso. Así, fue dado de alta prematuramente en su momento y no estuvo en box de aislamiento después, ni trasladado a la UMI desde el día 27 de octubre cuando empeoró de su bronquiolitis, haciéndose cuando ya no había solución. Por ello, reclaman una indemnización total de 253.612 euros.

### III

1. El procedimiento comenzó con la presentación de la reclamación el 6 de junio de 2007. Previamente se incoaron diligencias penales tramitadas ante el Juzgado de Instrucción nº 8 de los de Las Palmas de Gran Canaria, que finalizaron mediante el Auto de sobreseimiento libre dictado el 29 de noviembre de 2006.

El día 10 de diciembre de 2007, cumplido el plazo resolutorio del procedimiento reglamentariamente previsto (art. 13.2 RPAPRP), sin causa alguna para tal considerable retraso y su consecuencia inevitable, se dictó la Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada; circunstancia que no altera por lo demás la fecha de inicio del procedimiento.

No obstante, la tramitación se ha realizado según la regulación legal y reglamentaria aplicable, especialmente en la fase de instrucción, realizándose los trámites allí previstos, incluido el probatorio y el de vista y audiencia.

Finalmente, el 6 de abril de 2010, años después de iniciarse el procedimiento y sin justificación posible para dilación semejante, se emitió un informe-Propuesta de Resolución, que, más de un año después, se convierte el 18 de agosto de 2011 en una primera Propuesta de Resolución, informada el 18 de septiembre siguiente por la Asesoría Jurídica Departamental y, por último, once días más tarde, el 29 de septiembre se produce la Propuesta de Resolución definitiva.

Esto es, se han producido múltiples demoras en todos estos trámites, algunas superiores ellas mismas al plazo para resolver, siempre sin motivo alguno, de modo que se resolverá vencido largamente tal plazo, con los efectos administrativos que tal inaceptable hecho debiera comportar. En todo caso, aunque los interesados hace tiempo que pudieron entender desestimada su reclamación a los efectos oportunos (art. 142.7 LRJAP-PAC), ha de resolverse expresamente al existir la obligación de hacerlo (arts. 42.1 y 43.1 LRJAP-PAC).

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

LRAJP-PAC), si bien no consta en el expediente la documentación identificativa de los interesados, ni aparentemente se les ha requerido para presentarla.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación porque el instructor considera inexistente la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido, en cuanto que, a la luz del Informe del Servicio, corroborado esencialmente por el informe forense emitido en las Diligencias previas tramitadas, la asistencia sanitaria se realizó adecuadamente, con debida aplicación de los medios y tratamientos apropiados en casos como el del niño afectado, siendo su muerte causada por sus dolencias y sus antecedentes conexos y no por la actuación médica.

2. Según se apuntó previamente, los interesados sostienen que al fatal desenlace contribuyó decisivamente tal actuación, que entienden de decisiva al respecto por defectuosa.

Ante todo, al darse de alta al niño prematuramente tras los días que estuvo ingresado por distrés respiratorio inicialmente, dada la dolencia y los problemas del niño ya referidos. Además, por estas razones debió estar en un box de aislamiento y, en todo caso y, tras su ingreso final, tuvo que ser trasladado a la UMI, como indicó la pediatra de guardia al exigirle su cuadro respiratorio, pero tal traslado se hizo mucho después, siendo ya tarde para recuperar al niño.

3. Sin embargo, en primer lugar se observa que, según los informes del Servicio y de la forense, así como las declaraciones de los facultativos que testificaron en el trámite probatorio, el alta médica se produjo correctamente, al no evidenciarse entonces motivos clínicos significativos que exigieran que el niño permaneciera ingresado. Es más, sin contradicción disponible, el pediatra informante señala la conveniencia, siempre y cuando las circunstancias lo indiquen, como era el caso, del control y tratamiento por el pediatra de cabecera, pues en el Centro existe riesgo de infección nosocomial.

Por otro lado, el uso de box especial de aislamiento se informa que esta ciertamente indicado en niños con antecedentes de prematuridad y bajo peso para evitar el contagio, pues una eventual bronquiolitis padecida podría entonces evolucionar hacia formas muy severas con alto índice de mortalidad. Pero en este caso consta que el niño había sido dado de alta con ese mismo diagnóstico, por lo

que no se evitaría el contagio con el aislamiento. Y, desde luego, el menor ingresó posteriormente afectado de bronquiolitis, de manera que emplear un box de aislamiento para evitar el contagio de enfermedad ya existente era del todo inútil.

Finalmente, tanto los informes médicos disponibles, no aportando los interesados pericia en contrario, como los testimonios realizados, sin contestación o excepción, señalan que, tras indicar en principio el pediatra de guardia traslado del niño a la UMI, el criterio de los facultativos que lo atendían al niño de no hacerlo enseguida, considerando que no presentaba los requisitos para ello, fue acertado vista la evolución clínica el paciente.

Así, tras sufrir la primera crisis, respondió al tratamiento instaurado y se estabilizó poco tiempo después. Por eso, todos los médicos que han intervenido en el procedimiento, incluido el forense, mantienen que en ese período no existían datos o razones médicas para alterar la asistencia, no existiendo cuadro respiratorio grave que demandara el ingreso en UMI, con el riesgo que conlleva. Cosa que aconteció días después, siendo trasladado en ese momento de inmediato.

Desde luego, esta acreditado que, aun no estando el niño en la UMI, se le asistió debidamente, estando controlado adecuadamente y teniendo incluso una evolución inicial favorable; asistencia igualmente apropiada en UMI cuando la gravedad de su estado indicó su traslado.

En este orden de cosas, el informe forense señala que la aparición de agravamiento súbito, con deterioro rápido e importante de la función respiratoria, es una circunstancia esperable en pacientes con bronquiolitis, principalmente en aquellos con antecedentes de prematuridad, cual ocurre en este supuesto, sin garantía de solución en el estado actual de la ciencia o conocimiento médico.

En este sentido, se advierte que esta enfermedad es vírica y su tratamiento se dirige a controlar los síntomas del espasmo bronquial, pero no existe hasta el momento ningún medio terapéutico que elimine el virus causante o la respuesta inflamatorio-sistémica. Por consiguiente, pese a realizarse una actuación médica apropiada, en algunos casos la dolencia evoluciona con resultado fatal.

4. De acuerdo, pues, con lo expuesto, ha de concluirse que el fallecimiento del niño no fue causado, ni aun parcialmente, por la actuación sanitaria. Así, fue asistido en sus estancias en el Centro hospitalario correctamente, utilizándose los medios pertinentes y pautándose los tratamientos apropiados, con práctica o administración procedente unos u otros, no siendo posible detener la evolución de su dolencia por

las características de ésta y el propio estado básico del paciente, pese a intentarse al nivel exigible.

En definitiva, no hay conexión entre el daño sufrido por los interesados y el funcionamiento del servicio sanitario prestado a su hijo, recordándose que, respecto a la obligación a cumplir por el gestor cuya inobservancia puede generar su responsabilidad, total o parcial, de generarse daño, aquella es esencialmente de medios y no de resultados, debiéndose ajustar la asistencia médica a la *lex artis ad hoc* en sus diferentes elementos, como aquí se constata que se ha producido.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al desestimar la reclamación, pues, como se ha razonado, el daño producido no se deriva de la asistencia sanitaria realizada en este caso, por demás procedentemente.