



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de septiembre 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 L.F.J.G., en nombre y representación de S.M.A., que, a su vez, actúa en nombre propio y en representación de la comunidad de herederos de A.D.A.M., por daños ocasionados consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 355/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El Consejo Consultivo emite Dictamen sobre la Propuesta de Resolución de 11 de julio de 2012, emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), en el citado expediente de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

El Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptivo, según el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), estando legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

2. En el escrito de reclamación de de los afectados se narra ha relatado el hecho lesivo 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.

* PONENTE: Sr. Millán Hernández.

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

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 la ambulancia del Servicio de Urgencias Canario, que tras desembarcar la trasladó urgentemente al centro hospitalario H.S., donde falleció horas después.

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 y no habersele realizado las pruebas diagnósticas adecuadas, en cuanto exigibles y apropiadas al caso, de modo que se le prescribió un tratamiento ineficaz para su problema real de salud. 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.

3. 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 aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), como regulación básica en esta materia que no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

Así mismo lo es la ordenación del servicio público sanitario, estatal básica y autonómica de desarrollo.

II

EL procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación, efectuada el 5 de junio de 2006. El 2 de septiembre de 2011 se emitió una inicial Propuesta de Resolución, que fue objeto del Dictamen 603/2011, de 8 de noviembre, el cual concluye con la pertinencia de retroacción de actuaciones en orden, ante todo, de la emisión del informe complementario por especialista en cardiología del SCS, que, en efecto, se emitió el 16 de mayo de 2012.

Luego, tras efectuarse el preceptivo trámite de vista y audiencia a las interesadas, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva el 11 de julio de 2012, ampliamente vencido el plazo resolutorio.

No obstante, ello no impide que se resuelva expresamente, al existir deber legal al efecto, sin perjuicio de los efectos administrativos, procedimentales y económicos que puedan derivarse de la dilación [arts. 41; 42.1; 43.1 y 4.b); 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, considerando que el servicio se prestó correctamente y que no concurre relación de causalidad entre su funcionamiento y el fallecimiento de la afectada. Así, no cabe exigir la misma asistencia sanitaria a la paciente en un Servicio de Urgencias de un centro de salud que en un Servicio de Cardiología de un centro hospitalario. Y, en todo caso, el médico de urgencias que la atendió cumplió con lo que era exigible de acuerdo con el protocolo que la vinculaba.

En este orden de cosas, la Administración mantiene que la fallecida no presentaba, en ninguna de sus dos visitas al centro de salud, síntoma alguno que hiciera previsible un infarto agudo de miocardio, puesto que no presentaba un dolor torácico de características típicas, ni signos electrocardiográficos que sugiriesen un encuadramiento sindrómico como coronario.

2. En el presente supuesto y a los fines pertinentes procede en primer lugar tener en cuenta las manifestaciones realizadas por el cardiólogo del SCS, que informa a la luz del historial médico de la interesada y el informe de urgencias de la atención prestada a la paciente el día 5 de junio de 2005, pues el resto de informes y documentación de los días referidos, incluido el resultado del electrocardiograma (ECG) practicado, fueron destruidos materialmente.

Así, aun existiendo normativa al efecto se advierte que había transcurrido sólo un año entre la asistencia prestada a la que se refiere esa documentación y el inicio del procedimiento de responsabilidad, por lo que esta circunstancia debió atenderse a los fines correspondientes. Además, este irregular proceder afecta no sólo a los reclamantes, sino también desfavorablemente a la Administración, al carecer de prueba demostrativa de la corrección de la práctica o la lectura del ECG.

En cualquier caso, no se discuten por la Administración los antecedentes médicos de la fallecida que el cardiólogo utiliza en su informe.

Pues bien, el facultativo es concluyente a la hora de señalar que, dados los antecedentes de la interesada, hipertensión, dislipemia, ansiedad y el hecho de que en 2002 había sido ingresada en un centro hospitalario al sufrir tromboembolismo pulmonar (TEP), con cuadro de hipertensión arterial (HTA), se debe tener total seguridad a la hora de excluir, en una paciente como ésta, una causa cardiológica del dolor torácico, lo cual implica necesariamente la realización no sólo de una exploración física, sino también pruebas complementarias, considerando que son de vital importancia la realización de un ECG y un control analítico de las enzimas cardíacas.

A mayor abundamiento, el facultativo añade que una exploración física y la realización de un ECG, cuyo resultado sea normal, no excluyen la posibilidad de sufrir un síndrome coronario agudo.

Por ello, especialmente en lo que se refiere a la segunda consulta, la efectuada el día 5 de junio, el informe afirma categóricamente que, teniendo en cuenta sus padecimientos previos, la dolencia referida en la primera visita y que, además, en ella la afectada informó que venía padeciendo durante tres días dolores torácicos intermitentes, a lo que se añade el empeoramiento del estado de la misma con respecto a la primera consulta, pese al tratamiento instaurado tras ella, "lo aconsejable era el ingreso hospitalario de la paciente para su monitorización continua de 12 derivaciones del segmento ST, asistida por ordenador y la determinación del control analítico".

Así mismo, las manifestaciones finales de su informe son concluyentes, afirmándose que sí cabía que estuviera sufriendo una crisis coronaria aguda desde el momento de su primera asistencia al centro de salud. Por ello, procedía haber realizado pruebas complementarias.

