



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 370/2016

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de noviembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 353/2016 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, recabado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por los afectados citados anteriormente, en solicitud de una indemnización de 108.846,51 euros para la viuda y de 9.070, 54 euros para cada uno de los huérfanos por el fallecimiento de su, respectivamente, esposo y padre, el cual alegan que fue causado por la inadecuada asistencia médica que le prestaron el 18 de mayo de 2011 los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), de titularidad del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), ley aplicable en virtud de la disposición

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de presentación en plazo de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 Autónoma, 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 final 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.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, el presente procedimiento se rige por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. De conformidad con el art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten un dictamen de fondo.

II

1. El fundamento fáctico de la pretensión resarcitoria, según el tenor del escrito de reclamación, es el siguiente:

«En fecha 18 de mayo de 2.011, (...), con D.N.I. (...), sufrió una caída accidental, en (...) (Santa Úrsula), precipitándose desde una altura de cuatro metros, consecuencia de lo cual, sufrió traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado (columna dorsal).

(...) fue trasladado en ambulancia hasta el Hospital Universitario de Canarias, donde ingresó por Urgencias, habiendo estado en observación médica durante un período aproximado de dos horas, tras el cual fue dado de alta.

Tras ser dado de alta, en la propia entrada de Urgencias del centro hospitalario, en el que se encontraban los familiares de (...) para trasladarlo en coche a su domicilio, éste sufrió un desvanecimiento, ante lo cual avisaron al personal del hospital, personándose un médico en el lugar, el cual manifestó que no pasaba nada, que dicho desvanecimiento se produjo por la supuesta embriaguez que tenía, y que ya se la iría pasando, ante lo cual, los familiares insistieron en que sería mejor que lo ingresaran nuevamente, para observarlo, a lo cual el médico se negó.

Ante ello, los familiares subieron a (...) al vehículo, con intención de trasladarlo a su domicilio, y durante el trayecto falleció de una parada cardiorrespiratoria.

(...)

Según se acredita con el historial médico adjunto, el personal sanitario que atendió al paciente (...) no realizó el protocolo existente, necesario y obligado, en el caso de lesiones consistentes en traumatismo craneo encefálico y torácico, no recibiendo, ni la atención adecuada, ni el período mínimo de observación, ni indicación alguna a los familiares respecto sobre cuál debía ser su actuación tras abandonar el recinto hospitalario, lo que motivó el fallecimiento del paciente, existiendo una clara relación de causalidad entre la imprudencia del personal sanitario y el resultado de muerte, pues, no sólo hubo de ser más largo el período de tiempo de observación del paciente, sino además, debió ser ingresado nuevamente en el centro hospitalario cuando sufrió el desvanecimiento a la salida de Urgencias».

2. Resulta, pues, que se alega que la negligencia profesional de los facultativos del Servicio Canario de la Salud ha causado la muerte de una persona. Para comprobar la veracidad de afirmación tan grave es necesario examinar toda la documentación e informes médicos obrantes en el expediente, aunque resulte dilatada su cita, a fin de establecer los hechos y determinar si se incurrió en la alegada negligencia profesional y si, de haberse dado, se puede considerar la causa del fallecimiento porque una actuación médica diligente habría evitado tal resultado.

3. El primero de esos informes, que se emitió en cumplimiento del art. 10.1 RPAPRP, es el del Servicio a cuyo funcionamiento los interesados imputan el óbito de su deudo, el Servicio de Urgencias del HUC, cuyo Jefe informó lo siguiente:

«1. El paciente fue atendido por el médico adjunto de Urgencias a los 25 minutos de su entrada en el Servicio.

2. Pese a no haber perdido el conocimiento tras la caída y llegar al Servicio consciente y orientado, por lo tanto con un Glasgow Coma Score (GCS) de 15, se solicitaron las siguientes pruebas complementarias atendiendo a las recomendaciones de distintas fuentes y que consideramos como propias:

a. Pruebas de laboratorio: Hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica.

b. Pruebas de imagen:

i. Radiografía de tórax AP

ii. Radiografías de columna dorsal AP y lateral.

iii. Radiografías de columna lumbar AP y lateral.

iv. Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo.

v. TAC de columna cervical con reconstrucción sagital y frontal.

3. Como se desprende de los dos puntos anteriores, se tuvieron en cuenta y se siguieron las recomendaciones existentes para este tipo de pacientes.

4. El paciente fue dado de alta al ser un traumatismo leve, sin pérdida de conciencia, que no había presentado deterioro neurológico durante su permanencia en Urgencias, no referir dolor alguno y tener todas las pruebas complementarias dentro de la normalidad.

