



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 8 6 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 de diciembre 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 M.M.C.G.H., en su propio nombre y en el de su esposo F.R.J., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 554/2012 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 Salud (SCS), integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), al serle presentada una reclamación por los daños, que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario, que ante ella se presenta por los afectados en el ejercicio del derecho indemnizatorio, al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por el que se estima deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. 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.

3. El reclamante ha manifestado que el esposo de la afectada acudió el 7 de marzo de 2006, sobre las 08:00 horas, al Servicio de Urgencias del Hospital Dr.

* **PONENTE:** Sr. Brito González.

Negrín, puesto que poco antes había comenzado a sentir un dolor intenso en el centro torácico, pese a no estar realizando esfuerzo alguno.

En dicho centro hospitalario la doctora que lo atendió, tras realizarle un electrocardiograma, una radiografía de tórax y un análisis de sangre básico, con control de sus enzimas cardíacas, consideró que los mismos mostraban unos parámetros normales, diagnosticándole un dolor torácico atípico, prescribiéndole “buscapina”, medicamento indicado para la motilidad gastrointestinal, pues observó abundante gas en la cámara gástrica. Además, se le remitió a su domicilio indicándole el control por parte de su médico de cabecera, si bien en su Informe se le remite, con carácter preferente, al Cardiólogo de zona para su seguimiento en Atención primaria.

Al día siguiente, el 8 de marzo de 2006, el afectado seguía encontrándose mal por lo que acudió junto a su esposa a un cardiólogo privado, quien le realizó nuevamente un electrocardiograma y una ecocardiografía, que le permitió objetivar la aorta torácica dilatada, junto con una imagen dudosa de disección, remitiéndole de inmediato y con carácter urgente, ante la gravedad de su cuadro clínico, al servicio de urgencias del Hospital antes referido, adjuntado un Informe en el que no sólo prescribía como prueba necesaria para determinar la presencia de una posible disección de la aorta o al menos para descartarla, la realización de un TAC torácico, prueba cuyos valores predictivos asciende al 95% en relación con la patología padecida, sino que informaba de que, como patología relacionada con la actual, el paciente había sufrido una tromboflebitis en el 2004 (este dato, de vital relevancia, no consta en el parte de la médico que lo atendió en urgencias la primera vez; desconociéndose si dicho lo sabía o no).

En dicho centro hospitalario se le realizó de inmediato un TAC diagnosticándosele una “Disección aortica de tipo A”, siendo intervenido quirúrgicamente de la misma el 9 de marzo de 2006. Esta intervención reviste gran dificultad, presentando una alta tasa de mortalidad, siendo crucial para su éxito la inmediatez entre su realización y el momento en el que se sufre la disección.

4. Sin embargo, el “posible” error de diagnóstico acontecido por el empleo inadecuado e insuficiente de los medios diagnósticos en la primera visita al Servicio de Urgencias ocasionó un retraso que pudo incidir de forma notable en el éxito de la intervención y que le dejó como secuelas irreversibles (discapacidad del sistema nervioso y muscular, disminución de eficacia visual, trastorno cognitivo y alteración de conducta) y que motivó que la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la

Seguridad Social dictase el 11 de agosto de 2006, la Resolución por la que se le reconoce la incapacidad permanente, en grado de gran invalidez, con una minusvalía del 92%.

Así, el reclamante considera causante del daño padecido por el afectado el mal funcionamiento del Servicio, reclamando la correspondiente indemnización (que no cuantifica).

5. 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. Asimismo lo es la ordenación legal del servicio público sanitario, estatal básica y autonómica de desarrollo.

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación, efectuada el 3 de agosto de 2007. El Dictamen técnico de valoración de sus secuelas, realizado por la Dirección General de Servicios Sociales, supone la determinación definitiva del alcance de sus lesiones (página 34 del expediente).

