



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 18 de junio 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.M.P., en nombre y representación de L.T.M.Q., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 262/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

Mediante escrito de 23 de mayo de 2012 la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente de este Consejo dictamen previo por el procedimiento ordinario -al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primero de ellos con lo previsto en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP) sobre Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de L.T.M.Q. alegando que, a consecuencia de la mala praxis seguida por parte del Servicio Canario de la Salud (SCS), consistente en falta de la debida atención e higiene apropiada en un Centro Sanitario, se agravó un proceso infeccioso padecido por su padre, culminando con su fallecimiento de su padre; daño por el que inicialmente solicita la cantidad de 35.424,18 euros.

* **PONENTE: Sr. Bosch Benítez.**

II

La Propuesta de Resolución formulada concluye una tramitación que, en general, se ha producido de acuerdo con las previsiones legal y reglamentariamente previstas al respecto.

1. La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, constando ser el hijo de la persona fallecida cuya muerte, como se dijo, constituye el hecho lesivo [art. 31.1.a) de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC], actuando mediante representación bastante otorgada al efecto (art. 32.1 LRJAP-PAC).

El escrito de reclamación fue interpuesto dentro del plazo de un año desde que pudo hacerse, no habiendo prescrito pues el derecho a reclamar, de acuerdo con lo establecido en los arts. 142.5 y 146.2 LRJAP-PAC: la presentación se produce el 15 de mayo de 2007 y las diligencias penales previas por los hechos fueron sobreseídas por Auto de 11 de diciembre de 2006.

2. Tras su calificación y admisión a trámite, la reclamación se tramitó pertinentemente, realizándose los actos de instrucción reglamentariamente determinados (arts. 78.1 LRJAP-PAC y 7, 9, 10 y 11 RPAPRP). Así, se solicitaron y emitieron los informes pertinentes, por los Servicios competentes de las clínicas L.P. y P.S. relacionadas con los hechos; se admitieron las pruebas propuestas y, en cuanto a la testifical, se practicó sin presencial del representante del interesado, con el efecto que luego se expondrá, en relación con lo previsto en los arts. 81 y 85.2 y 3 LRJAP-PAC; y se efectuó el trámite de audiencia final, al que el reclamante compareció reiterando los términos de su escrito inicial, aunque elevando la cuantía de la indemnización solicitada a 150.000 euros.

Finalmente, se ha formulado la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación presentada, informada de conformidad por los Servicios Jurídicos [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero].

Obviamente, sin justificación al efecto, se incumple sobradamente el plazo resolutorio, aunque esta demora injustificable en todo caso, sin perjuicio de los efectos que pudiera o debiera comportar, no obsta a la resolución expresa al existir deber legal al respecto [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 142.7; 1 141.3 LRJAP-PAC].

3. En cuanto a la incidencia antes reseñada en la práctica de la testifical propuesta y admitida, afectando a personal de enfermería de los Centros antes

indicados, se observa que el representante del interesado fue notificado al respecto, previéndose efectuar la declaración testifical el 31 de julio de 09, a las 9.30 horas, pero no compareció sin justificación alguna. Por eso, debe pasar por los resultados de la práctica, que, por cierto, no favorecía a sus intereses, al testificarse que no se observó ninguna incidencia relevante y que se cumplieron los protocolos en la asistencia al paciente.

La misma representación legal fue nuevamente notificada respecto a la práctica de nueva testifical con otros testigos, a realizar el 17 de agosto de 2009, a las 9,30 horas, sin tampoco comparecer. Únicamente, a las 20.25 horas, después obviamente de la realización de los testimonios, el representante remite fax, al parecer desde el extranjero, donde consta que estaba desde el 20 de julio, antes incluso de la práctica anterior, solicitando el aplazamiento de la prueba.

La solicitud no fue atendida, pero no expresamente, debiendo serlo, si bien sin duda hay motivo para ello. Así, no sólo tal ampliación es potestativa para la Administración, sino que debe solicitarse, y acordarse por lo demás, antes de que venza el plazo del que se trate. Y, en este caso, es patente que se solicitó una vez practicada la prueba, agotado el plazo lógicamente, y no se justifica circunstancia alguna que aconseje la ampliación (art. 49.1 y 3 LRJAP-PAC).