5. El médico que atendió al paciente refiere que le recomendó que permaneciera en el Servicio ante la dificultad para ir en el coche de la familia, a lo que el paciente se negó en rotundo. En ningún momento perdió el conocimiento, según refiere el equipo de guardia. Se adjunta el escrito realizado por el personal que realizó la asistencia».

4. El médico de Urgencias y el personal de Enfermería que atendió al paciente refieren lo siguiente:

«En relación al informe solicitado sobre los hechos ocurridos en la asistencia a (...) realizada el 18/5/2011 en el Servicio de Urgencias, los abajo firmantes, personal que atendió directamente al paciente, exponen:

El paciente es trasladado en Ambulancia de Soporte Vital Básico al H.U.C., tras sufrir caída desde una altura de 3-4 m sobre tierra mojada, sin pérdida de conciencia.

Paciente con antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática enólica, hipertensión, obesidad y plaquetopenia.

A su llegada al Servicio en camilla, el paciente se encuentra consciente, en estado de embriaguez y completamente lleno de barro, precisando de un baño. Previamente se coloca al paciente en una camilla con tabla espinal y collarín rígido para inmovilización.

A la exploración se observa buen estado general, obesidad, fotor enólico, normocoloreado, eupneico, sin estertores, no trauma toracoabdominal, ruidos cardíacos

rítmicos, hipertensión 168/110, no taquicárdico, abdomen globuloso no defendido, sensorio presente, orientado, no déficit motor.

Tras ésta se solicitan las pruebas complementarias pertinentes: Analítica, radiografía de tórax, TAC craneal y cervical.

Durante todo el tiempo que el paciente permaneció en el Servicio de Urgencias, no perdió en ningún momento el nivel de conciencia, incluso desobedeció las órdenes de permanecer inmóvil en la camilla en decúbito supino hasta la obtención de los resultados de las pruebas analíticas y de imagen (TAC craneal y cervical, así como radiografía de tórax), moviéndose continuamente y descansando de lado en la camilla.

Como consecuencia del resultado y la normalidad de las pruebas complementarias, así como de la estabilidad del paciente, aún por su estado de embriaguez, tras 3 horas en el Servicio, siendo el médico responsable [Dr. (...)] decido el alta con observación y tratamiento domiciliario, con collarín cervical. El juicio diagnóstico al alta es "policontusionado e intoxicación enólica".

Tras firmar el alta al paciente se le retira la tabla espinal, se le coloca un collarín cervical, se cambia al paciente y se espera a que acuda su familiar con el vehículo en la puerta de Urgencias para el traslado a su domicilio. Todo este proceso se alarga algo más de 30 minutos. Durante ese período de tiempo sigo atendiendo a otros pacientes del Servicio y me avisan que el paciente se encuentra frente al vehículo y no puede incorporarse para entrar en él. Entonces salgo a la zona de ambulancias donde se encuentra el vehículo. Allí me encuentro a su esposa, a un familiar y al personal de enfermería intentando ayudar al paciente a entrar en el coche, el cual es de pequeñas dimensiones (...). El familiar de pie en la puerta del piloto, su esposa frente al paciente de pie y mis compañeros con el paciente.

El paciente, obeso y aún embriagado, precisaba de ayuda para caminar. Viendo la escena le expreso a su esposa que el paciente puede quedarse en el Servicio, que no hay ningún problema para ello, que está sólo embriagado y no puede caminar por su estado de embriaguez y por su peso aunque no hay problema para dejarlo en el Servicio. Entonces el paciente dice que quiere volver a su domicilio y su esposa le recrimina que en esas condiciones no pueden cargarlo hasta su casa, que se le ha ofrecido quedarse y que si no acepta tendrá que quedarse a dormir en el coche, respondiendo el paciente que se quedará en el coche a dormir. En ese momento el paciente se retira el collarín por resultarle incómodo y le comentó a su esposa que lo vigilen y que ante cualquier problema vuelvan al Servicio.

En ningún momento el paciente, aún por su estado de embriaguez, dio señales de inestabilidad, ni de alteración de su nivel de conciencia, por eso decidí el alta tras la normalidad de las pruebas y estabilidad del paciente tras al menos 3 horas en el servicio».

