



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 180/2012

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de abril de 2012.

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 A.V.F., en nombre y representación de J.C.V., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 455/2011 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 19 de julio de 2011, tuvo entrada en este Consejo Consultivo el 26 de julio de 2011.

No obstante, se consideró por la Sección II con fecha 19 de septiembre que para poder evacuar la consulta previamente era necesario disponer de la información complementaria que a tal efecto se determinó y comunicó al órgano solicitante ese mismo día. La respuesta a dicha petición se recibió en el Consejo el 15 de marzo de 2012.

De la naturaleza de la Propuesta de Resolución se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según lo determinado en los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el artículo 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de

* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de J.C.V., dada su condición de viuda, haciéndolo, en este caso, mediante representación acreditada, por el daño sufrido como consecuencia del fallecimiento de su esposo, D.G.C., supuestamente por la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la 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 la Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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 el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues, aunque el escrito de reclamación se presentó ante la Administración el 23 de marzo de 2009, y el hecho por el que se reclama, el fallecimiento del esposo de la reclamante, se produjo el 2 de agosto de 2006, el plazo de prescripción ha quedado interrumpido por las Diligencias Previas Penales, nº 2618/2006, que culminan en auto firme de 3 de noviembre de 2008, notificado posteriormente a las partes.

III

La reclamación que se presenta expone la siguiente secuencia de acontecimientos:

“Primero.- (...) El fallecido es un paciente varón de 62 años, que ingresa en el servicio de urgencias del HUC por dificultad respiratoria el 23 de julio de 2006 con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipertrofia ventricular, vasculopatía periférica e infarto agudo de miocardio, e insuficiencia renal.

Segundo.- Que al paciente se diagnostica insuficiencia cardiaca congestiva.

Tercero.- El día 26 pasa al servicio de cardiología procedente de policlínica.

Cuarto.- El paciente se somete a cateterismo cardiaco el día 27 con diagnóstico de lesión de 3 vasos en paciente diabético.

Quinto.- En el cateterismo se informa/diagnostica enfermedad arterial coronaria con lesiones multivaso, con ventrículo dilatado y disfunción global moderada.

Sexto.- Se da el alta el día 28 de julio, constando en el informe de enfermería la persistencia de dolor torácico.

Séptimo.- El día 31 de julio de 2006 acude a consulta de Médico de cabecera, al día siguiente se le produce un síncope en su domicilio y a la llegada de los servicios de urgencias acreditan el fallecimiento”.

Se cuantifica la reclamación en 142.161,30 euros.

IV

1. En la tramitación del procedimiento se han observado los trámites legalmente exigibles. No obstante, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 31 de marzo de 2009 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su reclamación con la aportación de determinada documentación, de lo que recibe notificación aquella el 3 de abril de 2009, viniendo a aportar documentación el 13 de abril de 2009.

- El 21 de abril de 2009 se insta a la interesada para que complete la subsanación aportando testimonio de lo actuado ante el Juzgado de Instrucción nº 2 de La Laguna. Tras recibir notificación la reclamante el 29 de abril de 2009, aporta, el 6 de mayo de 2009, auto judicial de 10 de marzo de 2008 donde se acuerda el sobreseimiento libre y archivo de las actuaciones.

- Dada la admisión de recurso sobre aquel auto, el 8 de mayo de 2009 la Administración solicita de la reclamante la aportación del auto firme o comunicación de interposición de recurso. Así, tras recibir aquélla la notificación el 14 de mayo de 2009, con fecha de 20 de mayo de 2009 viene a aportar auto de 3 de noviembre de 2008 por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto por J.C.V.

- Por Resolución de 28 de mayo de 2009 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación interpuesta y se suspende el plazo para resolver entre la solicitud y la recepción del informe del Servicio. Asimismo se remite el expediente a la Dirección Gerencia del HUC.

- El 28 de mayo de 2009 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que lo emite el 8 de noviembre de 2010, tras recabar la documentación oportuna.

- Se dicta acuerdo probatorio el 25 de febrero de 2011, notificándose a la interesada el 4 de marzo de 2011. En él se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, es decir, la documentación clínica adjunta a la reclamación inicial y aportada con fecha 23 de marzo de 2009, inadmitiendo la documental propuesta, consistente en *“que se expida oficio al Hospital Universitario de Canarias, con el objeto de que se aporte al expediente el Informe de la Auditoria Externa realizada en 2005-2006 al Servicio de Cirugía Cardiovascular”*, por resultar innecesaria, debido a que la prueba diagnóstica, esto es, el cateterismo practicado, que no intervención quirúrgica como refiere la interesada, fue realizado a D.G.C., en el mes de julio del año 2006, por el Servicio de Cardiología, así como por no constar en la historia clínica del paciente que, ni en el periodo de ingreso, del 26 al 28 de julio de 2006, ni en otros episodios asistenciales haya sido intervenido por el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

- Mediante oficio de 21 de febrero de 2011 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se solicita a la Dirección Gerencia del HUC información acerca del estado de tramitación del expediente. A ello se responde en escrito de 3 de marzo de 2011 en el que se informa de que el acuerdo probatorio está en fase de

notificación a la interesada y del transcurso del plazo para interponer recurso de reposición contra el mismo.

