



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 109/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.J.M.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 79/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración de la Comunidad Autónoma, tras presentar la afectada una reclamación de indemnización por daños soportados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario gestionado por el citado Servicio Canario de la Salud.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, habiendo sido remitida por el Consejero de Sanidad, según dispone el art. 12.3 de la citada ley.

3. En el procedimiento incoado la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar mediante la reclamación presentada el procedimiento.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. La reclamación fue presentada por la interesada el 7 de marzo de 2013, en relación con el daño ocasionado en fecha 5 de julio de 2012, por lo que no puede por ello ser calificada de extemporánea al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-LPAC).

5. El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 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.

La resolución del procedimiento es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 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.

6. En el análisis a efectuar de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada, son de aplicación la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. La reclamante fundamenta sus pretensiones en el escrito presentado como sigue:

«(...) mala atención que hubo en el Centro de Salud de la Isleta el día 5 de julio de 2012, después de haber puesto una reclamación y haber contestado a dicha reclamación el médico que estaba de guardia ese día no hemos podido hacer un escrito. Ahora que me encuentro en buenas condiciones, quisiera contar lo que me pasó ese día. Me empecé a notar la pierna izquierda sin sensibilidad y con mucho dolor, acudí a Urgencias y comenté lo que me ocurría, me cogieron, me tumbaron en una camilla boca abajo, después de estar un rato esperando,

me cogieron una vena en la cual me pusieron suero, no me tomaron la tensión, ni me miraron el azúcar, y ni siquiera me auscultaron.

Me quejaba mucho, y el médico me dijo que eso era un ataque de ansiedad y un hormigueo en la pierna, luego me mandó para mi casa, esto fue a las 10:00 h. de la mañana, a las 19:00 h. de la tarde sin poder más, fui otra vez y el médico que estaba de guardia esa misma tarde me mandó con urgencia al Doctor Negín, una vez allí y con la tensión a 24, después de verme los cirujanos vasculares, me metieron en quirófano urgentemente, sobre las 00:00 hasta las 05:00 de la madrugada. Cuatro días en Cuidados Intensivos y 15 días en el Hospital. Un antiequino, y después de haber cogido una gran infección en la misma pierna, otra vez a quirófano y un mes más, con curas de VAC, después un mes más tarde me quitaron VAC, siguieron con curas normales, y hasta la fecha.

Lo que decían que era un ataque de ansiedad y un hormigueo terminó siendo un trombo, que si no hubiera acudido esa tarde otra vez a Urgencias al Hospital yo hoy no hubiera estado haciendo esta reclamación. Por lo tanto quisiera que se juzgara por la mala atención que hubo ese día.

Las secuelas que se han quedado, la pierna izquierda con un antiequino, se necesita mucha rehabilitación para poder sentir y no podré caminar como lo hacía antes».

Por lo demás, en escrito posterior la interesada solicita del Servicio Canario de la Salud una indemnización que asciende a 48.000 euros, más una cantidad de 1.000 euros mensuales con sus pagas extras respectivas de por vida.

2. En relación con la tramitación del procedimiento que nos ocupa, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite tras su subsanación mediante Resolución de 10 de abril de 2013 de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (art. 6.2 RPAPRP), salvo en lo referido a la cuantificación de la indemnización que no fue valorada en el escrito de subsanación.

Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y el informe médico preceptivo del facultativo que asistió a la afectada en un primer momento en el centro de atención primaria del Servicio Canario de la Salud, a cuyo funcionamiento la afectada imputa el daño.

En el procedimiento tramitado la instrucción ha abierto el periodo probatorio y ha otorgado a la interesada el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, presentando la reclamante documentación médica y el escrito de alegaciones.