5. También por exigencia del art. 10.1 RPAPRP, se solicitó el informe al Servicio de Medicina Intensiva del HUC, que atendió al paciente cuando ingresó por segunda vez en el Servicio de Urgencias del HUC a causa de la parada cardiorrespiratoria que sufrió. En este informe, de 22 de junio de 2012, se describe así la asistencia prestada:

«1°.- El día 18 de mayo de 2011, el personal del Servicio de Urgencias del CHUC solicitó valoración del paciente (...) por parte de este servicio. Esta solicitud se emitió porque, según el informe del Servicio de Urgencias, este paciente había sufrido una caída desde una altura de cuatro metros, presentando traumatismo cráneo-encefálico en el contexto de un consumo excesivo de alcohol. Según este informe, tras una parada cardiorrespiratoria (PCR) de unos 15 minutos, el paciente fue reanimado, empleando para ello maniobras de soporte vital avanzado, procediendo a intubación orotraqueal, administración de adrenalina y bicarbonato y precisando la realización de dos desfibrilaciones, al presentar fibrilación ventricular. Todos estos tratamientos fueron administrados el citado Servicio de Urgencias.

2°.- A solicitud del Servicio de Urgencias, se desplaza hasta allí el personal del Servicio de Medicina Intensiva, a los efectos de llevar a cabo la valoración requerida, observando principalmente que el paciente se encontraba inconsciente, intubado y conectado a ventilación mecánica, no reactivo a estímulos táctiles, con pupilas midriáticas arreactivas y con una valoración en la escala de coma de Glasgow de 3 sobre 15 sin haber sido administrada medicación sedante alguna. También presentaba una tensión arterial de 60/40 mmHg (hipotensión severa), frecuencia cardíaca de 50 latidos por minuto, saturación de oxígeno de un 85 % con administración de oxígeno al 100 %, frialdad cutánea generalizada y fetor etílico. En último lugar, probablemente como consecuencia de la caída, el paciente presentaba pérdida de la solución de continuidad cutánea a nivel frontal izquierdo.

3°.- Al intentar proceder al traslado del paciente a la Unidad de Medicina Intensiva, el paciente sufrió una nueva PCR en fibrilación ventricular, por lo que se procedió a reanimarlo nuevamente durante otros 8 minutos, llevando a cabo dos desfibrilaciones, masaje cardíaco y administración de tres miligramos de adrenalina, El paciente recuperó el pulso, pudiendo observarse en el monitor que presentaba bradicardia, con descenso del segmento de ST del electrocardiograma y manteniendo la misma tensión arterial de 60/40 mmHg, por lo que se procedió a suministrarle diez miligramos de *Efedrina* para su traslado al Servicio de Medicina Intensiva donde ingresó finalmente a las 3:34 h del día 18 de mayo de 2011.

Una vez en el Servicio de Medicina Intensiva, (...) presentó una bradicardia progresiva sin mostrar respuesta al tratamiento que se le administró, que consistió en atropina por vía intravenosa, sufriendo después un nuevo episodio de PCR en asistolia. Ante esta situación se procedió a llevar a cabo nuevamente maniobras de soporte vital avanzado durante cuatro minutos lo que conllevó la administración de dos miligramos de adrenalina además de 150 mEq de bicarbonato. Esto le permitió recuperar el pulso con el mismo ritmo aberrado a 50

latidos por minuto, pero sin conseguir una tensión arterial adecuada a pesar del tratamiento. Finalmente (...) presentó un nuevo episodio de asistolia, con un pH 6,85, un lactato de 21 mmol/L y un exceso de base de 20 mmol/L, constantes que, dadas las circunstancias del paciente, eran incompatibles con la vida, por lo que se procedió a certificar su defunción a las 4:10 horas del día 18 de mayo de 2011.

4°.- Todos los tratamientos anteriormente descritos fueron administrados al paciente por ser los más aconsejables dado su estado, de acuerdo con los protocolos de soporte vital avanzado publicados dentro del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar, avalados por la ERC (European Resuscitation Council), dentro de la ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation). Así, se siguieron los protocolos mencionados ante los diversos episodios de PCR que presentó el paciente, administrándole los tratamientos previstos en los mismos, procediéndose a certificar su defunción, también de acuerdo con estos protocolos, debido a que (...) no respondió favorablemente ante estos tratamientos, presentando síntomas y signos evidentes de muerte, como son cuatro episodio de PCR durante un período demasiado prolongado de tiempo (bastante más de 30 minutos), sin recuperación de signos de circulación espontánea de forma sostenida, un pH de 6.85 y un lactato de 21 mmol/L, que dadas las circunstancias del paciente eran incompatibles con la vida».

6. La muerte de (...) dio lugar a que el Juzgado de Instrucción nº 3 de San Cristóbal de La Laguna incoara las Diligencias Previas nº 1526/2011, en cuyo seno se acordó la autopsia del fallecido. El informe de la autopsia, datado el 18 de mayo de 2011, concluyó:

«1°.- Que se trata de una muerte violenta, de etiología médico legal presumiblemente accidental.