- Por acuerdo de 5 de abril de 2009, notificado a la interesada el 11 de 2011, se determina la apertura de trámite de audiencia, sin que consten alegaciones.

- El 2 de mayo de 2011 se emite informe propuesta de resolución por parte de la Dirección Gerencia del HUC desestimando la reclamación de la parte interesada, acogido como propuesta de resolución el 23 de mayo de 2011, que es informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 11 de julio de 2011, elevándose a definitiva el 19 de julio de 2011.

- El 19 de julio de 2011 (RE 26 de julio de 2011), se solicita Dictamen de este Consejo Consultivo, adoptándose por la Sección II, en sesión de 19 de septiembre, el acuerdo de recabar información complementaria, con suspensión el plazo para emitir Dictamen. Tal información se remite adjunta a la comunicación de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de fecha 7 de marzo de 2012 (RE 15 de marzo de 2012), consistiendo la documentación recibida en: 1) informe emitido el 27 de octubre de 2011 por C.A.D.J., Supervisora de Enfermería del Servicio de Cardiología del HUC, respondiendo a las cuestiones planteadas por el Consejo Consultivo de Canarias. 2) Información facilitada por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife acerca de la supuesta atención prestada al fallecido por su médico de cabecera el día 31 de julio de 2006.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la pretensión de la parte reclamante con fundamento en las consideraciones resultantes del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones realizado, en el que se concluye que ha habido una adecuada *praxis* en el proceso asistencial del fallecido, sin que pueda haber actuación médica de la que pueda derivar la muerte de aquél.

Así, se señala en la Propuesta de Resolución: *“El cateterismo cardiaco es un procedimiento que se realiza sólo cuando es indispensable, con el fin de conocer lo mejor posible la enfermedad cardiaca del paciente, la evolución de la misma o el resultado de una operación cardiovascular. En este caso, su práctica era indispensable, a la vista de sus antecedentes y a fin de evaluar su estado para inclusión en lista de espera para trasplante renal en relación a su patología de IRC*

crónica y, además, el paciente firma el consentimiento informado para su realización.

A través del cateterismo realizado se objetiva la enfermedad arterial coronaria que sufría el paciente (lesión del 100% de coronaria derecha proximal, lesión del 85% de circunfleja proximal, lesión del 90% en descendente anterior proximal y 95% en descendente anterior media). En cuanto a su realización, no se describe en la historia clínica complicaciones, ni durante la práctica de la prueba ni durante la estancia posterior. Por lo que, salvo las consideraciones que se hacen en la reclamación, no consta en el expediente criterio médico que permita acreditación de la vulneración de la lex artis (STS de 27 octubre 2009 RJ 2009\7656).

Por otra parte, no pueden obviarse los antecedentes del paciente, ya indicados detalladamente en el Antecedente de Hecho Tercero. A este respecto es relevante reseñar lo indicado en la STSJ de Galicia núm. 42/2004 de 28 enero, JUR 2004\261249, en cuanto a tomar en consideración el estado físico del paciente y la evolución de la propia enfermedad a la hora de valorar la lesión por la que se reclama, así: «(...) la naturaleza de la actividad administrativa que nos ocupa en la que convergen la acción de la propia Administración pero también el estado física del usuario del servicio y en el mismo el curso natural de procesos que la ciencia o la técnica, en el momento actual de los conocimientos, no puede evitar o minorar con la producción final de un resultado que se nos presenta como inevitable o imprevisible». En el mismo sentido, se pronuncia la STSJ de Castilla León, Valladolid núm. 446/2008 de 29 febrero, JUR 2008\198795, que indica que la merma de las posibilidades de supervivencia del paciente, puede deberse a la propia evolución de la enfermedad que padece y no, necesariamente, a la intervención de la Administración en la atención sanitaria”.