Se ha emitido también el preceptivo informe del Servicio Jurídico, de carácter favorable a la Propuesta de Resolución [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

El procedimiento viene finalmente concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidad formal que impida la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para resolver establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pues sigue pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

III

1. De acuerdo con los documentos obrantes en el expediente, en relación con la secuencia de hechos médicos del día 5 de julio de 2012, se observa que en el Centro de Salud de La Isleta del Servicio Canario de la Salud sobre las 10:00 h., fue asistida por primera vez la afectada, y que tras indicar esta que no sentía la pierna izquierda el facultativo se limitó a explorarla y practicarle tratamiento sin formular diagnóstico concreto. Posteriormente, sobre las 20:19 h, acudió nuevamente al mismo Centro de Salud desde donde la remitieron al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín para descartar arteriopatía obstructiva distal a poplítea izquierda ya que llevaba padeciendo dolor en pantorrilla izquierda de 12 horas de evolución con antecedentes similares menores de una semana, y aumenta con el esfuerzo y la elevación del miembro, mejora con la sedestación con pie abajo y a la palpación extremidad fría bajo rodilla, respecto a contralateral, pulso pedio y tibial posterior disminuidos en MII, diagnosticándole aterosclerosis de las extremidades con claudicación interna. En consecuencia, a las 21:23 horas la afectada recibe el diagnóstico de isquemia aguda grado III en miembro inferior izquierdo (MII) e isquemia aguda compensada en MID.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto, es preciso recordar que el funcionamiento del servicio público de sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. Por ello, la obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las

consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste, así, en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Como señalan la SSTS de 24 de septiembre y 19 de octubre de 2004, 30 de octubre de 2007, 30 de septiembre de 2011 y 30 de abril de 2013, entre otras, cuando de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se trata no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar en todo caso la salud del paciente.

3. En cuanto a la enfermedad padecida por la afectada, debemos citar la descripción que el Servicio de Inspección y Prestaciones nos facilita en su informe, indicando que «se trata de una oclusión arterial aguda que resulta de una interrupción brusca del flujo arterial de una extremidad, ya sea por embolia trombotica u otra causa. La gravedad de la lesión vendrá dada por la velocidad de instauración, la riqueza de circulación colateral, la localización y la progresión del trombo en el árbol arterial (...). La clínica de la oclusión arterial aguda la podemos sintetizar en (...) dolor, parestesias, palidez, ausencia de pulso y parálisis. El dolor es muy agudo y está presente en la mayoría de los pacientes. La parálisis y las parestesias son los signos más importantes para evaluar la gravedad de la isquemia (...). La palidez indica disminución de la circulación y junto con ella hay sensación de frío en la extremidad. Si la isquemia se mantiene, la palidez progresa hasta alcanzar una coloración cianótica que va seguida de hinchazón y decoloración. Por último aparece la parálisis, ya que las fibras motoras son más resistentes a la isquemia que las sensitivas».

4. Con respecto a los informes médicos preceptivos obrantes en el expediente en relación con la asistencia recibida por la afectada en fecha 5 de julio de 2012, el informe médico sobre la actuación practicada a las 10:08 h., acredita que a la afectada «se le practicaron las siguientes pruebas médicas en aras de determinar el diagnóstico más certero de acuerdo con su estado, sin perjuicio de que como veremos no fue el acertado al evolucionar en otro sentido». Así, se le realizó una anamnesis y en la exploración física se determinó buena movilidad, sensibilidad conservada, pulsos periféricos presentes y reflejo osteo-tendinoso presente, por lo que se descartó problema trombotico, pautando y administrando vía intravenosa

suero fisiológico analgesia y relajante muscular, remitiéndole después a su médico de cabecera. Dicho informe coincide con lo descrito en el folio 341 del expediente, salvo en lo referido a la remisión a su médico de cabecera.

En relación con la asistencia médica practicada a las 20:19 h., se desprende del informe que se le practicaron las mismas pruebas médicas que en la anterior asistencia, pero el resultado había variado o evolucionado desfavorablemente. Así, a la exploración física se observa buen estado general, dificultad en la deambulación a causa del dolor, tensión arterial 130/80, frecuencia cardíaca 80, frecuencia respiratoria 14, auscultación cardio-respiratoria normal, miembro inferior izquierdo frío al tacto respecto al derecho por debajo de la rodilla, dolor en pierna izquierda que mejora en posición de sentado y empeora en decúbito y a la elevación del miembro, pulsos tibial posterior y pedio izquierdos muy disminuidos. Por lo demás, el facultativo indica que no tuvo conocimiento de atención médica anterior sobre el mismo proceso, coincidente con el folio núm. 347.