2°.- Que la causa inmediata de la muerte es un shock traumático.

3°.- Que la causa fundamental de la muerte es un traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado (columna dorsal)».

7. A la vista de ese informe forense, el Juez de Instrucción dirigió al Juez encargado del Registro Civil un exhorto para que inscribiera la defunción de (...) En dicho exhorto se hace constar como causa de la muerte: «Por posible traumatismo, intoxicación u [síc] complicación de su patología (cirrosis hepática y diabetes)».

8. En las mencionadas Diligencias Previas se dictó el Auto, de 24 de junio de 2011, cuyo único fundamento jurídico expresa:

«De lo actuado no aparece debidamente justificada la perpetración del hecho supuestamente delictivo que ha dado motivo a la formación de la causa, por lo que de

acuerdo con lo dispuesto en los artículos 779-1, apartado 1º, y 641-1º de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, procede decretar sobreseimiento provisional de las actuaciones».

En consecuencia, dispuso el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones.

9. El informe de la inspectora médico del Servicio de Inspección y Prestaciones contiene la siguiente relación de hechos:

«1.- Paciente varón de 64 años de edad, con antecedentes personales de caídas (noviembre 2009) traumatismo (abril 2011), obesidad, diabetes mellitas, hipertensión, cirrosis hepática (1993) en seguimiento por Medicina Interna (última vez 02-11-10, con agravamiento de todos los parámetros hepáticos por incremento en el consumo de alcohol), dependencia del consumo de alcohol (tratamiento con Campral) en seguimiento en ANTAD (Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias) coxartrosis bilateral intervenido de prótesis de cadera bilateral (2010). Perceptor de prestación no contributiva de invalidez desde 2003.

2.- El día 17 de mayo de 2011, (...) ingresa a las 22.27 horas en el Servicio de Urgencias del HUC trasladado mediante ambulancia por sufrir una caída, precipitándose desde una altura de tres a cuatro metros, cayendo sobre tierra húmeda sin pérdida de conocimiento.

A su llegada al Servicio en camilla, el paciente se encuentra consciente, no refiere dolor, con aliento alcohólico y erosiones varias en cara, cráneo miembros superiores e inferiores. Sin síntomas respiratorios disnea o hiperventilación.

A la exploración consta: Buen estado general, obesidad, fetor enólico, normocoloreado, eupneico, sin estertores, no trauma toracoabdominal, ruidos cardiacos rítmicos, hipertensión arterial 168/110, no taquicárdico, abdomen globuloso, no defendido, sensorio presente, orientado, no déficit motor.

3.- Se practicaron las siguientes pruebas complementarias:

Pruebas de laboratorio: hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica. Resultados 23:21 horas sin alteraciones.

Pruebas de imagen:

- Radiografía de tórax, en busca de contusiones pulmonares, infiltrados pulmonares, neumotórax o derrame pleural. No consta afectación pleural, mediastino, pericardio ni enfisema subcutáneo.

- TAC de cráneo (prueba que obtiene una mayor caracterización y detección de las lesiones. Sensibilidad en torno a 92-911%): contusión de partes blandas frontal izquierda. Parénquima cerebral sin alteraciones. Atrofia cerebral córtico subcortical.

- TAC de columna cervical con reconstrucción sagital y frontal. Sin alteraciones relevantes Sólo se visualiza una dudosa línea de fisura en la apófisis espinosa (posterior) de C7, que se describe y confunde en el informe de TAC como D3. Sin incidencias.

Como consecuencia del resultado de las pruebas complementarias, que no mostraban alteraciones así como de la estabilidad del paciente durante su estancia en el centro se decide alta a las 01.25 horas. En traumatismo craneoencefálico, ante un TAC craneal sin lesión intracraneal en situación de estabilidad neurológica, el alta responde a un criterio correcto.

Con el juicio diagnóstico: policontusionado. Intoxicación etílica. Se efectuaron recomendaciones: reposo y observación domiciliaria. Collarín blando durante 7 días. Tratamiento antiinflamatorio (Acabel).

4.- En relación a las circunstancias ocurridas a la salida del centro sanitario, se describen de distintas maneras sustancialmente diferentes, imposible de precisar objetivamente.