2. Pues bien, como acertadamente señala la Propuesta de Resolución, de la historia clínica del fallecido, así como de los informes recabados durante la tramitación del procedimiento que nos ocupa, y como se afirma por la propia reclamante, se infiere que D.G.C. era un paciente con variada patología, como indica el informe del Servicio de Cardiología de 7 de julio de 2009: *“Diabetes Mellitus tipo II de larga evolución con síndrome metadiabético asociada: Vasculopatía periférica con claudicación intermitente. Retinopatía diabética. Neuropatía diabética con Insuficiencia Renal Crónica, en diálisis desde el año 2005. Estenosis de arteria renal derecha con ATP en mayo de 2005. Hipertensión arterial con repercusión sistémica. HVI y varios episodios de ICC y crisis hipertensivas. Infarto de miocardio antiguo.*

Fibrilación auricular. Cardiopatía coronaria con lesión de tres vasos. Disfunción sistólica ventricular izquierda moderada. Obesidad Hemorragia digestiva alta secundaria a duodenitis y lesiones agudas de mucosa gástrica con test de ureasa positivo, por lo que fue necesario ingreso en el Servicio de Digestivo en enero de 2006. Pancreatitis aguda. Ginecomastia intervenida hace más de 20 años. En estudio de fecha 4 de mayo de 2006. Estrés: prueba electrónicamente negativa para isquemia, clínicamente positiva débil. Ecocardiograma: Diskinesia apical anterior e inferior. Hipokinesia en septo posteroinferior en pico estrés. FE: 50%. Ligera dilatación de raíz de Aorta”.

Es por todo ello por lo que, si bien en relación con el cateterismo practicado no se describe en la historia clínica complicaciones, ni durante la práctica de la prueba ni durante la estancia posterior, el paciente estaba sujeto a potenciales complicaciones, lo cual se contempla en el consentimiento informado firmado por el paciente el 26 de julio de 2006. Tales complicaciones, como se indica en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, y se desarrolla en el informe recabado posteriormente, a instancia de este Consejo Consultivo, de la Supervisora de Enfermería del Servicio de Cardiología del HUC: *“En Informe de Alta, el equipo de Enfermería refleja las complicaciones potenciales que pueden aparecer por su patología, CP. Así, se refleja hiper/hipoglucemia en relación a su Diabetes o dolor torácico en relación con su cardiopatía; ahora bien, como su código CP indica se tratan de problemas potenciales no existentes en el momento del alta. Al alta el equipo médico recomienda seguir con la misma dieta y tratamiento y control por los Servicios de Cardiología y Nefrología”.*

Se trata de complicaciones, todas ellas, derivadas de las propias patologías que venía padeciendo D.G.C., sin que ninguna relación guardaran con la actuación sanitaria que le fue prestada, no siendo previsible tampoco el momento en el que podrían presentarse las mismas, dado el estado del paciente desde hacía años. Así, en contra de que afirma la reclamante de que se da el alta el día 28 de julio, *“constando en el informe de enfermería la persistencia de dolor torácico”*, lo que en tal informe se hace constar, como confirma, a instancia de este Consejo Consultivo, el informe de la Supervisora de Enfermería del Servicio de Cardiología del HUC, es que el paciente *“potencialmente”*, tras el alta, puede sufrir tal complicación, lo que se deriva de su patología cardíaca preexistente, tal y como pone de manifiesto el auto de la Audiencia, de 3 de noviembre de 2008: *“Al contrario, el informe pericial médico recabado pone de manifiesto que el difunto D.G.C. sufría un grave deterioro*

físico provocado por diferentes patologías graves, cuya combinación además le provocaba una «situación clínica límite». El informe valora además las dos actuaciones principales llevadas a cabo: con relación al cateterismo se indica que se trataba de una actuación diagnóstica muy adecuada a las condiciones del fallecido para recabar información exhaustiva sobre su patología cardíaca -a fin de inclusión en lista de espera para trasplante renal-. De hecho, el cateterismo parece haber confirmado la gravedad de su estado. Y respecto de la conveniencia o no de un trasplante renal se detalla el conjunto de criterios que deben ser valorados para decidir sobre su conveniencia, de los que fácilmente se deriva que el delicadísimo estado de salud del difunto, su edad, y sus patologías añadidas, no aconsejan precisamente optar por el mismo”.

Por otra parte, en la historia clínica, en las observaciones de enfermería, se hace constar expresamente, el día 27 de julio de 2006, que el paciente está *“asintomático a nivel cardiológico”*. Y, el día 28 de julio de 2006, fecha del alta, se señala: *“Tras ser valorado por el cardiólogo del servicio, se confirma su alta para hoy”*.

Asimismo, si bien la reclamante afirma que el fallecido había acudido al médico de cabecera el día 31 de julio de 2006, muriendo *“al día siguiente”* (si bien fue el 2 de agosto de 2006), sin embargo, no consta tal asistencia, una vez aportada la historia clínica del paciente, los registros informáticos de su Centro de Salud, y recabado por este Consejo Consultivo todo registro existente en relación con la asistencia prestada al paciente en aquella fecha.

Por todo ello consideramos que el fallecimiento de D.G.C. halla su causa en las propias pluripatologías que sufría desde hacía años, descartándose cualquier nexo causal en relación con la asistencia sanitaria que le fue prestada durante el cateterismo, así como en las fechas previas y posteriores, por lo que ha de desestimarse la pretensión de la parte reclamante, siendo conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho. Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.