El día 23 de octubre de 2007, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

En cuanto a la tramitación del procedimiento, la misma se ha desarrollado de forma correcta, puesto que se han realizado la totalidad de los trámites exigidos por la normativa reguladora de los procedimientos administrativos, sin perjuicio de lo señalado en el Fundamento III.

Por último, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva el 7 de noviembre 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].

2. En cuanto a la concurrencia de los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el artículo 106.2 de la Constitución (artículos 139 y ss. LRJAP-PAC) y el cumplimiento del trámite procedimental reglamentariamente establecido, se observa lo siguiente:

- En el presente procedimiento se cumple con el requisito de legitimación activa de la reclamante (en lo que se refiere a la representación de los afectados consta, - página 58 expediente-, el apoderamiento apud acta ante la Secretaria General del SCS, al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa al incorrecto funcionamiento del servicio público sanitario y la legitimación pasiva de la Administración Autónoma (SCS) como responsable del mismo.

- Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación efectuada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de la estabilización de las lesiones (art. 142.5 LRJAP-PAC y artículo 4.2 del RPRP).

- El daño reclamado es efectivo, evaluable económicamente e individualizado en la persona del reclamante (art. 139.2 LRJAP-PAC).

- En lo que respecta a la tramitación procedimental efectuada, la Administración ha cumplido los trámites y requisitos exigidos.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, considerando el órgano instructor que el servicio se prestó correctamente y que no concurre relación de causalidad entre su funcionamiento y el daño reclamado, puesto que con el afectado se emplearon la totalidad de los medios diagnósticos que su dolencia requería, entendiéndose, por tanto, que se actuó conforme a la *lex artis*.

2. En el presente asunto es preciso tener en cuenta lo manifestado por este Consejo en el reciente Dictamen 412/2012, de 20 de septiembre, referido a un supuesto similar al aquí tratado, en el que se emitió un Informe por parte de un cardiólogo del propio SCS, manifestándose que:

“(...) 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 (...)."

No se debe olvidar que entre las circunstancias personales del afectado se hallaban una dislipemia y una tromboflebitis en MSD, padecida en 2004, constando además en el documento del consentimiento informado "una cirugía cardíaca previa" (página 167 del expediente) circunstancias éstas que comparte con la paciente del caso anterior.

Asimismo, en dicho Dictamen se hizo referencia a lo informado por el servicio de Inspección y Prestación de la Secretaría General de SCS en los siguientes términos:

"(...) 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 (...)."

3. Pues bien, para poder entrar en el fondo del asunto y teniendo en cuenta lo anteriormente referido, es preciso que se emita un Informe complementario,

realizado por especialista distinto a los actuantes, por el que se ilustre a este Organismo acerca de las siguientes cuestiones:

- La Doctora del servicio de urgencias que le trató el primer día no le realizó una ecografía cardiaca, sino que sólo llevó a cabo un ECG, el análisis de sangre para controlar sus enzimas cardiacas y una radiografía. ¿ por qué no se le realizó, una ecografía cardiaca, como sí hizo el especialista privado?, ¿se puede considerar que su actuación con un paciente con los antecedentes que presentaba (tromboflebitis padecida en el 2004) fue adecuada?, ¿conocía dicho facultativo esos antecedentes?

- A la vista del cuadro médico del paciente ¿la buena praxis no hace que el facultativo de urgencias consulte de inmediato con el cardiólogo de guardia?

- ¿Cuánto es el tiempo de espera para una atención preferente al cardiólogo?

- El diagnóstico del facultativo de urgencias produjo un retraso en la intervención quirúrgica de la disección aortica, ¿pudo este retraso influir en el resultado de la operación realizada?

Después de emitirse dicho informe complementario, se le otorgará el trámite de vista y audiencia a los interesados y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que deberá ser sometida a Dictamen de este Organismo.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones anteriormente expuestas en el Fundamento III la Propuesta de Resolución se considera no ajustada a derecho.