Por el equipo sanitario que participó en dicho acontecimiento: "(...) Entonces salgo a la zona de ambulancias donde se encuentra el vehículo. Allí me encuentro a su esposa, a un familiar y al personal de enfermería intentando ayudar al paciente a entrar en el coche, que es de pequeñas dimensiones. El paciente, obeso y aún embriagado, precisaba de ayuda para caminar. Viendo la escena le expreso a su esposa que el paciente puede quedarse en el Servicio, que no hay ningún problema para ello, que está sólo embriagado y no puede caminar por su estado de embriaguez y por su peso. El paciente dice que quiere volver a su domicilio y su esposa le recrimina que en esas condiciones no pueden cargarlo hasta su casa, que se le ha ofrecido quedarse y que si no acepta tendrá que quedarse a dormir en el coche, respondiendo el paciente que se quedará a dormir en el coche, en ese momento el paciente se retira el collarín, por resultarle incómodo y le comento a su esposa que lo vigilen y ante cualquier problema vuelvan al servicio".

Por los reclamantes: "(...) personándose un médico en el lugar, el cual manifestó que no pasaba nada, que dicho desvanecimiento se produjo por la supuesta embriaguez que tenía, y que ya se le iría pasando, ante lo cual, los familiares insistieron en que sería mejor que lo ingresaran nuevamente, para observarlo, a lo cual el médico se negó (...)".

5.- A las 02:56 horas consta que reingresa en el Servicio de Urgencias en situación de parada cardiorrespiratoria, es reanimado tras 15 minutos de soporte vital avanzado mediante intubación orotraqueal, adrenalina y desfibrilaciones.

A las 03:34 horas pasa a UVI, con auscultación cardiopulmonar rítmica y sin soplos e hipoventilación generalizada. Abdomen sin signos de irritación peritoneal. Radiografía de tórax sin infiltrados.

Sufre nuevo episodio de parada cardiorrespiratoria que con reanimación obtiene pulso. Dos episodios más de asistolia, el último no remonta siendo exitus a las 04:10 horas del día 18 de mayo de 2011.

6.- En relación a estos hechos se tramitó procedimiento de Diligencias Previas 1526/2011 ante el Juzgado de Instrucción nº 3 de La Laguna.

En la autopsia practicada, de los datos facilitados por los reclamantes consta: "Datos macroscópicos obtenidos en la autopsia: traumatismo torácico cerrado". No se describen lesiones estructurales específicas causantes del resultado final (laceraciones, fracturas, hematomas, hemorragias, etc.) que justifiquen el mecanismo fisiopatológico de la muerte. No consta patología encontrada durante el examen externo o interno de la autopsia, por ello, dado lo inespecífico del estudio macroscópico, a fin de determinar la causa de la muerte se remite entonces la víscera cardíaca para histopatología al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Del estudio de la misma no se objetiva causa que determine el fallecimiento.

Ante tales resultados: se concluye por el médico forense que la causa inmediata de la muerte es un shock traumático. Que la causa fundamental de la muerte es un traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado (columna dorsal).

Que el paciente sufrió shock traumático por la caída sufrida es evidente, si bien ni siquiera mediante la autopsia se ha podido concluir en qué medida existieron lesiones que hipotéticamente pudieron haber sido diagnosticadas y tratadas y cuyo mecanismo fisiopatológico ocasionó la muerte».

10. Este informe formula las siguientes consideraciones:

«En las autopsias la causa fundamental es "la enfermedad o lesión que inicia los eventos mórbidos que llevan directamente a la muerte o las circunstancias o hecho violento que producen el daño fatal". Sin la causa fundamental, la muerte no se hubiera producido.

La causa inmediata se define como "la enfermedad, lesión o complicación que directamente precede a la muerte".

En ese lapso suele desarrollarse una secuencia fisiopatológica condicionada por distintos factores que pueden influir en el fallecimiento y se conocen como causas intermedias y que es el mecanismo de la muerte».

11. El informe de la inspectora médico concluye:

«A.- El paciente ingresa en el HUC tras caída desde altura, sin pérdida de conocimiento. La exploración física no refleja ni mal estado general, ni disminución de conciencia, encontrándose normohidratado, normocoloreado con feto enólico. A la auscultación cardíaca: tonos rítmicos y sin alteración de la frecuencia (bradicardia, o taquicardia). A la auscultación pulmonar sin taquipnea, ni ruidos. Abdomen normal. Sin déficit motor.

B.- Se practicaron las pruebas diagnósticas adecuadas consistentes en analítica, radiografías y TACs craneal y cervical que permitieron descartar patología urgente, al no arrojar indicio de complicación relacionada con la caída.

En situación de estabilidad clínica sin agravamiento o aparición de sintomatología nueva se cursa alta hospitalaria.

C.- Se efectuaron las recomendaciones oportunas en cuanto a la necesidad de control domiciliario, uso de collarín cervical, tratamiento antiinflamatorio.