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, en atención a los hechos acreditados concluye que el «(...) en el presente caso nos encontramos que no se observaron en una primera asistencia antecedentes, síntomas y signos que hicieran sospechar el compromiso vascular de miembros inferiores. Es precisamente su evolución en el tiempo aproximadamente 10-12 horas, lo que obliga a la reclamante a volver a consultar por el debut de síntomas ya claros de compromisos vascular de MII (...)».

IV

1. En lo referido al fondo del asunto planteado, la interesada reclama por la pérdida de oportunidad médica al no haber podido recibir un tratamiento adecuado a su enfermedad, ya que el diagnóstico correcto fue determinado horas más tarde, lo que ha generado las secuelas que ahora padece.

2. La Propuesta de Resolución sostiene, por su parte, que la actuación sanitaria resultó acorde con la *lex artis*, y que la patología padecida por la reclamante evolucionó tórpidamente a pesar de todos los tratamientos pautados y la puesta a disposición de la paciente de las técnicas disponibles de acuerdo con el estado actual de la ciencia, y los riesgos materializados fueron descritos e informados a la afectada adecuadamente. En consecuencia, la instrucción del procedimiento desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial.

3. En lo que se refiere a los informes médicos asistenciales expuestos en el Fundamento anterior, se observa la evolución rápida de la enfermedad de la afectada, ya que habiéndosele realizado las mismas pruebas médicas en ambas asistencias los resultados habían cambiado. Ello evidencia la correcta actuación de los facultativos en la materia y justifica la dificultad de determinar la enfermedad correctamente *ab initio* ante las circunstancias expuestas, ya que los síntomas iniciales no fueron concluyentes para concretar la enfermedad padecida por la afectada aún habiéndose practicado las pruebas oportunas de acuerdo con el protocolo médico a seguir según los medios disponibles.

4. En consecuencia, consideramos que en el presente supuesto la probabilidad de que a la afectada se le hubiera diagnosticado correctamente la enfermedad desde la primera asistencia médica recibida no hubiese sido factible de acuerdo con la práctica médica existente, pues las pruebas realizadas fueron las oportunas de acuerdo con los síntomas que padecía, hecho que se confirmaría al ser idénticas las prácticas facultativas realizadas 12 horas más tarde en el mismo Centro de Salud.

5. Por tanto, la buena *praxis* médica se refleja en que desde el primer momento los facultativos realizaron las pruebas médicas pertinentes sin que se manifestaran signos que hicieran sospechar el compromiso vascular de las extremidades inferiores de la afectada. Además, se tuvieron en cuenta los antecedentes personales de la paciente -hipertensión arterial y tabaquismo- y se le practicaron electrocardiogramas en el Servicio de Urgencias, que resultaron normales, por lo que se descartó el diagnóstico de fibrilación auricular entre otras posibles dolencias.

6. En definitiva, la actuación médica fue correcta sin que se pudiera evitar el daño alegado, al ser imposible determinar la enfermedad finalmente padecida por la afectada de acuerdo con los medios existentes aplicados correctamente a los síntomas determinados, lo que nos lleva a confirmar que la afectada fue tratada con la diligencia médica oportuna aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia de esta rama sanitaria posee y pone a disposición de la Administración sanitaria.

De acuerdo con los hechos expuestos, en el presente caso no se ha producido infracción alguna de la *lex artis*, por la que la Administración implicada no debe responder. Como ya se ha señalado, del expediente no resulta que se haya producido mala *praxis* ni que la asistencia prestada a la paciente no fuera la adecuada y pertinente ante la sintomatología que presentaba en el primer momento en que fue atendida en el citado Centro de Salud. Por ello, entendemos que no concurren los

requisitos necesarios de responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas en el último Fundamento IV, la Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por M.J.M.B.