Por tanto, el posible perjuicio que pudiera derivarse de esta incomparecencia y de la desestimación de la solicitud comentada ha de asumirse, como en el caso anterior, ha de asumirlo el interesado, sin caber imputar su causa a la Administración, no objetar su decisión.

III

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación por entender que el fallecimiento del paciente se debió a su propia patología, mientras que la reclamación, como se dijo, aduce absoluta desatención del paciente por las enfermeras responsables y falta de higiene en las instalaciones donde se le trató.

1. En su escrito inicial, el reclamante manifiesta que el paciente fue llevado al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Materno-Insular el 25 de agosto de 2006, procediendo entonces de un Centro de Salud del sur de la isla en el que había permanecido antes ingresado por mal estado de salud. En el citado Servicio de Urgencias le diagnostican una neumonía lobar izquierda, dejándolo en observación

durante tres días, tras los cuales fue remitido al Clínica L.P., donde permaneció ingresado desde el 28 de agosto hasta el día 20 de noviembre de 2006.

Durante su estancia hospitalaria mejora de la neumonía lobar izquierda que padecía, pero su estado de salud general comienza a empeorar, surge caquexia y escaras por decúbito en el paciente, que el interesado considera que son debidas a la falta de diligencia del personal, pues las enfermeras tenían al paciente continuamente desatendido, no limpiándole las escaras que tenía en el cuerpo y produciéndose la infección de las mismas, hasta poderse ver el hueso por la profundidad de las heridas. Y, pese a que los familiares solicitaron en varias ocasiones que abrieran y limpiaran las escaras, se negaron a hacerlo. Tampoco había higiene en el centro y en el personal o el instrumental, contribuyendo al progresivo empeoramiento del estado de salud del paciente, surgiendo dolencias antes inexistentes.

El 2 de diciembre de 2006 el paciente es trasladado a la Clínica P.S., cuyo Servicio de Cirugía Plástica trató las escaras por su gravedad, no mejorando con el tratamiento apropiado. Por fin, el paciente fallece el 12 de diciembre de 2006, constando en el certificado de defunción que la causa fundamental de la muerte fue sobreinfección respiratoria, que el interesado sostiene no había padecido con anterioridad al ingreso, por lo que viene a ser consecuencia de la desatención antes reseñada, la cual provocó el paulatino empeoramiento de su salud.

2. Sin embargo, además de que, según informe médico, las escaras del paciente fueron tratadas y surgen como inevitable consecuencia del encamamiento del paciente, éste era una persona que, constatatadamente, se encontraba al menos desde el año 2000 en situación de abandono y riesgo social, sino que tenía un historial médico manifiestamente significativo de su estado de salud.

Así, aparte otras varias dolencias no directamente conexas a los presentes hechos, durante el año 2003 fue diagnosticado de neumonía o sobreinfección respiratoria; cuadro séptico de origen respiratorio, no constando familiares; infección respiratoria con incipiente úlcera de decúbito en talón; úlcera en los pies; úlcera de tercer grado en talón derecho y en sacro, de primer grado; en dos ocasiones, fue encontrado sólo en casa, en la misma posición en la cama, sin luz ni ventilación y con sábanas sucias; debilidad generalizada; cuadro de bronquitis; cuadro de infección en vías respiratorias. Luego, en el año 2004 también se le diagnosticaron estas sobreinfección respiratoria, repetida, y neumonía basal izquierda. Y, en 2006, lo mismo, reiterándose los cuadros de neumonía, derecha e izquierda.

En este último año, se le califica como paciente en mal estado y pronóstico, hablándose con la familia al respecto en octubre y noviembre y señalándose que un familiar acudiría a consulta, pero, después de insistirse y llamar a la familia, no hay respuesta. A finales de noviembre, mantiene su estado precario y, aunque mejora la neumonía, empeora el deterioro general, sufriendo caquexia, instalándose sonda mesogástrica, sin resolverse el cuadro, y apareciendo escaras por decúbito.