D.- En cuanto al incidente descrito a la salida del hospital no existe prueba que permita descartar que aunque inicialmente no se había indicado la permanencia en el centro sanitario, no le fuera ofrecido volver al mismo por parte del médico responsable del Servicio de Urgencias, ante la situación familiar suscitada.

Se les recomienda a los familiares medidas de observación domiciliaria y la posibilidad de volver si empeora.

E.- El paciente reingresa a las 02:56 horas en parada cardiorrespiratoria, que inicialmente se solventa y tras ingreso en Medicina Intensiva fallece a las 04:10 horas del 18 de mayo de 2011, a pesar de cuántas medidas terapéuticas se instauraron.

F.- En cuanto a las causas del fallecimiento que figuran en la autopsia, no se determinan criterios o lesiones que expliquen la fisiopatología del cuadro clínico sufrido, pues es evidente que el paciente al caerse sufrió un traumatismo craneal y torácico cerrados, sin que en la exploración y con los medios diagnósticos empleados durante su estancia en el HUC en las dos ocasiones, se observasen ni fracturas ni sangrados, ni lesiones que pudieran conducir al resultado final y que debieran haberse tenido en consideración.

G.- Que el paciente sufrió shock traumático por la caída sufrida es evidente, si bien ni siquiera mediante la autopsia se ha podido concluir en qué medida existieron lesiones que hipotéticamente pudieron haber sido diagnosticadas y tratadas y cuyo mecanismo fisiopatológico ocasionó la muerte.

H.- Se emite informe desfavorable».

III

1. Como se recogió más atrás, la pretensión resarcitoria se fundamenta en que (...) no recibió la atención requerida por el traumatismo craneo encefálico y torácico que había sufrido, ni estuvo en observación médica el período mínimo, ni se le ingresó nuevamente en el HUC cuando sufrió el desvanecimiento a la salida del Servicio de Urgencias, ni se le indicó a sus familiares cuál debía ser su actuación tras

abandonar el hospital; por lo que hay relación de causalidad entre la imprudencia del personal sanitario y el resultado de muerte.

2. Respecto a la alegación del hecho de que no recibió la atención requerida por el traumatismo craneo encefálico y torácico que había sufrido, está demostrado que al paciente se le exploró físicamente, que el estado del abdomen era normal, que no presentaba mal estado general, ni disminución de consciencia, ni déficit motor y que, por medio de su auscultación, se constató que no presentaba alteraciones cardíacas o pulmonares.

Además se le practicaron las siguientes pruebas de laboratorio: hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica que acreditaron que no sufría alteraciones fisiológicas. También se le realizaron estas pruebas de imagen: radiografía de tórax que permitió comprobar que no existía afectación pleural, ni del mediastino, ni del pericardio ni enfisema subcutáneo. Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo que objetivó que no existían alteraciones cerebrales ni fracturas craneales. TAC de columna cervical con reconstrucción sagital y frontal que permitió establecer que no había sufrido fracturas vertebrales.

Estas pruebas médicas objetivas mostraron que el paciente no presentaba alteraciones a consecuencia del traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado que había sufrido a causa de la caída. Todos los informes médicos coinciden en que esas pruebas y exámenes médicos eran los exigidos para comprobar si el paciente había sufrido lesiones internas que requirieran tratamiento médico.

Los reclamantes no han propuesto ni aportado prueba de que a su deudo se le debieron practicar otros exámenes médicos o que su estado requiriera una asistencia sanitaria diferente de la que recibió.

3. En cuanto a la alegación de que el paciente no estuvo en observación médica el período mínimo, está demostrado en que ingresó a las 22:27 horas en el Servicio de Urgencias y recibió el alta a las 01:25 horas. Estuvo en observación durante dos horas y cincuenta y ocho minutos. Durante ese periodo no presentó alteración peyorativa de su estado.

Todos los informes médicos también coinciden en que procedía el alta hospitalaria tras ese período de observación durante el cual el paciente presenta buen estado general, sin dolor, está consciente, sin déficit motor, en situación por tanto de estabilidad neurológica, sin alteraciones fisiológicas ni anatómicas.

Los reclamantes no han propuesto ni aportado prueba de cuál debió ser el período mínimo de observación. Tampoco de que las dos horas y cincuenta y ocho minutos de observación fueran insuficientes.

4. En el escrito de reclamación se afirma que el paciente se desmayó cuando abandonaba el Servicio de Urgencias tras recibir el alta hospitalaria, pero no propone ni aporta prueba al respecto. La documentación médica no recoge tal hecho. En el informe del médico y demás personal sanitario que lo atendió tampoco se menciona ese desvanecimiento. Por consiguiente, esa afirmación carece de respaldo probatorio.