En cuanto a la segunda asistencia señala que lo aconsejable era haber solicitado su ingreso hospitalario para realizar dichas pruebas, aunque fuera con la finalidad de descartar una crisis coronaria aguda.

Además, considera que un síndrome coronario agudo de tres días de evolución puede no dejar reflejo en el ECG.

3. Por otro lado, es pertinente hacer ciertas observaciones sobre lo manifestado en el informe complementario emitido por el Servicio de Inspección y Prestación de la Secretaría General de SCS.

Así, en él se afirma que, de acuerdo con lo manifestado por el cardiólogo, una adecuada actuación implicaba la determinación, previo análisis, de las enzimas cardíacas, teniendo en cuenta los antecedentes y padecimientos de la fallecida, pero se señala también que las mismas estaban controladas farmacológicamente.

En relación con ello cabe afirmar que el propio acontecer de los hechos, el desarrollo de sus dolencias que, finalmente, la llevaron a la muerte, demuestra *per se* lo que es un hecho notorio: que dicho control no es en modo alguno absoluto e invariable a lo largo del desarrollo de una enfermedad, lo que implica en la práctica la necesidad de realizar revisiones médicas periódicas a fin de controlar los efectos del tratamiento con fármacos de manera que en caso de que sea necesario se proceda a variar las dosis del medicamento empleado o sustituirlo por otro más efectivo.

Y, en fin y relevantemente, en caso de crisis o de sospecha de ésta, previsible por sus antecedentes y sugerida por su estado en esta paciente, control y monitorización ha de efectuarse necesariamente en la forma expresada por el cardiólogo.

A su vez, se manifiesta en dicho informe que la organización del sistema sanitario es de carácter escalonado, siendo el primero de ellos el de atención primaria, la cual implica, en casos como éste, que el médico de urgencias le haga al paciente una exploración física y pruebas complementarias entre las que se excluye la de enzimas cardíacas.

Pues bien, en relación con ello, teniendo en cuenta, además, que, como se afirma en dicho informe, el cometido del médico de asistencia primaria es el de dar un diagnóstico y decidir si se le ha de remitir a un centro hospitalario, o si procede su observación o alta médica, se parte de la base de que un médico de asistencia

primaria titulado, es decir cualificado para dicho trabajo, tiene los conocimientos de cardiología suficientes para poder decidir cuándo se dan las circunstancias en un paciente que requieren consulta o remisión a especialista, o bien, su inmediata remisión a un centro hospitalario en el que se le pueda realizar la totalidad de pruebas médicas que el mismo precise.

IV

1. A la hora de analizar si la actuación de los servicios sanitarios ha sido conforme a la *lex artis ad hoc* y si se ha cumplido con la obligación de medios, que no de resultados, que es propia de este servicio, cabe afirmar, sobre todo en lo que respecta a la actuación médica efectuada en la segunda visita que realizó la fallecida, que ante los antecedentes personales de la interesada, hipertensión, dislipemia, ansiedad crónica y el padecimiento previo de tromboesbulismo pulmonar, unido al hecho de que llevaba varios días padeciendo dolor torácico, aunque fuera de forma intermitente durante los tres días previos a la primera visita mencionada, y a que el tratamiento médico instaurado tras ella, con la finalidad de tratar un posible proceso bronquial, no logró mejoría alguna, la médico de asistencia primaria debió haberla remitido a un centro hospitalario con carácter urgente para que se le realizaran las pruebas complementarias indicadas en el Informe emitido por el cardiólogo del SCS.

Dichas pruebas tenían que habersele realizado al menos para descartar la dolencia cardíaca, de acuerdo con el criterio expuesto por dicho especialista, quien no dudó al indicar que tal traslado y la práctica de las mismas eran no sólo la actuación correcta, sino la debida por parte de los servicios médicos, no siendo suficientes para emitir un diagnóstico correcto, la exploración física y el ECG, sin una monitorización durante el tiempo adecuado, según afirma el especialista del SCS y del análisis de enzimas cardíacas.

2. Por lo tanto, en el presente caso la Administración sanitaria no ha cumplido con su deber de medios, pues no puso a disposición de la fallecida todos los medios diagnósticos que tenía y que eran necesarios para poder determinar, con la debida celeridad, la dolencia que realmente padecía: crisis coronaria, la cual le produjo la muerte.

Así, al privársele injustificadamente de tales medios diagnósticos se le privó, también, de reales y determinadas expectativas de curación y supervivencia, a la luz

de la ciencia médica, más que probables, asumiendo por tanto la plena responsabilidad patrimonial de la Administración en el diagnóstico erróneo.

En suma a juicio de este Consejo Consultivo concurre relación causal entre el funcionamiento del Servicio y el daño padecido por las interesadas.

A las reclamantes les corresponde la indemnización por el fallecimiento de su madre, en la cuantía reclamada de 25.620 euros. Además, tal cuantía, referida al momento en el que se produjo el daño, ha de actualizarse en el momento de resolver el procedimiento de acuerdo con el art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial no se considera conforme a Derecho al concurrir relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño causado a la paciente en la cuantía solicitada por las reclamantes.