Por último, en diciembre de 2006 tiene neumonía izquierda con infección respiratoria con predominio derecho, se realizan curas de úlcera trocantánea derecha y en sacro, ambas con esfacelos y detritus necróticos, emitiéndose pronóstico incierto pero malo a corto-medio plazo, con información a la familia, que sigue bastante ausente. Al fin, se produce el fallecimiento el día 12.

3. En este contexto, de situación de abandono personal y familiar, al menos significativo, y mala salud durante largo tiempo y en constante progresión del estado precario del paciente, cobra sentido, desde luego, la opinión médica de que el fallecimiento, y antes las dolencias específicas del paciente como las escaras y la caquexia, se producen como inevitable consecuencia, pese a la asistencia recibida y el correcto tratamiento pautado en cada momento, de la larga evolución de su enfermedad básica, la sobreinfección respiratoria crónica, con progresivo e imparable deterioro de su estado general, máxime cuando, además, tenía afecciones cardíaca y renal.

No cabe contestar a esta argumentación, con base médica y respaldo en la historia clínica irrefutables, y no discutidas por el reclamante siquiera, con la alegación de que la muerte, y los problemas previos del paciente, se deben a las circunstancias señaladas en la reclamación, inútiles a ese fin por lo expuesto, pero, además, ayunas de toda acreditación y aun desvirtuadas por los hechos constatados.

El informe de la Clínica P.S. señala que el paciente ingresó con mal estado general, secesiones altas por sobreinfección respiratoria, ya cubierta con antibioterapia por el anterior centro que lo atendió, y edematización tanto distal como postural y signos de insuficiencia cardíaca. Además, presentaba escaras por decúbito que son valoradas, desbridadas y puestas en tratamiento. Estas complicaciones son normales en el curso evolutivo tórpido por largo ingreso anterior, agravada la mala evolución por su patología neuropsiquiátrica, pudiendo empeorar pese a su debido tratamiento, sin poderse valorar el previo recibido al no conocerlo.

Por su parte, el informe de la Clínica L.P. manifiesta que el paciente ingresó con úlceras en ambos miembros inferiores y en el sacro, teniendo síndrome carcinoide que no responde a tratamiento. Las fotos aportadas del paciente fueron hechas con su consentimiento de la Clínica, demostrando simplemente la cruda realidad. Además, según hoja de enfermería, los familiares no permiten a la enfermera realizar las curas porque pretenden instalar una televisión, sin ser cierto que se negara el traslado a centro de compañía privada de seguros, efectuándose a otro centro a petición de la propia Clínica dadas las circunstancias, sin que entonces mejorasen las escaras pese a ser tratadas como se hizo en ella. En fin, no sólo no hay prueba alguna de problemas higiénicos en la Clínica, o de abandono del paciente, sino que su muerte no se produjo por estos motivos, causándola la infección respiratoria crónica que tenía desde hacía tiempo, agravada por su mal estado y otras dolencias.

4. En definitiva, ha de considerarse que el fallecimiento no fue causado por un motivo extraño que agravó su estado precario y de mal pronóstico por mala praxis, en cualquier caso no probada, sino por evolución de una enfermedad que evolucionó desfavorablemente, de modo imparable, debido a su gravedad, la edad del paciente y su deterioro por diversas razones.

El fallecimiento, por otra parte, nada tiene que ver con las escaras, tratadas y no resueltas en distintos Centros hospitalarios, sin que tampoco éstas fueran consecuencia de abandono o falta de higiene por parte del personal sanitario o de los centros que lo atendieron, teniendo además el paciente desde hacía años que, a resultas de su encamamiento, voluntario primero y forzoso después para ser asistido, empeoraron y no se curaron pese a ser tratadas diligente y propiamente.

Por tanto, la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho en cuanto no estima la reclamación, al no existir nexo causal entre el daño sufrido, en relación con el fallecimiento del paciente principalmente, pero también por las escaras o caquexia sufridas por el mismo, y el funcionamiento del servicio sanitario, que se acredita adecuado y, en todo caso, no causante de tales daños.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con lo expuesto, procede desestimar plenamente la reclamación presentada, no causándose los daños alegados por la asistencia sanitaria producida en ningún caso.