5. El paciente sufrió el traumatismo craneo encefálico y torácico en un momento anterior a las 22:27 horas del 17 de mayo de 2011, hora de su ingreso en el Servicio de Urgencias del HUC y recibió el alta a las 01:25 horas. Tornó a ingresar en el Servicio de Urgencias por sufrir un paro cardiorrespiratorio las 02:56 horas, una hora y treinta y un minutos después del alta, y más de 4 horas y 29 minutos después de haber sufrido el politraumatismo.

6. En el informe de la autopsia se estima que la causa inmediata de la muerte fue por un shock traumático. La causa fundamental de la muerte es por traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado (columna dorsal). En las autopsias la causa fundamental es «la enfermedad o lesión que inicia los eventos mórbidos que llevan directamente a la muerte o las circunstancias o hecho violento que producen el daño fatal». Sin la causa fundamental, la muerte no se hubiera producido. La causa inmediata se define como «la enfermedad, lesión o complicación que directamente precede a la muerte». En ese lapso suele desarrollarse una secuencia fisiopatológica condicionada por distintos factores que pueden influir en el fallecimiento y se conocen como causas intermedias y que es el mecanismo de la muerte.

El informe de la autopsia no explica el proceso fisiopatológico por el cual un traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado, experimentado antes de las 22:27 horas, que no produjo lesiones internas ni neurológicas ni alteraciones fisiológicas ni anatómicas, por lo que se le calificó médicamente de leve, desencadenó un paro cardiorrespiratorio 4 horas y 29 minutos después, que fue la patología que llevó al paciente a la muerte.

El informe de la autopsia tampoco determina las causas del fallecimiento porque no describe los criterios o lesiones que expliquen la fisiopatología del cuadro clínico sufrido, pues es evidente que el paciente al caerse sufrió un traumatismo craneal y

torácico cerrado, sin que en la exploración y con los medios diagnósticos empleados durante su estancia en el HUC en las dos ocasiones se observasen fracturas, hemorragias o lesiones que pudieran conducir al resultado final y que debieran haberse tenido en consideración.

Por esta razón, el Juzgado de Instrucción nº 3 de San Cristóbal de La Laguna, órgano judicial competente para investigar la causa de la muerte, a la vista del informe de la autopsia decide que se inscriba en el Registro Civil como causa de la muerte: «Por posible traumatismo, intoxicación u [s/c] complicación de su patología (cirrosis hepática y diabetes)».

Es decir, después de la autopsia las posibles causas de la muerte para el Juez son tres: el traumatismo, la intoxicación etílica o una complicación derivada de la severa cirrosis hepática y la grave diabetes mellitus que aquejaban a (...).

7. No hay prueba de que el traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado produjera el paro cardiorrespiratorio que experimentó el paciente 4 horas y 29 minutos después y que fue el mal del cual falleció. Está establecido médicamente que el traumatismo de carácter leve no originó lesiones internas, neurológicas, alteraciones fisiológicas, anatómicas, fracturas ni hemorragias a las que se les pueda atribuir la producción de la parada cardiorrespiratoria y consiguiente fallecimiento del paciente.

Pero si hacemos abstracción de este extremo de hecho, que está firmemente establecido, para situarnos en la hipótesis de que el óbito fue causado por el traumatismo, entonces resulta que a la exploración física el paciente, normohidratado y normocoloreado y en estado de embriaguez, como acreditan las analíticas que se le realizaron, no presentaba mal estado general, disminución de conciencia, déficit motor ni alteraciones cardíacas, pulmonares o abdominales. No presentaba, por tanto, síntomas de que el traumatismo le hubiera causado lesiones que pudieran desencadenar un proceso mortal. La ausencia de esos síntomas fue corroborada además tanto por las pruebas de laboratorio (hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica) que objetivaron que no había alteraciones fisiopatológicas, como por las pruebas de imagen (radiografía de tórax, TAC de cráneo y de columna cervical).

Estas pruebas médicas objetivas mostraron que el paciente no presentaba alteraciones a consecuencia del traumatismo craneo encefálico y torácico cerrado que había sufrido a causa de la caída. Todos los informes médicos coinciden en que esas pruebas y exámenes médicos eran los exigidos para comprobar si el paciente

había sufrido lesiones internas que requirieran tratamiento médico. Los facultativos que atendieron al paciente actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* y no constataron síntomas de patologías que exigieran que al paciente se le dispensara una asistencia médica distinta de la que recibió.

8. En la Sentencia de 11 abril 2014, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria”(STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Con arreglo a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en 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 le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos

ligados al devenir de la vida humana. 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 sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

9. Como es bien conocido, en la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo la *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional”, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por *lex artis ad hoc*, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal “lex” implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la “lex” es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de

intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis"; así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991» (STS de 26 marzo de 2004).

10. El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente, un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Éste solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación. Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 se declara lo siguiente:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

En la STS de 17 julio de 2012 se señala, en relación al eventual «error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales» que:

«Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: "los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización" ».

En el mismo sentido, se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 y de 24 de abril de 2012.

11. Ya se recogió con anterioridad que no hay indicio alguno de que el traumatismo cráneo encefálico y torácico cerrado produjera la parada cardiorrespiratoria de la cual falleció. También está establecido médicamente que el traumatismo de carácter leve no originó lesiones internas, neurológicas, alteraciones fisiológicas, anatómicas, fracturas ni hemorragias a las que se les pueda atribuir la producción de la parada cardiorrespiratoria y consiguiente resultado de muerte. Pero si nos ponemos en la hipótesis indemostrada de que el traumatismo provocó la parada cardiorrespiratoria, ello no permitiría que surgiera la obligación de indemnizar a cargo del Servicio Canario de la Salud; porque sus agentes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* sin que, a pesar de aplicar todos los medios que ésta exigía, detectaran síntomas que acusaran que el paciente estaba sufriendo un proceso letal o que permitieran predecir que sufriría una parada cardiorrespiratoria.

De acuerdo con la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo que se ha citado, si los facultativos actúan conforme a la *lex artis ad hoc*, es decir, sin incurrir en negligencia profesional, y, por ende, empleando oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación, y no obstante, no pueden detectar una patología porque ésta no presenta síntomas detectables por los conocimientos y técnicas científicas, entonces no incurren en error de diagnóstico culpable constitutivo de negligencia profesional y, por consiguiente, el daño originado por la patología del paciente no se le puede imputar a los facultativos con base en que infringieron el deber de cuidado que los convertía en garantes de que ese resultado no acaeciera. Éstos han desplegado todas las actuaciones que ese deber de cuidado les exigía y sin embargo el daño se ha producido. Pero éste daño no se puede considerar causado por una omisión o error de los facultativos intervinientes, porque ellos no han incurrido ni en un ni en otro. Por consiguiente, no puede nacer para ellos ni para la institución sanitaria de la que son agentes la obligación de resarcir ese daño, porque entre éste y la actuación de aquéllos no hay una relación de causalidad.

12. Todo lo que se acaba de razonar respecto a la asistencia sanitaria, que se le prestó al deudo de los interesados a causa del traumatismo, es cabalmente trasladable a la que se le prestó por mor del paro cardiorrespiratorio. En la historia clínica está documentada toda la asistencia que se le prestó por dicha patología. El informe, de 22 de junio de 2012, del Servicio de Medicina Intensiva, se describe meticulosamente la asistencia que se le prestó y se remite a los protocolos médicos y publicaciones científicas que avalan que esa asistencia fue adecuada a la *lex artis ad hoc*. El informe de la inspectora médico del Servicio de Inspección y Prestaciones lo

corroborar. Los reclamantes no han alegado que esa asistencia a la patología cardíaca haya sido negligente y por ende no han señalado los concretos extremos en que fue defectuosa ni, lógicamente, han propuesto o aportado prueba dirigida a demostrar que si se hubiera actuado de otra manera se hubiera salvado la vida del paciente. Está establecido, por tanto, que la actuación médica frente a la parada cardiorrespiratoria fue adecuada a la *lex artis ad hoc*.

El hecho de que una actuación médica correcta no logre salvar la vida de un paciente no engendra la responsabilidad patrimonial de los facultativos que la desplegaron, ni, por ende, la del servicio público de salud por cuenta del cual la prestaron. El hecho de que el estado actual de los conocimientos y técnicas médicas no permita revertir siempre y en todo caso una parada cardiorrespiratoria impide que ésta se pueda considerar causada por la asistencia médica que ha aplicado correctamente unos y otras. Como se expuso más atrás, con base en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, 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 sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos y al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica.

En definitiva, habiéndosele prestado la asistencia médica adecuada ante los episodios de parada cardiorrespiratoria que sufrió (...), su óbito no se puede considerar causado por ella, sino por la irreversibilidad de su patología. Por consiguiente, no hay nexo causal entre esa asistencia médica y el resultado de muerte.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho, toda vez que carece de fundamento la pretensión resarcitoria de acuerdo con lo argumentado en el Fundamento III.